

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON**  
**FACULTAD DE ENFERMERIA**  
**DIVISION DE POSGRADO E INVESTIGACION**



**FACTORES PROMOTORES DE SALUD  
Y PRACTICA DE LACTANCIA MATERNA**

**Por**

**LIC. MARIA INES PEÑA MIJANGOS**

**Como requisito parcial para obtener el grado de  
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA  
Con Énfasis en Salud Comunitaria**

**ENERO DE 2000**

FM

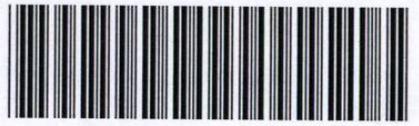
RJ216

P46

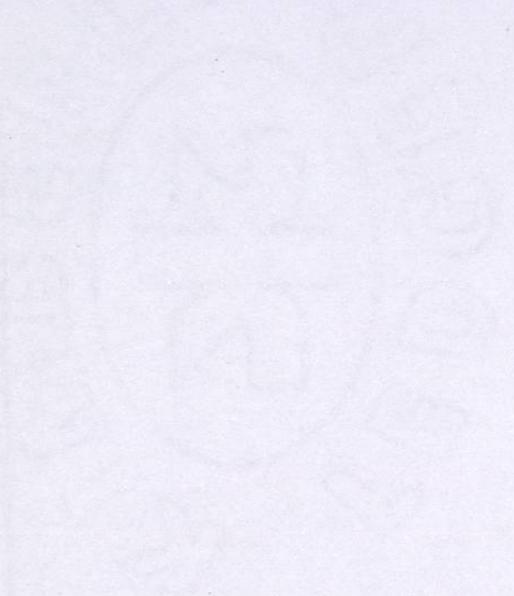
FACCTORES PROMOTORES DEF SAALUD  
FACCTORES PROMOTORES DEF SAALUD

PRACCTICA DEF LA

FACCTORES PROMOTORES DEF SAALUD



1080098240



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA  
DIVISION DE POSGRADO E INVESTIGACION

FACTORES PROMOTORES DE SALUD  
Y PRACTICA DE LACTANCIA MATERNA

Por

LIC. MARIA INES PEÑA MIJANGOS

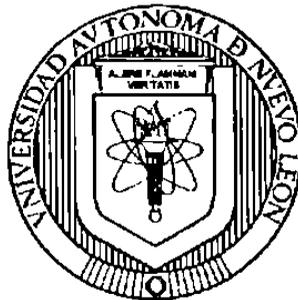
Como requisito parcial para obtener el grado de  
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA  
Con Enfoque en Salud Comunitaria

ENERO DE 2000

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**DIVISIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**



**FACTORES PROMOTORES DE SALUD Y PRÁCTICA  
DE LACTANCIA MATERNA**

**Por**

**LIC. MARIA INÉS PEÑA MIJANGOS**

**Como requisito parcial para obtener el grado de  
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA  
Con Énfasis en Salud Comunitaria**

**Enero de 2000**

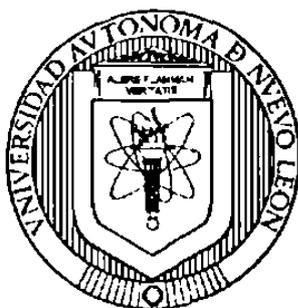
TM  
R2216  
.P46



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**DIVISIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**



**FACTORES PROMOTORES DE SALUD Y PRÁCTICA  
DE LACTANCIA MATERNA**

**Por**

**LIC. MARIA INÉS PEÑA MIJANGOS**

**Director de Tesis  
M.S.P. MAGDALENA ALONSO CASTILLO**

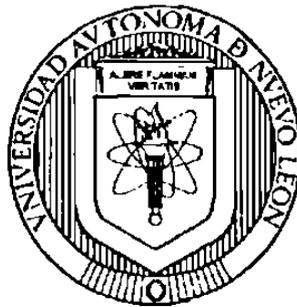
**Como requisito parcial para obtener el grado de  
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA  
Con Enfoque en Salud Comunitaria**

**Enero de 2000**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**DIVISIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**



**FACTORES PROMOTORES DE SALUD Y PRÁCTICA  
DE LACTANCIA MATERNA**

**Por**

**LIC. MARIA INÉS PEÑA MIJANGOS**

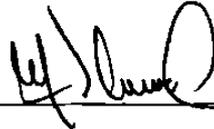
**Asesor Estadístico  
MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA Ph D**

**Como requisito parcial para obtener el grado de  
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA  
Con Énfasis en Salud Comunitaria**

**Enero de 2000**

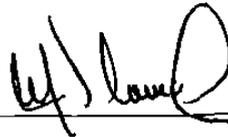
**FACTORES PROMOTORES DE SALUD Y  
PRÁCTICA DE LACTANCIA MATERNA**

Aprobación de la tesis



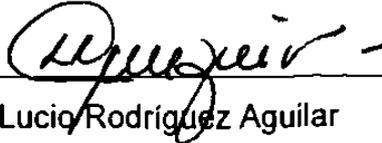
---

M.S.P. Magdalena Alonso Castillo  
Director de Tesis



---

M.S.P. Magdalena Alonso Castillo  
Presidente



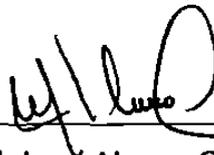
---

M.S.P. Lucio Rodríguez Aguilar  
Secretario



---

M.E. Ma del Refugio Durán López  
Vocal



---

M.S.P. Magdalena Alonso Castillo  
SubDirector de Posgrado e Investigación

## AGRADECIMIENTOS

A Dios todopoderoso por haberme encaminado y dejado llegar en este lugar en el momento preciso y por concederme todas las facilidades para la realización de mis metas, así como poseer fortaleza espiritual para alejarme físicamente tanto tiempo de mi hijo, familia y demás personas que quiero.

A la Lic. Magdalena Alonso Castillo que ha dado su apoyo sincero y efectivo en todo momento para continuar en acertada asesoría, gracias por su confianza y por su gran carisma demostrada.

A la Dra. Ana María Salinas Martínez Co-asesor de tesis, Médico Investigador del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Nuevo León, gracias por haberme dado su gran apoyo y por haber creído en mí desde el primer momento aún sin conocerme.

A la Lic. Ana María Castillo Cisneros por su valioso e invaluable apoyo emocional en el momento en que fue necesario.

A mis maestros en esta Facultad por su apoyo desinteresado en todo este tiempo, y con especial reconocimiento al Maestro Lucio Rodríguez A.

## **DEDICATORIA**

**A MI MADRE , Gracias por tu ejemplo de mujer, quién aún con tristeza en tus ojos me aprobaste en mi decisión de partir de mi lugar de origen para elevar mi nivel profesional.**

**A mi hijo Adrian Ignacio, quién forma la mayor parte de mi vida y amor, hijito te dedico mi tesis por haberme concedido todo el apoyo emocional aún con tu corta edad y a través de la distancia me reanimaste en esos momentos tan difíciles que tuve que pasar, sé que algún día podrás valorar que mi ausencia en casa y la falta que nos hicimos será recompensada con mucho orgullo y satisfacción.**

**A mi tía Alicia, por ser la amiga consejera en los momentos de tener que tomar una fuerte decisión en mi vida. Gracias!**

**A mi hermana Angelita, mi cuñado Rafael y a mi adorable sobrina María Fernanda, comparto con ustedes este trabajo, gracias por todo el apoyo proporcionado en el cuidado de mi hijo.**

**A mis hermanas Cecilia, Amelia, a mis cuñados gracias por su atención y cariño.**

**A todos mis hermanos Mariano, Rodolfo, Rogelio, Moisés, Vicente y Antonio, a mis cuñadas Sonia, Angelita, Rocío y Lupita por reconocer mi esfuerzo y sacrificio.**

**A mis sobrinos Silem, Selene y Susjé Daniela por su amor y comprensión.**

**Los quiero mucho**

**A la Lic. Candelaria Aguilar Briceño por haber depositado su confianza en mí y por su contribución tan valiosa en los trámites necesarios para poder realizar estos estudios de posgrado.**

**A la Lic. Rosa Arce Cuenca, Gracias! Por haberme apoyado en el momento en el que lo solicite para la elaboración del anteproyecto de tesis, requisito indispensable para los trámites de mi beca.**

**A la Lic. Nora Nelly, amiga, Gracias! Por contar contigo a cualquier instante, por sentir que no estaba sola y por saber que tengo una familia en esta ciudad.**

**A mis compañeros y amigos, Francisco, Jorge, Margarita, Lolis, Shaguis, Rosy en especial a Margarita Villasana, Martha Laura, Andrea y Cinthya como mi hermana.**

**A mis grandes amigas Alicia Corazón, Mirna Guadalupe, Sandra, Elda Pacheco, Yolanda Vergara, Lupita Magadán, Aurelia González, que de alguna u otra forma siempre me han apoyado.**

# CONTENIDO

Capítulo	Página
<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
1.1 Planteamiento del Problema	3
Pregunta de Investigación	6
1.2 Hipótesis	6
1.3 Propósito	7
1.4 Importancia del Estudio	7
1.5 Definición de Términos	8
<b>2. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL</b>	<b>10</b>
2.1 Modelo Promoción de la Salud	10
2.2 Ubicación del Problema de Investigación en la teoría	18
2.3 Estudios Relacionados	22
<b>3. METODOLOGÍA</b>	<b>26</b>
3.1 Diseño de la Investigación	26
3.2 Universo	26
3.3 Plan de Muestreo y Muestra	26
3.4 Criterios de Inclusión	27
3.5 Criterios de Exclusión	27

3.6	Material	27
3.7	Procedimiento para recolectar información	30
3.8	Análisis de Datos	32
3.9	Etica del Estudio	33
<b>4.</b>	<b>Resultados</b>	<b>34</b>
4.1	Consistencia Interna	34
4.2	Datos descriptivos de los instrumentos del estudio	44
4.3	Correlación de Spearman	48
4.4	Prueba de Hipótesis	51
<b>5.</b>	<b>DISCUSIÓN</b>	<b>68</b>
5.1	Conclusiones	73
5.2	Recomendaciones	74
	<b>REFERENCIAS</b>	<b>76</b>
	<b>APÉNDICES</b>	
Apéndice A.-	Cédula de Datos Personales de las mujeres que realizan La práctica de la Lactancia Materna (CDPLM)	81
Apéndice B.-	Cuestionario de Lactancia Materna (CLM)	82
Apéndice C.-	Escala de Autoeficacia Percibida para la Práctica de la Lactancia Materna (EAPLM)	84
Apéndice D.-	Escala de Adjetivos Múltiples de Afecto en la Práctica de Lactancia Materna (EAMALM)	86

Apéndice E.- Estadísticas descriptivas relativas al instrumento de la Escala de Autoeficacia Percibida para la práctica de la Lactancia Materna (EAPLM)	88
Apéndice F.- Estadísticas descriptivas relativas al instrumento de la Escala de Adjetivos Múltiples de Afecto en la práctica de La Lactancia Materna (EAMALM)	91
Apéndice G.- Gráfica para responder el instrumento de la Escala de Autoeficacia Percibida para la práctica de la Lactancia Materna	94
Apéndice H.- Gráfica para responder el instrumento de la Escala de Adjetivos de afecto en la práctica de la Lactancia Materna	95

## LISTA DE TABLAS

Tabla		Página
1	Consistencia interna del instrumento de la escala de Autoeficacia Percibida para la práctica de la Lactancia Materna (EAPLM)	35
2	Consistencia Interna del Instrumento de la Escala de Adjetivos Múltiples de Afecto en la práctica de la Lactancia Materna (EAMALM)	36
3	Análisis de factor del instrumento de la Escala de Autoeficacia Percibida para la práctica de la Lactancia Materna (EAPLM)	38
4	Análisis de factor de la Escala de Autoeficacia Percibida para la práctica de la Lactancia Materna (EAPLM)	39
5	Análisis de factor del instrumento de la escala de Adjetivos Múltiples de Afecto en la práctica de la Lactancia Materna (EAMALM)	40
6	Análisis de factor de la escala de Adjetivos Múltiples de Afecto en la práctica de la Lactancia Materna (EAPLM)	41

7	Factores Personales biológico y socioculturales	42
8	Tipo de alimentación del niño y dificultades para realizar la práctica de la lactancia materna exclusiva	43
9	Tipo de alimentación al niño y facilidades para realizar la práctica de la lactancia materna	44
10	Estadísticas descriptivas relativas a los instrumentos de la Escala de Autoeficacia Percibida para la práctica de la Lactancia Materna (EAPLM) y la subescala de la Lactancia Materna (CLM)	45
11	Estadísticas descriptivas relativas a los instrumentos de la Escala de Adjetivos Múltiples de Afecto en la práctica de la Lactancia Materna (EAMALM)	47
12	Matriz de Correlación (Spearman) entre las variables de estudio factores personales biológico y socioculturales con el índice de Lactancia Materna	48
13	Matriz de Correlación (Spearman) entre las variables de estudio índice de Autoeficacia , Índices de Afecto positivo y negativo con el índice Lactancia Materna	49
14	Regresión Líneal Simple: Resultado del Análisis del efecto de la edad sobre el índice de Lactancia Materna	50

15	Prueba de Kruskal – Wallis para conocer el efecto de los Factores Personales (socioculturales) con el Índice de Lactancia Materna	52
16	Regresión logística de Autoeficacia Percibida y Práctica de la Lactancia Materna (Amamanta a su hijo con leche materna exclusiva)	53
17	Valor observado del Índice de Autoeficacia Percibida en función de (Amamanta a su hijo con leche materna exclusiva)	53
18	Regresión Logística de Autoeficacia Percibida y práctica de Lactancia Materna (Está dispuesta a seguir amamantando con leche materna exclusiva)	55
19	Valor observado del Índice de Autoeficacia percibida en función de (Está dispuesta a seguir amamantando con leche materna exclusiva)	55
20	Regresión Logística del Índice de Afecto Positivo y práctica de la Lactancia Materna (Amamanta a su hijo con leche materna exclusiva)	57
21	Valor observado del Índice de Afecto Positivo en función de (Amamanta a su hijo con leche materna exclusiva)	57
22	Regresión Logística del Índice de Afecto Positivo y práctica de la Lactancia Materna (Está dispuesta a seguir amamantando con leche materna exclusiva)	58
23	Valor Observado del índice de Afecto Positivo en función de (Está dispuesta a seguir amamantando con leche materna exclusiva).	59

24	Regresión Logística del Índice de Autoeficacia Percibida y Afecto positivo, con la práctica de la Lactancia Materna (Amamanta a su hijo con leche materno exclusiva)	61
25	Valor observado del índice de Autoeficacia Percibida y Afecto Positivo con Práctica de la Lactancia Materna (Amamanta a su hijo con leche materna exclusiva)	61
26	Regresión Logística de Autoeficacia Percibida y Afecto Positivo con la práctica de la Lactancia Materna (Está dispuesta a seguir amamantando con leche materna exclusiva)	62
27	Valor observado del Índice de Autoeficacia Percibida y Afecto Positivo con práctica de la Lactancia Materna (Está dispuesta a seguir amamantando con leche materna exclusiva)	62
28	Regresión Lineal Múltiple: efecto de la Autoeficacia Percibida, Afecto Positivo y Negativo con el Índice de Lactancia Materna	63
29	Estimación de la Regresión Lineal Múltiple de Autoeficacia Percibida, Afecto Positivo y Negativo con el Índice de Lactancia Materna	64
30	Prueba de Kruskal – Wallis para conocer el efecto de la Autoeficacia Percibida (EAPLM) y el Afecto relacionado a la actividad (EAMALM) con el Índice de Lactancia Materna (CLM)	65
31	Media y Mediana de la Autoeficacia Percibida para la práctica de la Lactancia Materna (EAPLM) y subescala de Afecto Positivo (EAMALM)	66

## LISTA DE FIGURAS

Figura		Página
1	Modelo Revisado de Promoción de la Salud	17
2	Ubicación del Problema de Investigación en la Teoría	20
3	Modelo Teórico Conceptual para el estudio de Factores Promotores de Salud y la Práctica de la Lactancia Materna	21
4	Diagrama de Dispersión de Escolaridad con el Índice de Lactancia Materna	49
5	Regresión Logística de Autoeficacia Percibida y práctica de Lactancia Materna (Amamanta a su hijo con leche materna exclusiva)	54
6	Regresión Logística de Autoeficacia Percibida y práctica de Lactancia Materna (Está dispuesta a seguir amamantando con leche materna exclusiva)	56
7	Regresión Logística de Afecto Positivo y práctica de Lactancia Materna (Amamanta a su hijo con leche materna exclusiva)	58
8	Regresión Logística de Afecto Positivo y práctica de Lactancia Materna (Está dispuesta a seguir amamantando a su hijo con leche materna exclusiva)	60

## RESUMEN

**MARÍA INÉS PEÑA MIJANGOS**

**Fecha de Graduación:**

**Enero del 2000**

**Universidad Autónoma de Nuevo León**

**Facultad de Enfermería**

**Título del Estudio: FACTORES PROMOTORES DE SALUD Y  
PRÁCTICA DE LACTANCIA MATERNA**

**Número de Páginas: 95**

**Candidato para el Grado de Maestro en  
Ciencias de Enfermería con Énfasis en  
Salud Comunitaria**

**Area de Estudio: Salud Comunitaria**

**Propósito y Método de Estudio:** El propósito del estudio fue determinar de que manera los Factores Personales de tipo biológico y socioculturales, la Autoeficacia Percibida y el Afecto relacionado a la actividad afectan la Práctica de la Lactancia Materna, basado en el Modelo de Promoción de la Salud (Pender, 1996). El diseño empleado fue descriptivo, explicativo y correlacional, el tipo de muestreo fue probabilístico y aleatorio, con límite de error de estimación de .05 y nivel de confianza de 95 por ciento, el tamaño de la muestra estuvo conformado por 130 mujeres que amamantarán o no en forma exclusiva, residentes de la colonia Pueblo Nuevo, Apodaca, N.L. y que fueran derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social. Para la obtención de los datos se aplicaron dos instrumentos elaborados por la autora y dos estandarizados. Los instrumentos mostraron una consistencia interna aceptable.

**Contribuciones y Conclusiones:** Los resultados obtenidos mostraron significancia estadística a la Autoeficacia Percibida y el Afecto relacionado con la práctica de la Lactancia Materna ( $F_{cal} = 34.66, p = .00$ ). Los factores personales de tipo biológico y socioculturales no mostraron efecto significativo sobre la práctica de la Lactancia Materna. La Autoeficacia Percibida y el Afecto Positivo en el Modelo de Regresión Logística aumentan la probabilidad de que las madres amamenten a su hijo con leche materna (83.85 por ciento, 60.0 por ciento) y que están dispuestas a seguir amamantando con leche materna exclusiva (83.85 por ciento, 58.46 por ciento). Lo anterior apoya algunos postulados del Modelo de Promoción de la Salud (Pender). La Autoeficacia Percibida y el Afecto positivo mostraron efecto sobre la Lactancia Materna.

**FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS:** \_\_\_\_\_

## **CAPÍTULO 1**

### **INTRODUCCIÓN**

En el presente siglo se dio auge a la alimentación artificial lo cual coincidió con el incremento en las tasas de mortalidad infantil según información generada por el XI Censo General de Población y Vivienda, (INEGI 1996), donde se reporta que el nivel de mortalidad infantil estimado para México fue de 16.88 defunciones en menores de un año por cada 1000 nacidos vivos registrados (n.v.r.) y, aun cuando este procedimiento tenga un subregistro de (17) permite ubicar al país en el contexto mundial. Este indicador es más alto en el país al compararlo con países asiáticos como Japón y Finlandia (4 por 1000 n.v.r.), y en el ámbito latinoamericano con Cuba (11). Por otra parte en México más baja la mortalidad infantil para Durango con una tasa de 4.71 defunciones por cada 1000 nacidos vivos registrados y la más alta es para el estado de Tlaxcala con 29.21 por cada 1000 n.v.r.

La Declaración conjunta de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en 1989 retoman el tema de la alimentación al seno materno como una prioridad para lo cual establecen normas, técnicas y procedimientos que garanticen su eficacia. La meta que se establece a partir de entonces es la promoción de la

salud en lactancia materna para que los niños sean alimentados con leche materna exclusiva hasta los cuatro meses de edad, según lo establece la Norma Oficial Mexicana (NOM, 1996; apartado 5.7.1).

El Sistema Nacional de Salud adopta y crea el programa Hospital "Amigo del Niño y de la Madre", que contempla acciones de enseñanza y asesoría a las mujeres en la etapa prenatal y postparto, asimismo la creación de grupos de apoyo cuya función es orientar y establecer el vínculo afectivo entre la madre y el niño con el propósito de asegurar la lactancia materna exclusiva.

Se ha demostrado que la sociocultura de la mujer actúa como instigador social en la práctica de la Lactancia Materna en menores de un año con ( $\chi^2 = 7.96$ ,  $p=0.01$ ). Por otra parte se ha encontrado que la lactancia materna no se lleva a cabo por factores sociales que actúan como modelador de las conductas como son la ocupación, estado civil, número de hijos y la figura del esposo empieza a emerger como instigador. Asimismo se ha demostrado que el abandono de la lactancia materna exclusiva es a los tres meses de edad del niño, contrario a lo que dicta la norma oficial. (Quezada 1996).

Sánchez en 1993 encontró que las madres reconocen los beneficios de la lactancia y señalan además que se estrecha el vínculo afectivo madre-hijo (82 por ciento), se evitan enfermedades infecciosas en los niños (80 por ciento), se evita la obesidad del niño (60 por ciento) y se protege la madre de posibles embarazos (67 por ciento).

Pender (1996) señala que la práctica de conductas promotoras de salud, en este caso la lactancia materna está influida por factores personales, cogniciones, afectos y el compromiso con un plan de acción. En la lactancia

materna se ha encontrado que influye los beneficios ( $\chi^2 = 13.68$ ,  $p = .03$ ) y las barreras ( 47 por ciento ), así como algunos factores sociales limitando o favoreciendo la práctica de la lactancia materna (Sánchez,1993).

Sin embargo Pender señala además que el afecto relacionado a la actividad, así como la autoeficacia influyen positivamente en la ejecución y mantenimiento de la conducta saludable. Estos dos conceptos no se han estudiado en relación con Lactancia Materna.

Por tales motivos el propósito del presente estudio fue conocer de que manera los factores personales biológico y socioculturales, la autoeficacia percibida y el afecto relacionado a la actividad afectan la práctica de la lactancia materna.

El estudio fue de tipo descriptivo, explicativo y correlacional, en mujeres que tuvieran un niño recién nacido hasta seis meses de edad y que fueran derechohabientes de una institución de seguridad social.

### **1.1 Planteamiento del problema.**

México ha realizado un esfuerzo extraordinario durante los últimos años para rescatar la práctica de la Lactancia Materna intentando con ello mejorar la calidad de vida y nutrición de los niños. En el rescate de esta práctica se ha incorporado todo el Sistema Nacional de Salud.

En la actualidad los hospitales oficiales que brindan atención obstétrica, vienen realizando acciones en favor de la Lactancia Materna aplicando los "10 pasos hacia una lactancia exitosa". Sin embargo el reto de trabajo es inmenso, ante la meta de lograr una cobertura de Lactancia Materna exclusiva de por lo

menos el 90% los primeros cuatro meses de vida como lo establece la Norma Oficial Mexicana (NOM , 1996; apartado 5.7.1) .

Un estudio realizado por Flores y Cisneros en 1997, sobre Lactancia Materna en una muestra estratificada por la forma de nacimiento (parto o cesárea) y por tipo de alojamiento del niño con la madre (con y sin alojamiento conjunto) mostró que la Lactancia Materna Exclusiva a los 15 y 30 días postnacimiento fue mayor en quienes se atendieron en alojamiento conjunto por medio de la  $X^2$  de Mantel-Haenszel y de rango logarítmico que aceptaron las diferencias de medias ( $p < 0.05$ ) .

En el estudio la lactancia global fue semejante entre los grupos con y sin alojamiento conjunto. Pero los datos específicos de la Lactancia Humana Exclusiva fue mayor en el grupo con Alojamiento Conjunto de 61 por ciento, contra un 42 por ciento del grupo sin alojamiento independientemente de la forma de nacimiento ( $p < .05$ ), (Flores,1997).

Otro estudio revela que la sociocultura de la mujer conformada por los indicadores de la influencia del modelamiento, modernismo, tecnología, creencias acerca de los beneficios de la Lactancia Materna, activación emocional y el mantenimiento de la misma corresponde al 69 por ciento de las mujeres que se encontraban realizando esta práctica hasta los cuatro meses de edad y el 31 por ciento ya no la practicaban, ya que solamente amamantaron a sus hijos hasta los tres meses o menos (Quezada, 1996).

Datos obtenidos de la Encuesta de Salud Reproductiva ( CONAPO, 1995), revela que aumentó la fracción de niños que no fueron amamantados en México, de 16.8 por ciento en 1976 a 17.4 por ciento en 1995.

La Lactancia no es solamente instintiva, también es una conducta adquirida, por lo que en la actitud hacia ésta influyen diversos factores, y en esta etapa la mujer es muy receptiva a todo aquello que sea mejor para su hijo. Pender (1996) señala que la práctica de conductas saludables son influidas por factores personales, cogniciones y afectos, así como el compromiso con un plan de acción. En este sentido la promoción de la Lactancia Materna Exclusiva es una conducta saludable para la madre y para el hijo. Se ha observado en la actualidad que las madres reconocen las bondades de (79 por ciento) que ésta tiene, sin embargo, esta conducta se inicia pero no se mantiene (Sánchez, 1993).

Bandura (1986) señala que las personas con un alto sentido de autoeficacia tienden a aproximarse más a tareas de cambio y a mantenerlas, poniendo el mayor esfuerzo y una larga persistencia de cara a los obstáculos, barreras y adversidades o estímulos estresantes.

Mc Auley & Courneya (1992) señala que el conocimiento de la autoeficacia concerniente a las creencias o convicciones que la persona tiene para realizar una acción, es suficiente para emprenderla y satisfacer demandas situacionales. En este sentido se espera que las madres con creencias y convicciones de que pueden iniciar y mantener la acción de amamantar, lo hagan efectivamente por un periodo de tiempo mayor a lo observado en varios estudios (Sánchez, 1993; Quezada, 1996).

Mc Auley & Courneya (1992) relacionan la autoeficacia y el afecto con el ejercicio y observaron que existe una relación recíproca entre la autoeficacia y el afecto cuando estas van juntas se aumenta la probabilidad de acción en este caso la respuesta de ejercicio.

Weiner (1985) y Bandura (1986) proponen relaciones causales que influyen futuras conductas a través de la medición de respuestas afectivas (valor intrínseco) y autoeficacia (expectativa). Se espera que la relación de estos dos conceptos derivados de la teoría de Promoción de la Salud (Pender, 1996) expliquen por qué las madres inician y mantienen la práctica de la lactancia materna.

En la experiencia personal del investigador en los servicios de obstetricia se ha observado que las madres inician la lactancia materna exclusiva en los hospitales donde reciben orientación y ellas reconocen las ventajas de su utilización. Sin embargo al integrarse a la vida cotidiana abandonan esta práctica antes de los seis meses de edad del niño.

Por tales motivos es importante explorar de que manera los factores personales de tipo biológico y socioculturales, la autoeficacia percibida y el afecto relacionado a la actividad afectan la práctica de la lactancia materna hasta los seis meses de edad del niño.

Por lo anteriormente descrito surge la siguiente pregunta de investigación :

**¿Cuál es el efecto de los factores personales de tipo biológico, socioculturales, la autoeficacia percibida y el afecto relacionado a la actividad, sobre la práctica de la lactancia materna?**

## **1.2 Hipótesis**

**Hipótesis alternas:**

Hi: (1) Los factores personales de tipo biológico (edad) y socioculturales como la ocupación, escolaridad, el estado civil y la fuente de ingreso económico tienen efecto sobre la práctica de la lactancia materna.

Hi: (2) La autoeficacia percibida y el afecto relacionado a la actividad tienen efecto sobre la práctica de lactancia materna.

Hi: (3) La autoeficacia percibida no es la misma para diversos niveles de lactancia materna.

Hi: (4) El afecto relacionado a la actividad no es el mismo para diversos niveles de lactancia materna.

### **1.3 Propósito**

#### **Propósito General :**

Valorar de que manera los factores personales de tipo biológico y socioculturales, la autoeficacia percibida y el afecto relacionado a la actividad afectan la práctica de la lactancia materna.

### **1.4 Importancia del Estudio**

El presente estudio permitió poner a prueba empíricamente los conceptos de autoeficacia percibida y afecto relacionado a la actividad del Modelo de Promoción de la Salud (Pender, 1996) sobre la práctica de la lactancia materna.

La aportación más importante a la disciplina fue la oportunidad de estudiar dos conceptos (autoeficacia percibida y afecto relacionado a la

actividad) no investigados hasta el momento en su relación con la lactancia materna . Existen estudios donde se explica esta conducta relacionada con los beneficios percibidos por la madre, y los instigadores sociales, sin embargo la relación de estos dos conceptos de los cuales uno se ha incorporado recientemente al Modelo de Promoción de la Salud (Pender, 1996) permitió conocer que estos conceptos afectan el inicio y mantenimiento de la práctica de la lactancia materna .

El estudio también es un área de oportunidad para la práctica de la Enfermería Comunitaria, dado que los hallazgos obtenidos podrán servir de base para establecer nuevas estrategias para la orientación y promoción de la lactancia materna basado en el reforzamiento de la autoeficacia percibida y el afecto relacionado a la actividad. Con ello seguramente se promoverá el inicio de una vida saludable en los niños.

### 1.5 Definición de Términos.

- **Lactancia Materna Exclusiva.**- Es la alimentación del niño con leche materna, sin agregar otro tipo de líquido o sólido con fines nutricionales o no desde recién nacido hasta los cuatro meses de edad (UNICEF-SSA, 1997).
- **Lactancia Materna .-** Es la alimentación del niño básicamente con leche materna, pudiendo agregar en algunos casos otro tipo de líquido ó sólido, con fines nutricionales o no, desde recién nacido hasta los seis meses de edad. Para el presente estudio se consideró el término niveles de lactancia materna y esto indica el tipo de alimentación que el niño recibía y se clasificó en tres niveles.

**Nivel 1** : No amamanta a su hijo con leche materna exclusiva y no está dispuesta a continuar amamantando.

**Nivel 2** : Amamanta con leche materna y a la vez le proporciona leche artificial, y no está segura de continuar amamantado.

**Nivel 3** : Sí está amamantando con leche materna exclusiva y está dispuesta a continuar amamantando los siguientes meses.

- **Factor biológico.**- Es la característica demográfica de edad.
- **Edad.**- Es el término expresado en años cumplidos.
- **Factores socioculturales.**- Son las características demográficas como son la ocupación, escolaridad, fuente de ingreso económico y el estado civil de un grupo social específico. (Pender, 1996)
- **Ocupación.**- Es la actividad cotidiana que realiza un individuo sea ésta remunerada o no remunerada.
- **Escolaridad.**- Son los años cursados a través de la educación formal en cualquier etapa de la vida.
- **Estado civil.**- Se considera a la persona en su relación con pareja y sin pareja sin importar si están casados o no.
- **Autoeficacia percibida.**- Es el juicio de la capacidad personal para organizar y ejecutar un curso particular de acción y comprende a los logros de desempeño, experiencias sustitutas, persuasión verbal y estados fisiológicos para la práctica de la lactancia materna.
- **Afecto relacionado a la actividad.**- Las respuestas afectivas a una conducta particular consisten en tres momentos: al inicio, durante y después de realizar la práctica de la lactancia materna y estos pueden ser afectos positivos o negativos.

## **CAPITULO 2**

### **MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL**

#### **2.1 Modelo Promoción de la Salud.**

El Modelo de Promoción de la Salud se basa en la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura (1977) que postula la relación del proceso cognitivo y la modificación conductual. La teoría de Fishbein (1980) de la acción razonada también ha influido en el desarrollo del modelo, ya que de él se toma lo referente a que la conducta es en función de las actitudes personales y las normas sociales (Pender, 1996).

El Modelo Promoción de la Salud tiene una construcción similar al modelo de Creencias de Salud de Rosenstock (1974) el cual incluye los componentes de percepciones individuales (susceptibilidad y severidad), factores modificadores (edad, sexo, ocupación) y variables que afectan la probabilidad de iniciar una acción (barreras, beneficios y autoeficacia), sin embargo este modelo se limita a explicar la conducta preventiva contra la enfermedad y las explicaciones con respecto al no cumplimiento del tratamiento referido por Pender (1996).

El Modelo Promoción de la Salud fue propuesto a principios de 1980 y se planteo como un marco para la exploración de procesos biopsicosociales

complejos que motivan a las personas a realizar conductas saludables. En 1987 surge la versión del modelo donde determina sus constructos componentes tales como factores cognoscitivos perceptuales, factores modificadores y probabilidad de realizar una conducta saludable, estos constructos pretenden explicar y predecir las conductas saludables, específicamente las que están dirigidas a la predicción de los estilos de vida promotores de salud.

En 1996 se establece una nueva propuesta del Modelo de Promoción de la Salud como resultado de los hallazgos de investigaciones de cada uno de los conceptos del modelo. La nueva propuesta incluye la incorporación de tres variables nuevas como son el afecto relacionado a la actividad, compromiso para planear la acción demandas y preferencias inmediatas.

Por otro lado, también se eliminaron del modelo las variables: importancia de salud, el control percibido y las señales para la acción por no encontrarse evidencias o explicaciones de su efecto en los estilos de vida. La definición de salud, el estado de salud percibido y las características demográficas y biológicas se reubicaron en el modelo en la categoría de factores personales.

El Modelo de Promoción de la Salud revisado en 1996 propone tres constructos denominados **características y experiencias individuales, cogniciones y afecto específico de la conducta y resultado conductual. Conducta previa relacionada** la cual indica que con frecuencia el mejor predictor de la conducta es la frecuencia de la misma conducta o conductas similares en el pasado. La conducta previa es propuesta con efectos tanto directos como indirectos en la probabilidad de realizar conductas promotoras de la salud. El efecto directo de la conducta basada en la conducta promotora

de la salud actual puede deberse a la formación del hábito, predisponiéndolo a uno a realizar la conducta automáticamente, con poca atención a los detalles específicos de su ejecución. La fuerza del hábito cada vez que la conducta ocurre, facilita que la práctica de la conducta sea repetitiva .

Cada incidente de la conducta también es acompañado por emociones o afecto.

De acuerdo con la Teoría Cognoscitiva Social, se propone que la conducta previa también tiene influencia indirecta en la conducta promotora de la salud a través de percepciones de autoeficacia percibida, beneficios, barreras y afecto relacionado a la actividad.

En el Modelo de Promoción de la Salud (M.P.S.) **los factores personales** han sido clasificados como biológicos, psicológicos y socioculturales.

Dentro de los **factores biológicos** se encuentran la edad, el sexo, el índice de masa corporal, el estado de pubertad, el estado menopausico, la capacidad aeróbica, la fuerza, la agilidad o el equilibrio. Los del tipo **psicológicos** incluye conceptos tales como el autoestima, la automotivación, la competencia personal, el estado de salud percibido y la definición de la salud; y los **factores socioculturales**, en estos se encuentran variables tales como la raza, la etnicidad, la aculturación, la educación y el estrato socioeconómico.

Asimismo se propone que los factores personales influyen directamente en las cogniciones específicas de la conducta y el afecto, así como en la conducta promotora de la salud.

**Las cogniciones y afecto específicos de la conducta** son consideradas variables de mayor significancia motivacional porque constituyen

el núcleo crítico para la intervención y son las que están sujetas a modificación a través de las acciones de enfermería.

#### **Beneficios percibidos para la acción.**

Son representaciones mentales de las consecuencias positivas o reforzadoras de una conducta. Los beneficios para la realización de la conducta pueden ser intrínsecos o extrínsecos. Ejemplo de los beneficios intrínsecos incluyen mayor alerta y menor sensación de fatiga, los extrínsecos pueden incluir recompensas monetarias o interacciones sociales posibles como resultado de la realización de la conducta. Los beneficios extrínsecos de las conductas de salud pueden ser de alta importancia motivacional, mientras que los beneficios intrínsecos pueden ser más poderosos para motivar la continuación de las conductas de salud.

Estos beneficios motivan directamente la conducta y motivan indirectamente a través de la determinación del grado de compromiso con un plan de acción para la realización de las conductas a partir de la cual resultarán los beneficios.

**Barreras percibidas para la acción.** En relación a las conductas promotoras de salud, las barreras pueden ser imaginadas o reales. Consisten en percepciones respecto a la no disponibilidad, inconveniencia, gasto, dificultad o tiempo consumido en una acción particular. Las barreras con frecuencia son consideradas como bloques, obstáculos, costos personales para comprender una acción dada.

**La autoeficacia percibida** tal como lo define Bandura (1977) es el juicio de la capacidad personal para organizar y ejecutar un curso particular de acción. Se refiere no a la capacidad que uno tiene, sino a los juicios que uno puede hacer con cualquier habilidad que uno posea.

**El afecto relacionado a la actividad se refiere a los estados de sentimiento subjetivo que ocurren antes, durante y después de una conducta. Estas respuestas afectivas son clasificadas cognoscitivamente, almacenadas en la memoria y asociadas a pensamientos subsecuentes de la conducta.**

**Las respuestas afectivas a una conducta, consisten en tres componentes: el despertamiento emocional del acto en sí, la autorealización y el medio ambiente con el cual tiene lugar la acción.**

**El afecto asociado a la conducta refleja una reacción emocional que puede ser positiva o negativa. Las conductas asociadas al afecto positivo tienden a ser repetidas, mientras que las asociadas al afecto negativo tienen una probabilidad alta de ser evitadas.**

**Bandura (1977) propone que el afecto relacionado a la actividad influye en la conducta de salud directamente así como indirectamente a través de la autoeficacia y el compromiso con un plan de acción.**

**Las influencias interpersonales son cogniciones concernientes a las conductas, creencias o actividades de otros. Las fuentes principales son la familia, los grupos de iguales y los proveedores de atención a la salud. Las normas sociales establecen estándares de desempeño que los individuos pueden aceptar o rechazar.**

**El apoyo social para desarrollar una conducta incluyen los recursos de mantenimiento ofrecidos por los demás. El modelado representa los componentes en secuencia de una conducta de salud. Estas influencias interpersonales afectan la conducta promotora de salud directa o indirectamente a través de las presiones sociales o estímulo para comprometerse con un plan de acción.**

**Factores circunstanciales** sobre la conducta promotora de salud, incluyen las percepciones de las opciones disponibles, las características de demanda y las características estéticas del medio ambiente en el cual se tenga una conducta dada.

Los individuos son incitados a desempeñarse y se desempeñan, más competentemente en situaciones o contextos ambientales en los cuales se sienten compatibles, seguros y tranquilizados. Los medios ambientes que son fascinantes e interesantes son también contextos deseables para la realización de las conductas de salud. Estos factores han sido reconceptualizados como influencias directas o indirectas en la conducta de salud.

**El resultado conductual.** Es el compromiso con un plan de acción que inicia un evento conductual. Dicho compromiso impulsará al individuo hacia la acción.

**El compromiso con un plan de acción** en el Modelo de Promoción de la Salud implica los procesos cognoscitivos subyacentes:

- 1) Compromiso para llevar a cabo una acción específica en un tiempo y lugar dados.
- 2) Identificación de estrategias definitivas para despertar, llevar a cabo y reforzar la conducta.

**Las demandas y competencias contrarias** inmediatas se refieren a las conductas alternativas que se introducen a la fuerza en la conciencia como cursos posibles de acción inmediatamente antes de la aparición pretendida de una conducta promotora de salud planeada.

Tanto las demandas como las preferencias contrarias pueden desviar un plan de acción con el cual uno se ha comprometido. Las preferencias contrarias pueden ser diferenciadas de las barreras tales como la falta de

tiempo, porque las preferencias contrarias son urgencias de último minuto basadas en la jerarquía de preferencias que descarrilan un plan de acción de salud positivo.

En el Modelo de Promoción de la Salud las demandas y preferencias contrarias inmediatas afectan directamente la probabilidad de aparición de la conducta de salud así como modera los efectos del compromiso.

**La conducta promotora de la salud** es el punto final o resultado de acción en el Modelo de Promoción de la Salud (MPS). Sin embargo la conducta promotora de la salud está dirigida al logro de resultados de salud positivos para el cliente.

Las conductas promotoras de salud cuando están integradas a un estilo de vida saludable y dan como resultado una experiencia de salud positiva durante la vida.

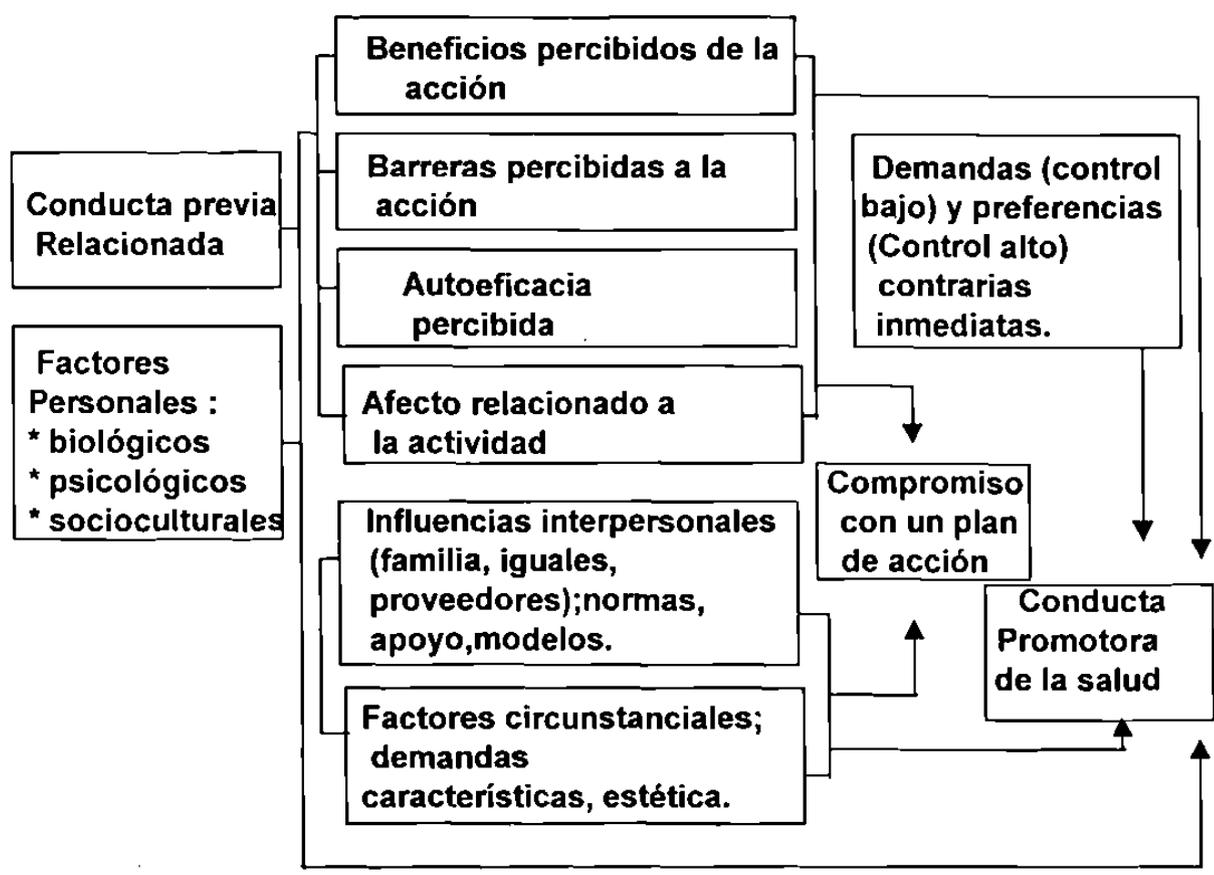
Figura 1

MODELO REVISADO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

Características  
y Experiencias  
individuales

Cogniciones y afecto  
Específicos de la conducta

Resultado Conductual



## **2.2 Ubicación del Problema de Investigación en la Teoría.**

Para el desarrollo del presente estudio se seleccionaron tres conceptos de la teoría de Promoción de la Salud (1996) para explicar la práctica de la lactancia materna, estos conceptos son características y experiencias individuales específicamente factores personales de tipo biológico y socioculturales, cogniciones y afecto específicos de la conducta particularmente autoeficacia percibida y afecto relacionado a la actividad, el resultado conductual en este caso es la Lactancia Materna, como se observa en las figuras 2 y 3.

Cada persona tiene características y experiencias personales únicas que afectan las acciones subsecuentes. El efecto de ellas dependerá de la conducta objetivo a estudiar lo que significa que pueden ser altamente relevantes para una conducta de salud particular pero no para todas.

Los factores personales predicen una conducta determinada y son modelados por la naturaleza de la conducta objetivo, los factores personales han sido clasificados como biológicos, psicológicos y socioculturales. Los factores personales del tipo biológico que se estudiaron fue la edad de la madre, y los de tipo socioculturales que fueron observados en el presente estudio incluyeron el estado civil, ocupación, escolaridad y la fuente de ingreso económico.

Se propuso que los factores personales tienen efecto sobre la conducta promotora de salud.

Las cogniciones y afecto específicos de la conducta son una categoría de variables consideradas de mayor significado motivacional, sus variables constituyen el núcleo crítico para la intervención; en esta categoría se incluyen beneficios percibidos para la acción, barreras percibidas para la acción, autoeficacia percibida, afecto relacionado a la actividad, influencias interpersonales y factores circunstanciales, para el presente estudio se considerará únicamente los conceptos de autoeficacia percibida y afecto relacionado a la actividad. La autoeficacia percibida es un juicio de las capacidades de uno para alcanzar un cierto nivel de desempeño. Las percepciones de la habilidad y competencia en un dominio particular motivan a los individuos a realizar aquellas conductas en las que sobresalen.

El conocimiento personal de la autoeficacia está basada en cuatro tipos:

- 1) Logros de desempeño (autoestándar o retroalimentación).
- 2) Las experiencias sustitutas (las relaciones por observar el desempeño de otros, autoevaluación y retroalimentación).
- 3) La persuasión verbal (de parte de otros acerca de que uno posee capacidad).
- 4) Los estados fisiológicos (por los cuales la gente juzga sus competencias).

El afecto relacionado a la actividad, cuando esta asociado a la conducta refleja una reacción emocional que puede ser positiva o negativa. Las conductas asociadas al afecto positivo tienen la probabilidad de ser repetidas, mientras que las asociadas al afecto negativo tienen la probabilidad de ser evitadas.

Las respuestas afectivas consisten en tres momentos:

- 1) Inicio de la conducta promotora de salud.

2) Durante el desarrollo de la conducta.

3) Después de la conducta.

Por consiguiente se propone que la autoeficacia percibida y el afecto relacionado a la actividad afectan la conducta de salud directamente; en este caso la práctica de la Lactancia Materna hasta los seis meses de edad del niño.

**Figura 2**

**Ubicación del problema de investigación en la teoría.**

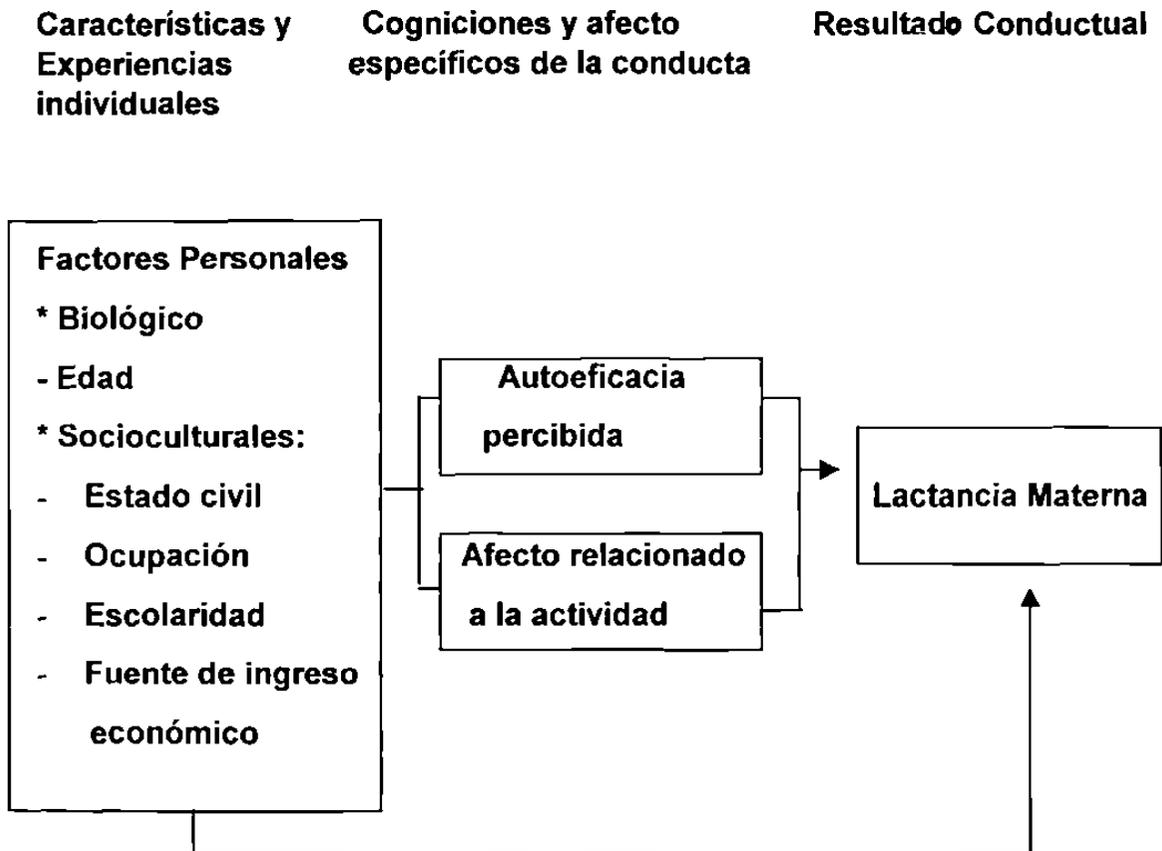
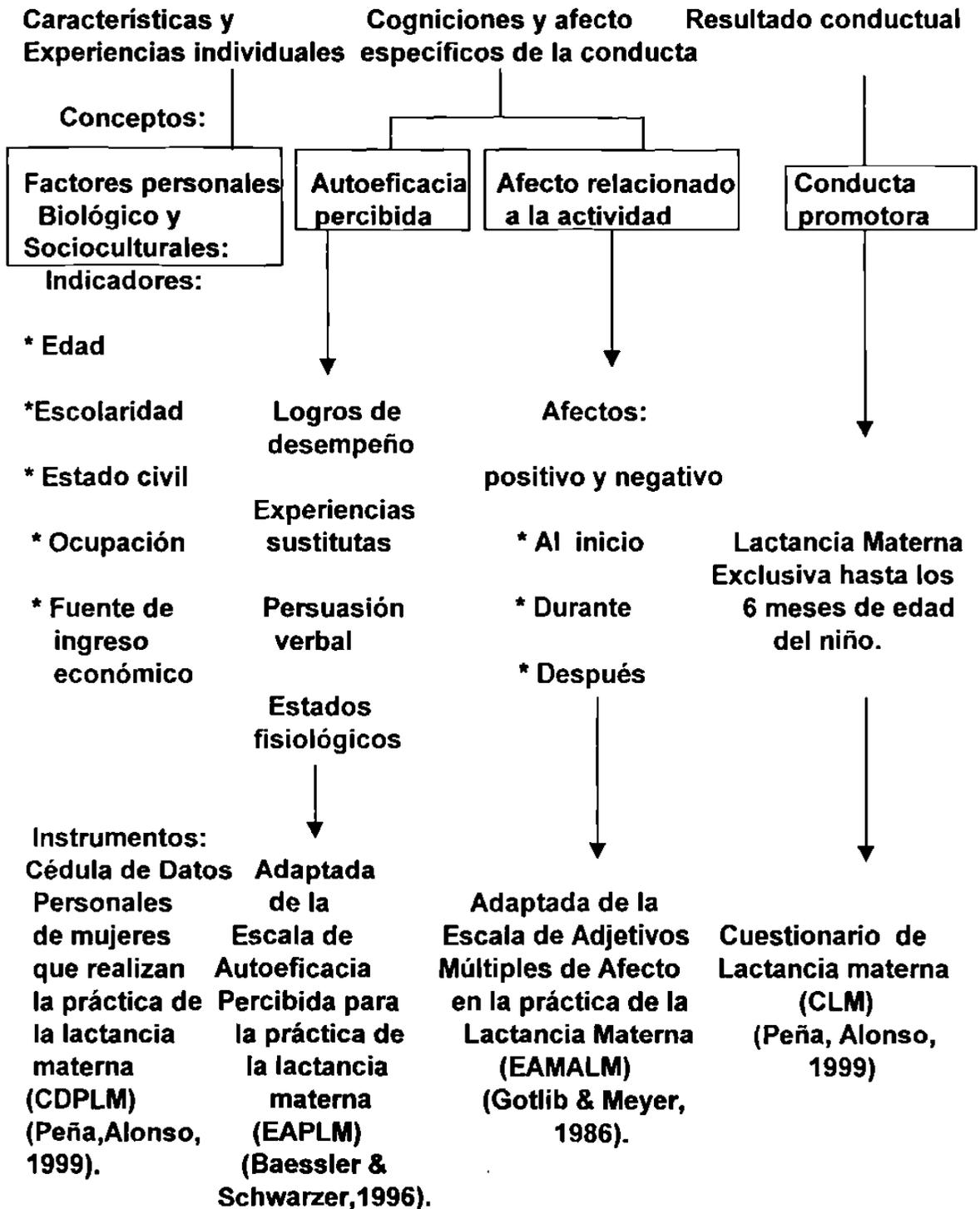


Figura 3

**Modelo Teórico Conceptual para el estudio de Factores Promotores de Salud y la práctica de la Lactancia Materna.**



### 2.3 Estudios Relacionados

. Sin embargo Quezada (1996) observó que los niños son alimentados con alimentación mixta desde los tres primeros meses de vida (28 por ciento), contrariamente a lo establecido por la Norma oficial Mexicana.

Castillo (1997) en su estudio cualitativo sobre Lactancia Materna señala que las motivaciones maternas para dar pecho son internas según lo referido por algunas mujeres que alimentaron con seno materno por convicción propia.

El Modelo de Promoción de la Salud (MPS) en cuanto al afecto relacionado a la actividad menciona que los estados de sentimiento subjetivo ocurren antes, durante y después de una conducta, esto de alguna manera es parecido a lo reportado por Castillo (1997).

Asimismo esta autora reporta que entre las estrategias maternas que usaron la mayoría de las mujeres para asegurar la producción de leche refirieron "si uno toma muchos líquidos, se alimenta bien y se estimula, vas a producir todo eso"; este aspecto se relaciona con la autoeficacia percibida establecida en el Modelo de Promoción de la Salud (1996). También reveló resultados clasificados por categorías y señalaron esta práctica como una experiencia gratificante y el vínculo estrecho surgió cuando las madres consideraron a la alimentación al seno materno como una fuente de satisfacción y orgullo así como también una experiencia bonita y gratificante.

Tripp (1997) en su estudio *Perspectivas sobre el desarrollo e influencias de las creencias de autoeficacia* menciona que la autoeficacia influye en las selecciones conductuales, establecimiento de metas, realización del esfuerzo hacia metas, y persistencia del esfuerzo frente a la dificultad.

Quezada (1996) señala que dentro de los instigadores externos de la conducta que actúan como figura de modelamiento, las personas que más influyen en la mujer son las amigas y la familia para que la madre decida lactar o no, el resultado obtenido por medio de la chi cuadrada de (7.961) con una significancia de  $p = .01$ , lo que se relaciona con la autoeficacia percibida.

También señala que la relación entre la sensación percibida y la práctica del amamantamiento fue significativa ( $\chi^2 = 13.77$ ,  $p = .00$ ) de alguna manera es congruente con el concepto del afecto relacionado a la actividad del MPS.

Siguiendo el procedimiento de Catmod la relación con los factores escolaridad y práctica de Lactancia Materna y el efecto de la ocupación obtuvo un resultado significativo ( $\chi^2 = 9.71$ ,  $p = .00$ ) (Quezada, 1996)

Según un estudio realizado por Sánchez (1993) en esta temática sobre Lactancia Materna se encontró que de acuerdo con el primer alimento que tomó el niño al nacer solamente el 37 por ciento tomó leche materna a pesar de que la madre tenía los conocimientos relacionados con los beneficios de esta leche para el niño.

Rodríguez y Schaefer (1991) reportan que la promoción de la Lactancia Materna exige motivación, capacitación y labor coordinada de muchas personas, y que su éxito depende de la instrucción y apoyo ofrecidos, lo cual constituye un campo ideal para la intervención del profesional de enfermería, cuya labor puede asegurar el impacto perdurable de los programas de promoción de la salud.

Los mismos autores también señalan que las mujeres no constituyen un grupo homogéneo, sino que se pueden y deben estratificar según varios criterios, entre ellos su ocupación, estrato socioeconómico, escolaridad y su estado civil, por lo que es necesario formular estrategias de promoción y fomento para cada segmento específico de la población femenina. Otro punto importante señalado es el contacto íntimo que entraña el acto de amamantar, especialmente durante los primeros días después del parto, fortalece el vínculo afectivo que existirá entre madre e hijo durante el resto de la vida. También se ha comprobado que el contacto precoz entre la madre y el bebé guarda relación con una mayor cantidad de leche, menos infecciones y un mayor crecimiento (Rodríguez y Schaefer, 1991).

Furzan, J., Rivero, D., Cordero, M y Laguna, M., (1992) muestran en su estudio sobre la conducta materna ante la lactancia natural y artificial las características demográficas de la población con respecto a edad, paridad, atención del parto, periodo de hospitalización y nivel educativo; señalan que la mayor parte de las mujeres fueron multíparas, todas las madres fueron atendidas en dependencias sanitarias, tenían estudios de educación secundaria, solamente el 6 por ciento eran analfabetas y el 84 por ciento recordaban haber recibido información, para estimular el uso de la lactancia natural. Los consejos motivacionales más frecuentemente citados por las madres fueron que la lactancia natural es la mejor alimentación para los niños ya que previene enfermedades; esto muestra en las madres la expectativa y percepción hacia el uso de la lactancia natural. Se pudo observar que el 86 por ciento de los niños recibió alimentación exclusiva al seno durante los primeros dos meses de edad, a los quince días este porcentaje disminuyó hasta 76 por ciento y al final del segundo mes llega a 54 por ciento; la

declinación es evidente ya que al cuarto mes de nacimiento sólo el 29 por ciento había continuado con esta práctica de alimentación natural.

Sander (1962, 1964) citado por Walker L., Crain, H. Y Thompson, E. (1997) señala que las conductas maternas que son sensibles y afectivas para el infante, son especialmente importantes para el desarrollo emocional saludable durante el primer año de vida del niño, razón por la cual la Lactancia Materna, favorece este vínculo afectivo madre e hijo lo que ayuda a reforzar esta práctica. Esto también es señalado por Pender (1996) en el sentido de que el afecto produce y mantiene una conducta saludable.

## **CAPÍTULO 3**

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1 Diseño de Investigación**

El diseño del estudio fue descriptivo, explicativo y correlacional (Polit & Hungler, 1997).

#### **3.2 Universo**

El universo lo conformaron las madres que tuvieran un niño de recién nacido hasta los seis meses de edad, residentes de la colonia de Pueblo Nuevo, del municipio de Apodaca, N. L. y que fueran derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

#### **3.3 Plan de muestreo y muestra**

El tipo de muestreo fue probabilístico y la selección de sujetos se realizó en forma aleatoria. El tamaño de la muestra estuvo conformado por 130 mujeres que amamantaran en forma exclusiva o no. Se usó un límite de error

de estimación de .05 cuando se estima una proporción con un nivel de confianza de 95 por ciento.

### **3.4 Criterios de inclusión**

- Mujeres que tuvieran un niño de recién nacido hasta los seis meses de edad.
- Residentes en la colonia de Pueblo Nuevo, Apodaca, N. L.
- Derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social, (IMSS).

### **3.5 Criterios de exclusión**

- Madres con niños mayores de seis meses de edad.
- No derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)
- Madres de niños con malformaciones congénitas y con intolerancia a la lactosa.

### **3.6 Material**

Los instrumentos utilizados para la presente investigación fueron 4 , dos diseñados por el investigador y son la Cédula de Datos Personales de mujeres que realizan la Práctica de la Lactancia Materna (CDPLM), el Cuestionario de Lactancia Materna (CLM) y los otros dos fueron adaptados para este estudio.

La Cédula de Datos Personales de mujeres que realizan la práctica de la Lactancia Materna (CDPLM) es un cuestionario que consta de 7 preguntas que corresponden a datos personales biológicos y socioculturales e incluyen lugar de nacimiento de la madre, edad, estado civil, escolaridad, ocupación, fuente de ingreso económico y monto del mismo, (Apéndice A).

El segundo instrumento denominado Cuestionario de Lactancia Materna (CLM), consta de 20 preguntas, 12 de ellas dicotómicas y se relacionan con la práctica de la lactancia materna, el resto corresponde a los antecedentes maternos y obstétricos de la mujer en estudio, así como los antecedentes de hijos anteriores, (Apéndice B).

El tercer instrumento fue adaptado de la Escala General de Autoeficacia percibida desarrollada por Schwarzer y Baessler y traducida al español por los mismos autores en 1996. La Escala obtuvo un alpha de Cronbach de .81 en población latina, y en población europea de .79 a .93, esta escala tiene 10 preguntas y mide la competencia personal para manejar de forma eficaz una gran cantidad de situaciones, (Apéndice C).

El instrumento adaptado denominado Escala de Autoeficacia Percibida para la Práctica de la Lactancia Materna (EAPLM) consta de 18 preguntas en escala tipo Likert que mide la competencia personal de las mujeres para amamantar a su hijo en forma exclusiva, la escala se divide en cuatro subescalas que miden logros de desempeño con cinco reactivos (1, 2, 3, 4, 8), experiencias sustitutas con cinco reactivos (9, 10, 13, 14, 15), persuasión verbal con tres reactivos (11, 12, 16) y estados fisiológicos con cinco reactivos (5, 6, 7, 17, 18).

La escala tiene siete niveles y va de uno: segura que no podría, dos: no podría, 3: a veces no podría, cuatro: a veces sí y a veces no podría, cinco: a veces sí podría, seis: sí podría y siete: segura que sí podría. La escala tiene una

puntuación de 18 hasta 126 de tal manera que a mayor puntaje mayor competencia para realizar la práctica de la lactancia materna . La consistencia interna del instrumento se reporta en el capítulo de resultados.

El cuarto instrumento adaptado la escala de Adjetivos Múltiples de Afecto de Gotlib y Meyer (1986), el cual consiste en una lista de 81 adjetivos, 39 de afecto positivo y 42 de afecto negativo. Esta lista tiene un alpha de Cronbach de .72 a .82 y mide los estados emocionales entre las escalas de ansiedad, depresión y hostilidad; las tres escalas contienen adjetivos de afecto positivos y negativos, la puntuación total de cada escala es obtenida por medio de la suma de la cantidad de adjetivos negativos marcados y los adjetivos positivos no apoyados.

El instrumento adaptado por la autora del estudio denominado Escala de Adjetivos Múltiples de Afecto en la práctica de la Lactancia Materna (EAMALM) consiste en 24 preguntas en escala tipo Likert que mide los estados emocionales de las mujeres que han realizado o realizan la práctica de la lactancia materna , esta escala se divide en seis subescalas que miden los afectos positivos y negativos para la práctica de la lactancia materna.

Los afectos positivos son: al inicio (12, 13, 17, 18) durante (4, 9, 15, 20) y después (3, 16, 21, 24) de esta práctica.

Los afectos negativos son: al inicio (1, 8, 10, 19), durante (7, 14, 22, 23) y después (2, 5, 6, 11).

La escala tiene siete niveles y va de uno: nunca es mi caso, dos: no es mi caso, tres: a veces no es mi caso, cuatro: a veces es mi caso y a veces no es mi caso, cinco: a veces es mi caso, seis: es mi caso y siete: siempre es mi caso (Apéndice D). La escala tiene una puntuación mínima de 1 y máxima de 168,

donde a mayor puntaje significa más afecto positivo. La consistencia interna del instrumento se reporta en el capítulo de resultados.

### **3.7 Procedimiento para recolectar información**

Para iniciar el presente estudio se solicitó por escrito la autorización del director y jefe de enfermeras de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 19 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en la ciudad de Apodaca, N. L., así como de la Delegación Regional del IMSS. También se contó con la aprobación del Comité de Ética de la Facultad.

Antes de realizar la prueba piloto, se efectuó la validez de contenido de los instrumentos Escala de Autoeficacia Percibida para la práctica de la Lactancia Materna (EAPLM) y de la Escala de Adjetivos Múltiples de Afecto en la Práctica de la Lactancia Materna (EAMALM), con panel de cuatro expertos, para relacionar los reactivos con los conceptos de Autoeficacia y Afecto relacionado a la actividad a fin de evaluar su congruencia. Posterior a la validez de contenido se hicieron ajustes a los instrumentos en relación a la construcción de las preguntas y se eliminan repeticiones.

Se realizó una prueba piloto en 30 mujeres, con características similares a los de la muestra, en otra clínica del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Los propósitos de la prueba piloto fueron el medir la consistencia interna de los instrumentos mediante el Alpha de Cronbach, así como conocer la claridad y comprensión de los reactivos por parte de la población. El tiempo

utilizado en la recolección de datos a cada una de las madres fue de 20 minutos.

Con los resultados de la prueba piloto, se hicieron los ajustes necesarios a los instrumentos. Para el instrumento de Escala de Autoeficacia Percibida para la práctica de la Lactancia Materna (EAPLM), se realizó una exploración cualitativa con diez madres, con el fin de mejorar y generar nuevos reactivos, también como resultado de esta exploración se transformó la escala a siete niveles de respuesta en lugar de cuatro establecidos originalmente.

Las correcciones fueron realizadas en relación a cambiar algunos términos de las preguntas y precisar con claridad el total de reactivos.

Antes de iniciar a recolectar los datos se ubicaron las pacientes en los mapas de la colonia Pueblo Nuevo, se localizaron en sus domicilios y se les invitó a participar en el estudio, explicándoles el propósito de éste, reiterando que su participación era voluntaria y que se respetaría su decisión y el anonimato.

Una vez que las madres dieron su consentimiento verbal se les entrevistó por un tiempo aproximado de 20 minutos, durante la entrevista se procuró mantener un clima de confianza y seguridad respecto a la confidencialidad del interrogatorio.

Dado que la escala era de siete niveles se les mostraba una cartilla con figuras que representaba las diferentes respuestas a fin de facilitar el interrogatorio y evitar olvido de las alternativas de respuesta, ésta fue elaborada por la autora del estudio (Apéndice G y H).

Posterior a la entrevista se ofreció una orientación sobre lactancia materna exclusiva y se les entregó un tríptico elaborado por la autora del estudio. Algunas de estas madres se canalizaron a diferentes programas de

salud en función de las necesidades de la madre o el hijo, se cerró la entrevista agradeciendo a las madres su participación.

En algunos de los casos no se localizaron a las madres en su domicilio y se tuvo la necesidad de visitarlas hasta en tres ocasiones.

La recolección de la información se llevó a cabo en un periodo de 12 semanas. Esta recolección se realizó por la investigadora.

### **3.8 Análisis de datos**

Para el procesamiento de la información se utilizó el Programa Estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Science) versión 6.1 .

El análisis estadístico fue descriptivo e inferencial.

1). Se obtuvieron estadísticas descriptivas como frecuencias, proporciones, medidas de tendencia central y medidas de variabilidad, además se calcularon los Alphas de Cronbach y se efectuó Análisis de Factor de los instrumentos utilizados en el estudio.

2). Se utilizó la estadística inferencial para la prueba de hipótesis, se obtuvieron correlaciones de Spearman, para conocer el efecto de las variables independientes sobre la dependiente, se aplicó el análisis de varianza en particular la prueba no paramétrica de Kruskal Wallis. Además se efectuaron análisis de regresión lineal simple, múltiple y regresión logística.

La presentación de los resultados se hizo por medio de tablas de contingencia y figuras para lo que se utilizó el programa Word 97 y Harvard Graphics, para el texto se utilizó Word 97.

### 3.9 Etica del Estudio

El presente estudio se apegó a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la Salud (González, 1992).

Para asegurar la protección de los derechos humanos de los sujetos de este estudio se incorporaron las observaciones realizadas por el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la U.A.N.L.

Prevaleció el criterio de respeto a su dignidad y protección de sus derechos y bienestar de las participantes evitando hacer comentarios o juicios sobre sus respuestas y asegurando la confidencialidad a sus respuestas. (Artículo 13).

La participación de este estudio fue estrictamente voluntaria y las participantes tuvieron la libertad de retirarse en el momento que ellas así lo desearan. Se cumplió con lo relativo al consentimiento informado. (Artículo 14, fracción V).

Se protegieron los principios de individualidad y anonimato de los sujetos de investigación (Artículo 1).

Se consideró una investigación sin riesgos para los sujetos de estudio, ya que no hubo procedimientos invasivos (Artículo 17, fracción II).

Existe el compromiso de entregar los resultados del estudio a la Clínica 19 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

## **Capítulo 4**

### **Resultados**

A continuación se presentan los resultados del estudio en cuatro apartados: 1) Consistencia interna y análisis de factores de los instrumentos aplicados. 2) Datos descriptivos de las variables del estudio y la prueba de Kolmogorov Smirnov para normalidad. 3) Correlación entre las variables. 4) Prueba de hipótesis.

#### **4.1 Consistencia Interna**

Se presentan los resultados de la consistencia interna de los instrumentos Escala de Autoeficacia Percibida para la práctica de la Lactancia Materna (EAPLM) y la Escala de Adjetivos Múltiples de Afecto en la práctica de la Lactancia Materna (EAMALM), así como el análisis de factor con rotación de varimax.

Tabla 1

**Consistencia interna del instrumento Escala de Autoeficacia Percibida para la práctica de la Lactancia Materna (EAPLM)**

<b>ESCALAS</b>	<b>Número de preguntas</b>	<b>Reactivos</b>	<b>ALPHA</b>
<b>Sub-escalas : Logro de desempeño</b>	<b>5</b>	<b>1, 2, 3, 4, 8</b>	<b>.6285</b>
<b>Experiencias sustitutas</b>	<b>5</b>	<b>9, 10, 13, 14, 15</b>	<b>.8766</b>
<b>Persuasión verbal</b>	<b>3</b>	<b>11, 12, 16</b>	<b>.7822</b>
<b>Estados fisiológicos</b>	<b>5</b>	<b>5, 6, 7, 17, 18</b>	<b>.8477</b>
<b>Escala Total</b>	<b>18</b>	<b>Del 1 al 18</b>	<b>.9188</b>

Fuente : EAPLM

n = 130

Como puede observarse en la tabla 1, todas las subescalas del instrumento Escala de Autoeficacia Percibida para la práctica de la Lactancia Materna (EAPLM) mostraron consistencia interna aceptable (Polit & Hungler, 1997), ya que estas reportaron Alpha de Cronbach de .6285 hasta .8766. La escala total reportó .9188.

Tabla 2

**Consistencia interna del Instrumento de la Escala de Adjetivos Múltiples de Afecto en la Práctica de la Lactancia Materna (EAMALM)**

<b>ESCALAS</b>	<b>Número de preguntas</b>	<b>Reactivos</b>	<b>ALPHA</b>
<b>Subescala de Afecto positivo</b>	<b>12</b>	<b>3, 4, 9, 12, 13,15,16, 17,18, 20,21,24</b>	<b>. 9507</b>
<b>Subescala de Afecto negativo</b>	<b>12</b>	<b>1, 2, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 14,19, 22, 23</b>	<b>. 8608</b>
<b>Sub escalas :</b>			
<b>Afecto positivo</b>			
<b>Al inicio</b>	<b>4</b>	<b>12,13, 17 ,18</b>	<b>.9174</b>
<b>Durante</b>	<b>4</b>	<b>4, 9, 15, 20</b>	<b>.7779</b>
<b>Después</b>	<b>4</b>	<b>3, 16, 21, 24</b>	<b>.8964</b>
<b>Subescalas :</b>			
<b>Afecto negativo</b>			
<b>Al inicio</b>	<b>4</b>	<b>1, 8, 10, 19</b>	<b>.7621</b>
<b>Durante</b>	<b>4</b>	<b>7, 14, 22, 23</b>	<b>.5987</b>
<b>Después</b>	<b>4</b>	<b>2, 5, 6, 11</b>	<b>.7518</b>

Fuente : EAMALM

n = 130

La tabla 2 muestra la consistencia interna del instrumento de la Escala de Adjetivos Múltiples de Afecto en la práctica de la Lactancia Materna (EAMALM) donde se observa que la subescala de afecto positivo es de . 9507, la de afecto negativo de . 8608 y las sub escalas de afecto positivos al inicio, durante y después tienen Alphas de Cronbach entre . 9507 y .7621, lo cual se considera aceptable (Polit, 1997). Las subescalas de afecto negativos al inicio,

durante y después reportaron Alphas de Cronbach entre .7621 y .5987, lo cual también se consideran aceptables, por ser la primera ocasión en que se aplica el instrumento. (Polit, 1997)

A continuación se presentan resultados del análisis de factor de las escalas utilizadas en el estudio.

Tabla 3

Análisis de factor del instrumento de la Escala de Autoeficacia percibida para la práctica de la Lactancia Materna. (EAPLM)

Preguntas	Factor		
	1	2	3
2 Puedo resolver los problemas de tiempo y de trabajo para amamantar a mi hijo.	.08	.31	.63
3 Me es fácil amamantar a mi hijo aunque tuviera que salir al doctor, mandado o visitar parientes.	.15	.60	.30
4 Tengo confianza en que puedo amamantar bien a mi hijo aunque tuviera alguna mortificación.	.12	.75	-.18
5 Gracias a mi buena salud y suficiente cantidad de leche puedo amamantar a mi hijo.	.28	.76	.33
6 Me alimento bien para producir suficiente leche para mi hijo.	.26	.41	.60
7 Puedo permanecer tranquila al amamantar a mi hijo a pesar de las dificultades que se me presenten.	.15	.77	.04
8 Venga lo que venga soy capaz de amamantar a mi hijo.	.29	.70	.35
9 Puedo sentirme motivada para amamantar a mi hijo cuando escucho a una mujer de las ventajas de dar el pecho.	.85	.15	-.26
10 Puedo tener la necesidad de seguir dando pecho a mi hijo cuando escucho a mis amigas de las ventajas de hacerlo.	.82	.20	-.27
13 Puedo seguir amamantando a mi hijo cuando veo a una mujer dando pecho.	.83	.14	.07
14 Puedo con el compromiso de darle el pecho a mi hijo cuando escucho a mi madre decir que ella tuvo tiempo y paciencia para hacerlo con mis hermanos y conmigo.	.64	.20	.34
15 Cuando veo a mis hermanas, cuñadas, vecinas o amigas dar el pecho a sus bebés me hace pensar que puedo hacer lo mismo si me lo propongo.	.75	.24	.30
16 Puedo amamantar a mi hijo porque reconozco las ventajas que las enfermeras me han dicho sobre la alimentación al seno materno.	.61	.38	.31
17 Puedo continuar amamantando a mi hijo aunque tenga molestias y dolor en los senos.	.68	.23	.40
18 Puedo dar pecho a mi hijo hasta los cuatro meses, sin darle ningún otro alimento aunque tuviera grietas en los pezones.	.30	.64	.39

Fuente : EAPLM

n = 130

La tabla 3 muestra el análisis de factores de la Escala de Autoeficacia Percibida para la práctica de la Lactancia Materna (EAPLM) donde se observa que en el factor 1 se cargan ocho reactivos de .30 a .85 relacionados a experiencias sustitutas, persuasión verbal y estados fisiológicos, el factor 2 carga nueve reactivos de .31 a .77 relacionados a logro de desempeño y estados fisiológicos, el tercer factor carga 10 reactivos con .30 a .63, y se relaciona a logro de desempeño y estados fisiológicos.

**Tabla 4**

**Análisis de factores de la Escala de Autoeficacia Percibida para la práctica de la Lactancia Materna (EAPLM)**

<b>Factor</b>	<b>Raíz Característica</b>	<b>% Varianza Explicada</b>	<b>% Varianza Acumulada</b>
1	8.03473	44.6	44.6
2	2.19002	12.2	56.8
3	1.26192	7.0	63.8

Fuente: EAPLM

n=130

Dentro de esta tabla 4 se observa que el instrumento cargó en tres factores que explicaron el 63.8 % de la varianza. El contenido de los reactivos identifica el factor 1 que explica el 44.6 por ciento de la variación se relaciona a persuasión verbal y estados fisiológicos, el factor 2 explica el 12.2 por ciento relacionado a experiencias sustitutas y el factor 3 el 7 por ciento de la variación relacionado a logros de desempeño. Conceptos que corresponden a la Autoeficacia Percibida.

Tabla 5

**Análisis de factor del instrumento Escala de Adjetivos Múltiples de Afecto en la práctica de la Lactancia Materna (EAMALM).**

Preguntas	Factor				
	1	2	3	4	5
2 Me siento triste cuando termino de amamantar a mi hijo.	-.19	-.17	.00	.82	-.13
3 Me siento complacida cuando termino de amamantar a mi hijo.	.47	.74	-.25	-.13	.07
4 Me siento bien cuando le doy el pecho a mi hijo.	.47	.74	-.21	-.16	.05
6 Me siento sola al terminar de amamantar a mi hijo.	.10	-.06	.03	.86	.33
7 Me siento fatigada cuando le doy el pecho a mi bebé.	-.14	.03	.08	.10	.80
9 Me siento en compañía cuando amamanto a mi hijo.	.15	.83	.02	-.03	-.09
12 Me siento dispuesta siempre al pensar que debo darle el pecho a mi hijo.	.78	.15	-.04	-.08	.01
13 Me siento feliz de pensar que puedo darle el pecho a mi hijo.	.83	.15	-.09	-.02	-.02
14 Me siento sucia cuando amamanto a mi hijo.	-.17	-.26	.65	-.00	.14
15 Me siento afortunada de poder amamantar a mi bebé.	.89	.18	-.16	-.01	-.02
16 Me siento relajada al terminar de amamantar a mi bebé.	.77	.21	-.16	-.03	.07
17 Me produce alegría pensar que voy a amamantar a mi hijo.	.87	.17	-.26	-.08	-.16
18 Me siento dichosa al pensar que puedo amamantar a mi hijo.	.85	.21	-.22	-.08	-.20
19 Me siento a disgusto al pensar que debo amamantar a mi hijo.	-.66	-.03	.52	.18	.22
21 Me siento tranquila cuando termino de amamantar a mi bebé.	.83	.19	-.22	-.11	-.05
23 Me siento desesperada cuando le doy el pecho a mi hijo.	-.38	.00	.73	-.02	-.12
24 Me siento contenta después de amamantar a mi hijo.	.86	.26	-.23	-.01	-.08

Fuente : EAMALM

n = 130

La tabla 5 muestra el análisis de factor de la Escala de Adjetivos Múltiples de Afecto en la práctica de la Lactancia Materna (EAMALM) donde se observa que el factor 1 carga 12 reactivos con ponderación factor de -.38 a .89 y se relacionan a afecto positivo para inicio, durante y después de la práctica de la lactancia materna, el factor 2 carga tres reactivos de .74 a .83 y son relacionados al afecto positivo durante y después del amamantamiento, el factor 3 carga tres reactivos de .52 a .73, que corresponden al afecto negativo al inicio y durante la práctica de la lactancia materna, el factor 4 carga dos reactivos de .82 y .86, estos corresponden al afecto negativo durante la práctica de la lactancia materna y el factor 5 carga dos reactivos de .33 a .80 y corresponden al afecto negativo durante y después de la práctica de la lactancia materna.

**Tabla 6**

**Análisis de factor de la Escala de Adjetivos Múltiples de Afecto en la práctica de la Lactancia Materna (EAMALM)**

<b>Factor</b>	<b>Raíz característica</b>	<b>% Varianza Explicada</b>	<b>% Varianza Acumulada</b>
1	11.35669	47.3	47.3
2	2.49001	10.4	57.7
3	1.60025	6.7	64.4
4	1.31019	5.5	69.8
5	1.05640	4.4	74.2

Fuente: EAMALM

n=130

En este instrumento cargaron cinco factores que explicaron el 74.2 % de la varianza. A estos reactivos se les pudo clasificar como factor 1 que explica el 47.3 por ciento de la variación, el factor 2 el 10.4 por ciento, el factor 3 el 6.7

por ciento, el factor 4 el 5.5 por ciento de la variación y el factor 5 carga el 4.4 por ciento de la varianza.

**Tabla 7**  
**Factores Personales biológico y socioculturales**

<b>FACTORES PERSONALES</b>	<b>Fr</b>	<b>(%)</b>
<b>Estado civil:</b>		
Con pareja	124	95.4
Sin pareja	6	4.6
<b>Escolaridad :</b>		
Primaria incompleta	14	10.8
Primaria completa	41	31.5
Secundaria	62	47.7
Técnica o preparatoria	13	10.0
<b>Ocupación :</b>		
Ama de casa	125	96.2
Trabaja fuera de casa	5	3.8
<b>Fuente de ingreso económico:</b>		
Ingreso propio	5	3.8
Ingreso del esposo	125	96.2

Fuente : CDPLM

n = 130

\* Edad:

valor mínimo = 15

valor máximo = 34

En la tabla 7 se observa que el 95.4 por ciento tiene pareja, ya sea que estén casadas (83.1 por ciento) o viven en unión libre (12.3 por ciento). En la escolaridad se encontró que el 47.7 por ciento de las mujeres tiene estudios a nivel secundaria y con estudios a nivel de técnico o de preparatoria solamente el 10.0 por ciento.

En cuanto a la descripción de la ocupación el 96.2 por ciento son amas de casa y el 3.8 por ciento realiza trabajo fuera de casa. Así mismo en cuanto a la fuente de ingreso económico el 96.2 por ciento de las mujeres del estudio reciben ingreso económico de parte del esposo y solamente el 3.8 por ciento tiene ingreso económico propio.

La edad de las madres tiene valor mínimo de 15 y 34 de valor máximo, con una media de 24.95, mediana de 26 y 5.24 de desviación estándar.

**Tabla 8**

**Tipo de alimentación del niño y dificultades para realizar la práctica de la lactancia materna exclusiva**

TIPO DE ALIMENTACIÓN	LECHE MATERNA EXCLUSIVA		LECHE ARTIFICIAL		MIXTA		TOTAL	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
<b>Dificultades para la lactancia materna exclusiva:</b>								
Trabajo fuera de casa	1	.8	2	1.5	4	3.1	7	5.4
Poca cantidad de leche materna	-	-	2	1.5	44	33.8	46	35.3
El niño no lo acepta y no completa	-	-	4	3.1	9	6.9	13	10.0
Problemas del pezón y salud de la madre	1	.8	3	2.3	3	2.3	7	5.4
Ningún problema	51	39.2	-	-	6	4.6	57	43.9
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>40.8</b>	<b>11</b>	<b>8.4</b>	<b>66</b>	<b>50.8</b>	<b>130</b>	<b>100</b>

Fuente: CLM

n = 130

En la tabla 8 se observa que las madres que proporcionan a su hijo lactancia materna exclusiva no identificaron dificultades para alimentarlo en un 39.2 por ciento. Las madres que ofrecen alimentación mixta refieren en un 33.8

por ciento como dificultad tener poca cantidad de leche materna para amamantarlo. El 40.8 por ciento ofrecen leche materna exclusiva a su hijo.

**Tabla 9**

**Tipo de alimentación al niño y facilidades para realizar la práctica de la lactancia materna exclusiva**

TIPO DE ALIMENTACIÓN	LECHE MATERNA EXCLUSIVA		LECHE ARTIFICIAL		MIXTA		TOTAL	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
<b>Facilidades para la práctica de la lactancia materna exclusiva:</b>								
Se siente bien y satisfecha	3	2.3	-	-	6	4.6	9	6.9
Ahorra tiempo y dinero	6	4.6	-	-	2	1.5	8	6.1
Mantiene la salud del niño	44	33.8	5	3.8	57	43.8	106	81.6
Otras	-	-	3	2.3	-	-	3	2.3
Ninguna facilidad	-	-	3	2.3	1	.8	4	3.1
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>40.8</b>	<b>11</b>	<b>8.4</b>	<b>66</b>	<b>50.8</b>	<b>130</b>	<b>100</b>

Fuente: CLM

n = 130

En la tabla 9 se observa que las madres que ofrecen leche materna exclusiva consideran como facilidad que mantiene la salud del niño en un 33.8 por ciento. Las madres que ofrecen alimentación mixta también consideran esta misma facilidad en un 43.8 por ciento.

#### **4.2 Datos descriptivos de los instrumentos del estudio**

A continuación se presentan las estadísticas descriptivas de los instrumentos del estudio lo que se transforman en índices.

Los índices de lactancia materna exclusiva (CLM), índices de autoeficacia percibida (EAPLM) y los índices de afecto positivo y negativo en la práctica de la lactancia materna (EAMALM) se calcularon a partir de los reactivos que pertenecen a las subescalas de cada instrumento y se obtuvieron de la suma total de las variables restándose el valor mínimo posible dividido por el valor máximo menos el valor mínimo para posteriormente multiplicarse por cien es decir índice=  $((\text{SUMA } (x_1, x_2, \dots, x_n) - \text{valor mínimo}) / (\text{valor máximo} - \text{valor mínimo})) * 100$ , (Daniel, 1997).

Tabla 10

**Estadísticas descriptivas de la Escala de Autoeficacia Percibida para la práctica de la Lactancia Materna (EAPLM) y la subescala de Lactancia Materna (CLM).**

Indice	Media	Mediana	D. E.	Valor máximo	Valor mínimo	K-S-Z	Valor de p
<b>Subescalas:</b>							
<b>Logro de desempeño</b>	<b>72.61</b>	<b>76.66</b>	<b>12.18</b>	<b>90.00</b>	<b>33.33</b>	<b>2.27</b>	<b>.0001</b>
<b>Experiencias</b>							
<b>sustitutas</b>	<b>75.74</b>	<b>81.66</b>	<b>12.59</b>	<b>100.00</b>	<b>16.66</b>	<b>2.64</b>	<b>.0000</b>
<b>Persuasión</b>							
<b>verbal</b>	<b>77.56</b>	<b>83.33</b>	<b>11.84</b>	<b>100.00</b>	<b>33.33</b>	<b>3.35</b>	<b>.0000</b>
<b>Estados</b>							
<b>fisiológicos</b>	<b>71.84</b>	<b>76.66</b>	<b>15.02</b>	<b>93.33</b>	<b>16.66</b>	<b>2.09</b>	<b>.0003</b>
<b>Autoeficacia</b>							
<b>total (EAPLME)</b>	<b>74.09</b>	<b>78.70</b>	<b>11.06</b>	<b>92.59</b>	<b>31.48</b>	<b>2.10</b>	<b>.0003</b>
<b>Lac. Mat. Exc.</b>	<b>46.15</b>	<b>.000</b>	<b>49.26</b>	<b>100.00</b>	<b>.000</b>	<b>3.97</b>	<b>.0000</b>

Fuente : EAPLM y CLM.

n = 130

De las estadísticas descriptivas de la tabla 10, relativas al instrumento de la Escala de Autoeficacia Percibida para la Práctica de la Lactancia Materna (EAPLM), se observa que la media más alta fue de 77.56 para la subescala de persuasión verbal y la más baja para la subescala de estados fisiológicos con 71.84. La mediana más alta fue para el índice de persuasión verbal con 83.33 y la más baja para el índice logro de desempeño y estados fisiológicos con 76.66.

El valor máximo más alto fue para el índice experiencias sustitutas y persuasión verbal con 100.00 y el valor mínimo más alto fue para el índice logro de desempeño y persuasión verbal con 33.33. La mayor variabilidad fue para el índice de estados fisiológicos con 15.02 de desviación estándar. En el índice de lactancia materna se observó una media de 46.15 por ciento, una mediana de .000 y una desviación estándar de 49.26.

De acuerdo con los resultados de la prueba de normalidad se encontró que todas las subescalas fueron significativas por lo que se rechaza la hipótesis nula de que los índices tienen una distribución normal con una  $p < .001$ .

El índice de lactancia materna exclusiva se formuló con la variable  $x_{13}$  (está amamantando a su hijo con leche materna exclusiva) y  $x_{14}$  ( está dispuesta a continuar amamantando a su hijo con leche materna exclusiva hasta los siguientes meses).

En el apéndice E se encuentran las frecuencias y proporciones de la escala total de autoeficacia percibida.

Tabla 11

**Estadísticas descriptivas de la Escala de Adjetivos Múltiples de Afecto en la práctica de la Lactancia Materna (EAMALM)**

Indice	Media	Mediana	D.E.	Valor máximo	Valor mínimo	K-S-Z	Valor de p
<b>EAMALME</b>							
<b>Positivos</b>	<b>82.68</b>	<b>83.33</b>	<b>7.65</b>	<b>100.00</b>	<b>20.83</b>	<b>4.59</b>	<b>.0000</b>
<b>Al inicio</b>	<b>82.56</b>	<b>83.33</b>	<b>8.66</b>	<b>100.00</b>	<b>16.66</b>	<b>5.49</b>	<b>.0000</b>
<b>Durante</b>	<b>82.53</b>	<b>83.33</b>	<b>7.83</b>	<b>100.00</b>	<b>29.16</b>	<b>4.84</b>	<b>.0000</b>
<b>Después</b>	<b>82.94</b>	<b>83.33</b>	<b>7.82</b>	<b>100.00</b>	<b>16.66</b>	<b>5.22</b>	<b>.0000</b>
<b>EAMALME</b>							
<b>Negativos</b>	<b>19.54</b>	<b>16.66</b>	<b>8.18</b>	<b>62.50</b>	<b>.000</b>	<b>3.49</b>	<b>.0000</b>
<b>Al inicio</b>	<b>17.72</b>	<b>16.66</b>	<b>7.30</b>	<b>62.50</b>	<b>.000</b>	<b>5.48</b>	<b>.0000</b>
<b>Durante</b>	<b>20.48</b>	<b>16.66</b>	<b>9.65</b>	<b>70.83</b>	<b>.000</b>	<b>4.90</b>	<b>.0000</b>
<b>Después</b>	<b>20.41</b>	<b>16.66</b>	<b>12.23</b>	<b>83.33</b>	<b>.000</b>	<b>4.96</b>	<b>.0000</b>

Fuente : EAMALM

n = 130

De acuerdo a la tabla 11 se puede observar que la media más alta corresponde a el índice de afecto positivo después de la actividad con 82.94 y el más bajo fue para el índice de afecto negativo al inicio de la actividad con 17.72 . La mediana más alta fue para los índices de afecto positivo al inicio, durante y después de la actividad con 83.33 y la más baja fue para el índice de afecto negativo al inicio, durante y después de la actividad con 16.66.

El valor máximo más alto fue para los índices de afecto positivo con 100.00 y el más bajo fue para el índice de afecto negativo al inicio de la actividad con 62.50. El valor mínimo más alto fue para el índice de afecto

positivo durante la actividad con 29.16 y el más bajo para los índices de afecto negativo con .00.

La mayor variabilidad fue para el índice de afecto negativo después de la actividad con 12.23 de desviación estándar.

De acuerdo con los resultados de la prueba de normalidad se observa que todos los índices de las subescalas de afecto fueron significativos por lo que se rechaza la hipótesis nula de que los índices tienen una distribución normal con  $p < .001$ .

En el apéndice F se encuentran las frecuencias y proporciones de la escala total de Adjetivos Múltiples de afecto (EAMALM).

### 4.3 Correlación de Spearman.

Debido a que en las variables del estudio no hubo normalidad y para conocer las relaciones entre las variables se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman.

Tabla 12

#### Matriz de correlación (Spearman) entre las variables de estudio factores personales biológico y socioculturales con el índice de lactancia materna

Variable	I.L.M.
Edad	-.1444 $p = .101$ ns
Escolaridad	.1948 $p = .026$ *
Ingreso económico	-.0921 $p = .297$ ns

Fuente: CDPLM y CLM

n = 130

\*p < .05

Variables del Índice de Lactancia Materna:

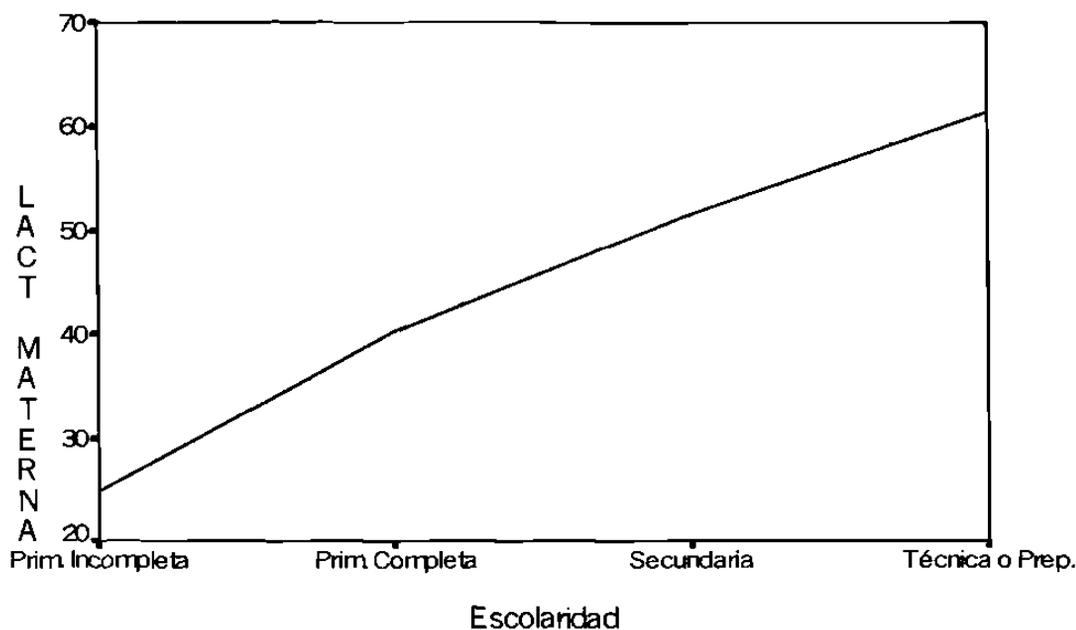
13.- Está amamantando a su hijo con leche materna exclusiva.

14.- Está dispuesta a seguir amamantando con leche materna exclusiva.

De acuerdo a lo reportado en la tabla 12 se puede observar que se encontró únicamente correlación positiva y significativa entre índice de Lactancia Materna y escolaridad ( $r_s = .1948$ ,  $p = .02$ ).

**Figura 4**

**Diagrama de Dispersión de Escolaridad con el Índice de Lactancia Materna.**



**Fuente: CDPLM, CLM**

**n = 130**

LACT. MATERNA: Lactancia Materna  
 Prim. Incompleta: Primaria Incompleta  
 Prim. Completa: Primaria Completa  
 Secundaria: Secundaria  
 Técnica o Prep: Técnica o Preparatoria

Como se puede observar en la figura 4 a medida que aumenta el factor personal (escolaridad) aumenta la probabilidad de realizar la práctica de la lactancia materna.

**Tabla 13**

**Matriz de Correlación (Spearman) entre las variables de estudio Índice de Autoeficacia, Índices de afecto positivo y negativo con Índice de lactancia materna**

Variables	Índice Lac. Materna
Índice de Autoeficacia	.7569 p = .003 *
Índice Logro de desempeño	.6157 p = .000 *
Índice Experiencias Sustitutas	.4969 p = .000 *
Índice Persuasión verbal	.6785 p = .000 *
Índice Estados Fisiológicos	.7822 p = .000 *
Índice de Afecto Positivo	.2532 p = .004 *
Índice de Afecto Negativo	-.1870 p = .033 *

Fuente: CLM, EAPLME y EAMALME.

n= 130

\*p < .05

Variables del Índice de Lactancia Materna :

13.- Está amamantando a su hijo con leche materna exclusiva.

14.- Está dispuesta a seguir amamantando con leche materna exclusiva.

Como puede observarse en la tabla 13 todas las correlaciones fueron positivas y significativas: se encontró correlación significativa entre el índice de autoeficacia y el índice de lactancia materna ( $r_s = .7569$ ,  $p = .003$ ); entre el índice logro de desempeño y el índice de lactancia materna ( $r_s = .6157$ ,  $p = .000$ ); entre el índice de experiencias sustitutas y el índice de lactancia materna ( $r_s = .4969$ ,  $p = .000$ ); entre el índice de persuasión verbal y el índice de lactancia materna ( $r_s = .6785$ ,  $p = .000$ ); entre el índice estados fisiológicos y el índice de lactancia materna ( $r_s = .7822$ ,  $p = .000$ ); y entre el índice de afecto positivo y el índice de lactancia materna ( $r_s = .2532$ ,  $p = .004$ ).

#### 4.4 Prueba de Hipótesis

Para probar las hipótesis se utilizaron la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis, la regresión lineal simple, múltiple y la regresión logística.

Hi 1. Los factores personales de tipo biológico y socioculturales tienen efecto sobre la práctica de la Lactancia Materna

**Tabla 14**

**Regresión Lineal Simple: Resultados del Análisis del efecto de la edad sobre el índice de Lactancia Materna**

FUENTE DE VARIACIÓN	g l	SUMA DE CUADRADOS	CUADRADO MEDIO	F CAL	VALOR DE p
Regresión	1	8238.01	8238.01	3.45	.065
Residual	128	304838.90	2381.55		

Fuente : CDPLM y CLM.

$R^2 = 26.3\%$

$n = 130$

La tabla 14 muestra el efecto al relacionar el factor personal biológico (edad) sobre la lactancia materna el cual no tuvo efecto significativo ( $F_{cal} = 3.45$ ,  $p = .065$ ). Sin embargo la variación explicada entre edad y lactancia materna fue del 26.3 por ciento.

**Tabla 15**

**Prueba de Kruskal-Wallis para conocer el efecto de los Factores Personales ( Socioculturales) con el Índice de la Lactancia Materna**

<b>FACTORES PERSONALES SOCIOCULTURALES</b>	<b>g l</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>VALOR DE p</b>
<b>Escolaridad</b>	<b>3</b>	<b>5.1483</b>	<b>.1613</b>
<b>Ocupación</b>	<b>1</b>	<b>.0842</b>	<b>.7717</b>
<b>Estado civil</b>	<b>2</b>	<b>2.2373</b>	<b>.3267</b>
<b>Fuente de ingreso económico</b>	<b>1</b>	<b>.4038</b>	<b>.5251</b>

Fuente: CDPLM y CLM.

n = 130

En la tabla 15 se observan los resultados obtenidos del efecto de los factores personales socioculturales sobre la práctica de la lactancia materna las cuales no mostraron efecto significativo. Por lo que no se sustenta la hipótesis 1.

Hi 2. La Autoeficacia Percibida y el Afecto relacionado a la actividad tiene efecto sobre la Lactancia Materna.

Para probar esta hipótesis se utilizó la regresión logística y la regresión lineal múltiple. La regresión logística en la variable dependiente lactancia materna se midió a través de dos preguntas: si amamanta a su hijo con leche

materna exclusiva y si está dispuesta a continuar amamantando a su hijo con leche materna exclusiva los siguientes meses.

Para la Regresión Lineal Múltiple se utilizó el índice de lactancia materna como variable dependiente.

A continuación se presentan los resultados de la hipótesis 2.

**Tabla 16**

**Regresión Logística de Autoeficacia Percibida y Práctica de la Lactancia Materna (Amamanta a su hijo con leche materna exclusiva)**

Variable	B	S.E.	Wald	gl	Sig.
Indice de Autoeficacia Percibida	.3967	.0791	25.1498	1	.000
Constante	-31.0431	6.2952	24.3169	1	.000

Fuente: EAPLM, CLM.

n = 130

Al aplicar el Modelo de Regresión Logística el índice de Autoeficacia Percibida demostró tener efecto significativo sobre el amamantar a su hijo con leche materna exclusiva ( $p = .000$ ).

**Tabla 17**

**Valor Observado del Índice de Autoeficacia Percibida en función de (Amamanta a su hijo con leche materna exclusiva)**

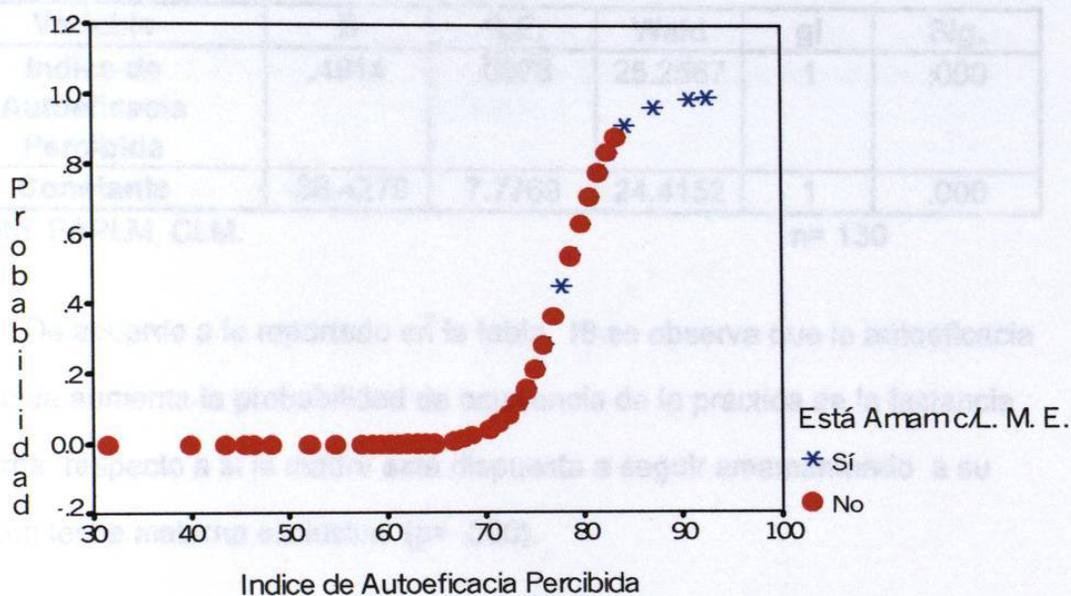
Amamanta a su Hijo con Leche Materna Exclusiva	Valor Predictivo		%
	No	Si	
Valor Observado			80.77
No	54	17	
Si	8	51	

Fuente: EAPLM, CLM.

n = 130

En la tabla 17 se puede observar que con los valores observado se acertó en el valor predictivo en un 80.77 por ciento.

**Figura 5**  
**Regresión Logística de Autoeficacia Percibida y práctica de Lactancia Materna (Amamanta a su hijo con leche materna exclusiva)**



Fuente: EAPLM, CLM

n = 130

Como puede observarse en la figura 5 a medida que aumenta la autoeficacia percibida se incrementa la probabilidad de amamantar a su hijo con leche materna exclusiva.

	No	Sí	
No	55	14	80.77
Sí	7	54	

Fuente: EAPLM, CLM

N= 130

Tabla18

**Regresión Logística de Autoeficacia Percibida y práctica de la Lactancia Materna (Está dispuesta a seguir amamantando con leche materna exclusiva).**

Variable	B	S.E.	Wald	gl	Sig.
Indice de Autoeficacia Percibida	.4914	.0978	25.2567	1	.000
Constante	-38.4270	7.7769	24.4152	1	.000

Fuente: EAPLM, CLM.

n= 130

De acuerdo a lo reportado en la tabla 18 se observa que la autoeficacia percibida aumenta la probabilidad de ocurrencia de la practica de la lactancia materna respecto a si la madre esta dispuesta a seguir amamantando a su hijo con leche materna exclusiva ( $p= .000$ ).

Tabla19

**Valor observado del indice de autoeficacia percibida en función de (si está dispuesta a seguir amamantando con leche materna exclusiva)**

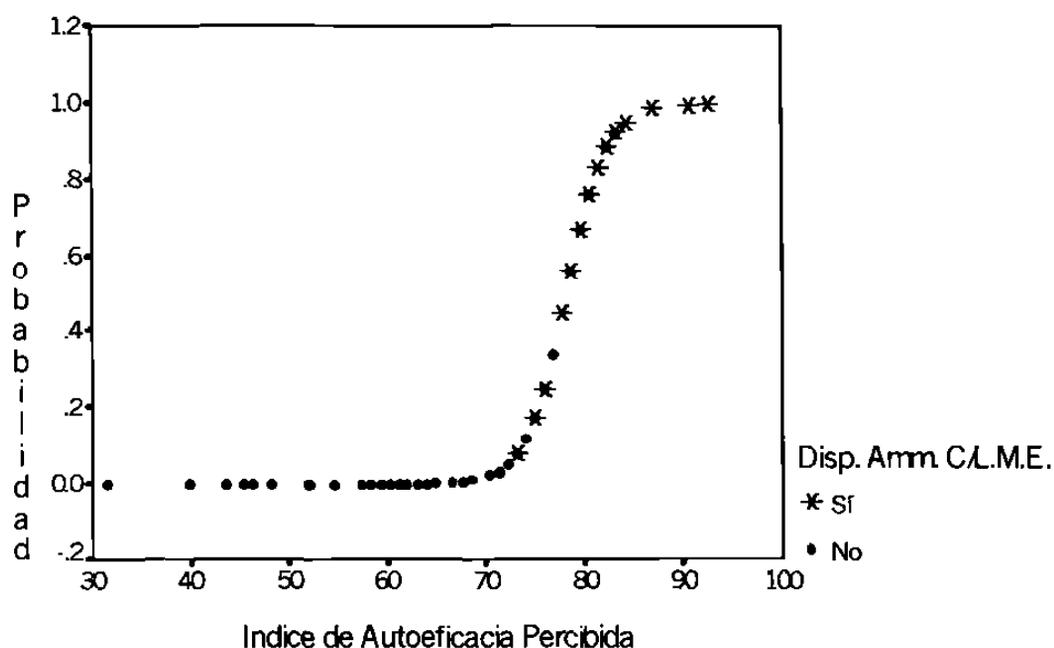
Está dispuesta a seguir amamantando con leche materna exclusiva	Valor Predictivo		%
	No	Si	
Valor Observado			83.85
No	55	14	
Si	7	54	

Fuente: EAPLM, CLM.

N= 130

Los datos reportados en la tabla 19 muestran que los valores predictivos afirman un 83.85 por ciento de los valores observados en relación de autoeficacia percibida y el estar dispuesta a continuar amamantando con leche materna exclusiva.

**Figura 6**  
**Regresión Logística de Autoeficacia Percibida y práctica de Lactancia Materna (Está dispuesta a seguir amamantando con leche materna exclusiva)**



Fuente: EAPLM, CLM.

n = 130

Como se puede observar en la figura 6 al aumentar la Autoeficacia percibida aumenta la probabilidad de que la madre esté dispuesta a seguir amamantando a su hijo con leche materna exclusiva.

Tabla 20

**Regresión Logística del Índice de Afecto Positivo y práctica de la Lactancia Materna (Amamanta a su hijo con leche materna exclusiva)**

Variable	B	S.E.	Wald	gl	Sig.
Indice de Afecto Positivo	.1577	.0609	6.7034	1	.009
Constante	-13.3307	5.0947	6.8465	1	.008

Fuente: EAMALM, CLM

n = 130

El introducir la variable de afecto positivo al modelo de regresión logística demostró tener un efecto significativo en la practica de la lactancia materna respecto a sí amamanta con leche materna exclusiva ( $p = .009$ ).

Tabla 21

**Valor Observado del Índice de Afecto Positivo en función de (Amamanta a su hijo con leche materna exclusiva)**

Amamanta a su hijo con leche materna	Valor Predictivo		%
	No	Si	
Valor Observado			60.0
No	66	5	
Si	47	12	

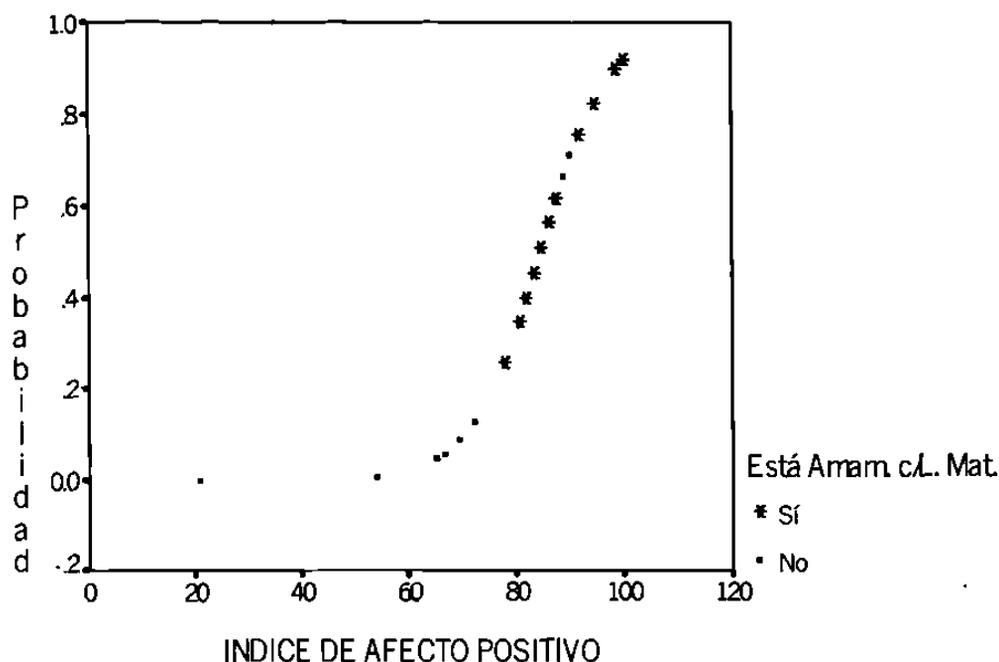
Fuente: EAMALM, CLM

n= 130

Los datos reportados en la tabla 21 muestran que los valores predictivos se afirman en un 60.0 por ciento de los valores observados en la relación de afecto positivo y sí amamanta a su hijo con leche materna exclusiva.

Figura 7

**Regresión Logística de Afecto positivo y práctica de lactancia materna (Amamanta a su hijo con leche materna exclusiva).**



Fuente: EAMALM, CLM.

n = 130

En la figura 7 se observa que al elevarse el Afecto Positivo se incrementa la probabilidad de amamantar a su hijo con leche materna exclusiva.

Tabla 22

**Regresión Logística del Índice de Afecto Positivo y práctica de la Lactancia Materna (Está dispuesta a seguir amamantando con leche materna exclusiva).**

Variable	B	S.E.	Wald	gl	Sig.
Índice de Afecto Positivo	.1561	.0604	6.6756	1	.009
Constante	-13.1300	5.0515	6.7560	1	.009

Fuente: EAMALM, CLM

n = 130

Respecto a si está dispuesta a continuar amamantando con leche materna exclusiva, se observó un efecto significativo del afecto positivo con  $p= .009$ .

**Tabla 23**

**Valor Observado del Índice de Afecto Positivo en función de (Está dispuesta a seguir amamantando con leche materna exclusiva).**

Está dispuesta a seguir amamantando con leche materna.	Valor Predictivo		%
	No	Si	
Valor Observado			
No	64	5	58.46
Si	49	12	

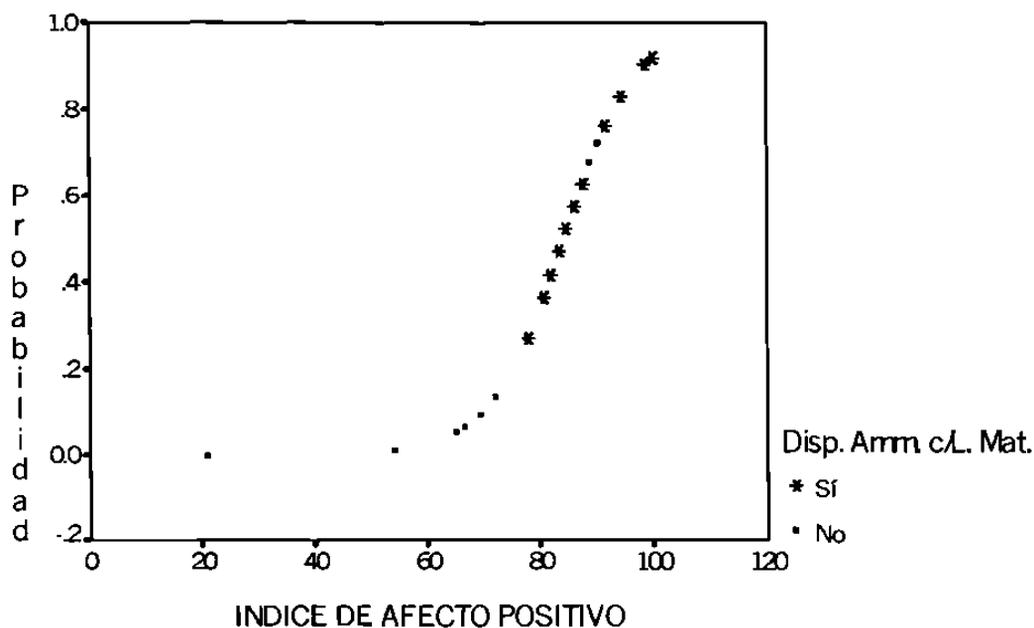
Fuente: EAMALME, CLM

n= 130

Los datos de la tabla 23 muestran que los valores predictivos se afirman en 58.46 por ciento de los valores observados en una relación de afecto positivo y si está dispuesta a seguir amamantando con leche materna exclusiva.

Figura 8

**Regresión Logística de Afecto positivo y práctica de Lactancia Materna  
(Está dispuesta a seguir amamantando a su hijo con leche materna exclusiva)**



Fuente: EAMALM, CLM.

n = 130

Según se muestra en la figura 8 al incrementarse el Afecto Positivo se eleva la probabilidad de que la madre está dispuesta para seguir amamantando a su hijo con leche materna exclusiva.

Tabla 24

**Regresión Logística del Índice de Autoeficacia Percibida y Afecto Positivo con la práctica de la Lactancia Materna (Amamanta a su hijo con leche materna exclusiva)**

Variable	B	S.E.	Wald	gl	Sig.
Índice de Autoeficacia Percibida	.4090	.0847	23.3361	1	.000
Índice de Afecto Positivo	.1159	.1033	1.2578	1	.2621
Constante	-41.7640	12.1104	11.8929	1	.000

Fuente: EAPLM, EAMALM, CLM.

n= 130

Al unir las variables autoeficacia percibida y afecto positivo para observar su efecto en la práctica de lactancia materna, respecto a si amamanta a su hijo con leche materna, se observó que la Autoeficacia Percibida presentó un efecto significativo sobre esta práctica ( $p = .000$ ) más no así el afecto positivo.

Tabla 25

**Valor Observado del Índice de Autoeficacia Percibida y Afecto Positivo con práctica de la Lactancia Materna (Amamanta a su hijo con leche materna exclusiva)**

Amamanta a su hijo con leche materna	Valor Predictivo		%
	No	Si	
Valor Observado			81.54
No	54	17	
Si	7	52	

Fuente: EAPLM, EAMALM, CLM.

N= 130

La tabla 25 muestra que los valores predictivos se afirman en un 81.54 por ciento de los valores observados al conjuntar la autoeficacia percibida y el afecto positivo con si está amamantando a su hijo con leche materna exclusiva.

**Tabla 26**

**Regresión logística de autoeficacia percibida y afecto positivo con la práctica de la lactancia materna (está dispuesta a seguir amamantando con leche materna exclusiva)**

Variable	B	S.E.	Wald	gl	Sig.
Indice de Autoeficacia Percibida	.5178	.1080	22.9675	1	.000
Indice de Afecto Positivo	.1369	.1167	1.3757	1	.2408
Constante	-52.0242	14.8988	12.1929	1	.000

Fuente: EAPLM, EAMALM, CLM.

n= 130

De igual forma los datos reportados en la tabla 26 indican que la practica de la lactancia materna en cuanto a estar dispuesta a seguir amamantando con leche materna exclusiva es altamente influida por el índice de autoeficacia percibida con una significancia de  $p = .000$ .

**Tabla 27**

**Valor Observado del índice de autoeficacia percibida y afecto positivo con práctica de la lactancia materna ( Está dispuesta a seguir amamantando con leche materna exclusiva)**

Amamanta a su hijo con leche materna exclusiva	Valor Predictivo		%
	No	Si	
Valor Observado			84.62
No	55	14	
Si	6	55	

Fuente: EAPLM, EAMALM, CLM.

n= 130

La tabla 27 muestra que los valores predictivos se afirman en un 84.62 por ciento de los valores observados en la relación conjunta de autoeficacia percibida y afecto positivo sobre si la madre está dispuesta a continuar amamantando con leche materna exclusiva.

Posteriormente se utilizó el modelo de regresión lineal múltiple para analizar el efecto conjunto de la autoeficacia percibida, el afecto positivo y afecto negativo con el índice de lactancia materna.

**Tabla 28**

**Regresión Lineal Múltiple : efecto de la Autoeficacia percibida, Afecto positivo y negativo con el índice de Lactancia Materna**

FUENTE DE VARIACIÓN	G L	SUMA DE CUADRADOS	CUADRADO MEDIO	F CAL	VALOR DE p
Regresión	3	141556.33	47185.44	34.66	.000
Residual	126	171520.58	1361.27		

Fuente : CDPLM y CLM.

$R^2 = 45.21\%$

n = 130

La tabla 28 muestra el efecto de relacionar la autoeficacia percibida y el afecto positivo y negativo con la práctica de la lactancia materna , mostrando efecto significativo ( $F_{cal} = 34.66$ ,  $p = .000$ ) y una varianza explicada de 45.2 por ciento.

Tabla 29

**Estimación de la Regresión Lineal Múltiple de la Autoeficacia Percibida, Afecto Positivo y Negativo con el Índice de la Lactancia Materna**

Variable	Beta Estandarizada	Mínimo	Máximo	Valor De t	Valor de p
Autoeficacia	.364768	.770777	3.430873	9.406	.000
Afecto positivo	.602524	-.123340	-.793393	-1.317	.1903
Afecto negativo	.537906	.094551	.568817	1.057	.2923

Fuente: EAPLM, EAMALM y CLM.

n = 130

La tabla 29 muestra que al analizar el efecto de cada una de las variables estudiadas, la que tuvo mayor peso en el modelo fue la autoeficacia percibida ya que tuvo efecto significativo ( $t = 9.40$ ,  $p = .000$ ). Por los anteriores resultados se sustenta la hipótesis 2.

A continuación se presentan las hipótesis 3 y 4:

Hi (3) La autoeficacia percibida no es la misma para diversos niveles de lactancia materna.

Hi (4) El afecto relacionado a la actividad no es el mismo para diversos niveles de lactancia materna.

Para probar las hipótesis 3 y 4 se utilizó la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis

Tabla 30

- - Prueba de Kruskal-Wallis para conocer el efecto de la Autoeficacia Percibida (EAPLM) y el Afecto relacionado a la actividad (EAMALM) con el índice de Lactancia Materna (CLM)

INDICE		g l	$\chi^2$	VALOR DE p
EAPLME	Indice de Autoeficacia Percibida:	2	74.48	.0000
	Logro de desempeño	2	50.61	.0000
	Experiencias sustitutas	2	28.50	.0000
	Persuasión verbal	2	61.90	.0000
	Estados fisiológicos	2	76.64	.0000
EAMALME	Afecto positivo	2	8.27	.0000
	Afecto negativo	2	4.92	.0854

Fuente: EAPLM , EAMALM y CLM.

n = 130

Nota.- Índice de lactancia materna toma tres niveles

Como puede observarse en la tabla 30, se encontró efecto significativo del índice de lactancia materna que toma los tres niveles sobre la autoeficacia percibida ( $\chi^2 = 74.48$ ,  $p = .000$ ), y para cada una de las subescalas ( $p < .05$ ).

Para el índice de afecto positivo se encontró efecto significativo del índice de lactancia materna con ( $\chi^2 = 8.27$ ,  $p = .000$ ) por lo anterior se sustentan las hipótesis 3 y 4.

A continuación se presentan las medias y medianas de las variables que resultaron significativas.

**Tabla 31**

**Media y Mediana de la Autoeficacia Percibida para la práctica de la Lactancia Materna (EAPLM) y Subescala de Afecto Positivo (EAMALM)**

Nivel	n	LOGRO DE DESEMPEÑO		EXPERIENCIAS SUSTITUTAS		PERSUASIÓN VERBAL		ESTADOS FISIOLÓGICOS		AUTOEFICACIA PERCIBIDA TOTAL		AFECTO POSITIVO (EAMALME)	
		M	Me	M	Me	M	Me	M	Me	M	Me	M	Me
1	68	65.9	66.6	70.7	14.1	71.1	72.2	62.4	66.6	67.1	68.0	80.8	83.3
2	4	80.0	83.3	75.8	83.3	86.1	83.3	80.0	81.6	79.8	81.0	83.3	0.0
3	58	79.9	81.6	81.6	83.3	84.4	83.3	82.2	83.3	81.8	81.4	84.7	83.3

Fuente: EAPLM y EAMALM

n = 130

Nota: M (media), Me (Mediana)

**Niveles de Lactancia Materna:**

- 1.- No amamanta a su hijo con leche materna exclusiva y no está dispuesta a continuar amamantando hasta los seis meses de edad.
- 2.- Amamanta con leche materna y a la vez le proporciona leche artificial, no está segura de continuar amamantando hasta los seis meses.
- 3.- Sí está amamantando con leche materna exclusiva y está dispuesta a continuar amamantando los siguientes meses.

Como puede observarse en la tabla 31 en relación a la escala de autoeficacia percibida se encontró para logro de desempeño la media (80.0) y mediana (83.3) más altas fue para el nivel 2 de lactancia materna.

En experiencias sustitutas la media (81.6) y mediana (83.3) fue igual para el nivel 2 y 3.

En estados fisiológicos la media (82.2) y la mediana (83.3) más alta fue para el nivel 3 de lactancia materna y para autoeficacia percibida total fue la media (81.8 ) y mediana (81.4) más alta fue para el nivel 3 de lactancia materna.

La subescala de afecto positivo mostró una media de 84.7 y mediana de 83.3 y también corresponden al nivel 3 de lactancia materna.

## CAPITULO 5

### DISCUSIÓN

La realización de la presente investigación permitió verificar algunas de las proposiciones entre los indicadores de los conceptos del Modelo de Promoción de la Salud de Pender (1996) en una muestra de madres (130) que tuvieron un niño de recién nacido a seis meses de edad, que lo amamantaran o no con lactancia materna exclusiva. En la primera hipótesis se establece que los factores personales de tipo biológico (edad) y socioculturales (ocupación, escolaridad, estado civil y fuente de ingreso económico) tienen efecto sobre la práctica de la Lactancia Materna no pudo sustentarse.

Cada uno de estos factores por sí solos no afectaron esta conducta, sin embargo la escolaridad tuvo relación positiva y significativa con el índice de lactancia materna ( $r_s = .19$ ,  $p = .02$ ) observándose que a medida que aumenta la escolaridad se eleva la probabilidad de realizar la lactancia materna. En este sentido Quezada (1996) encontró relación significativa entre la escolaridad y la práctica de la Lactancia Materna, ( $\chi^2 = 9.71$ ,  $p = .00$ ) esto significa que la escolaridad influye en el desarrollo de conductas saludables.

En relación a la edad en el presente estudio no mostró efecto significativo. Sin embargo se explico el 26.3 por ciento de la variación de edad y lactancia materna.

Sánchez (1993) identificó que la edad de las madres entre 17 y 27 años de edad habían decidido dar alimentación materna exclusiva en un 49 por ciento, fue más alta que la encontrada en este estudio de 40.8 por ciento de lactancia materna exclusiva en mujeres de 15 a 34 años de edad .

Pender (1996) señala que los factores personales tienen efecto sobre la conducta promotora de salud, este constructo teórico no pudo sustentarse, probablemente porque esta conducta implica, no sólo a quién ejecuta la acción, sino a quién la recibe en este caso el niño. En este sentido en el estudio las madres refirieron en un 35.3 por ciento como dificultad para brindar la lactancia materna exclusiva el hecho de tener poca cantidad de leche para satisfacer las necesidades del niño. Por otra parte la lactancia materna exclusiva se ve afectada por otras variables como las cogniciones y afecto específico de la conducta las cuales pueden tener un peso mayor.

Con relación a la segunda hipótesis que señala que la autoeficacia percibida y el afecto relacionado a la actividad tienen efecto sobre la Lactancia Materna, ésta si se sustentó, dado que al conjuntar la autoeficacia percibida y el afecto relacionado a la actividad con el índice de lactancia materna , este mostró efecto significativo ( $F_{cal} = 34.66, p = .000$ ).

La misma autora en este sentido señala que la autoeficacia percibida y el afecto relacionado a la actividad son predictores de conductas saludables, por lo que esto fue posible verificar en el presente estudio.

Quezada (1996), señala que los instigadores externos de la conducta actúan como figura de modelamiento para que la mujer decida lactar o no ( $\chi^2 = 7.96, p = .01$ ) entre estas figuras que influyen en la mujer se encuentra la madre, las amigas y el esposo estos aspectos son congruentes con el concepto de autoeficacia percibida.

Claiborne (1987) también refiere que las amigas y las mujeres de la familia son fuente de influencia para la alimentación de los niños.

Por otra parte Baessler & Schwarzer, (1996) señalan que la persona cuando percibe ser capaz de efectuar una conducta saludable es más probable que la realice a pesar de las dificultades o limitaciones.

Castillo, (1996) señala que las motivaciones maternas para dar pecho son internas y estas son la fuente de satisfacción y experiencias gratificantes para la madre, estos aspectos se relacionan según Pender (1996) con el afecto positivo que influye en la conducta promotora de salud.

Por otra parte cuando se separan la autoeficacia percibida del afecto positivo y negativo solamente la autoeficacia fue predictor de la conducta ( $t = 9.40$ ,  $p = .000$ ) no siendo así para el afecto positivo y negativo.

En este sentido Mc Auley & Courmeya (1992) relacionaron la autoeficacia y el afecto con el ejercicio y observaron una relación recíproca entre estas dos variables y encontraron que cuando van juntas aumentan la probabilidad de la conducta deseada, se correlacionaron altamente con ( $r = .85$ ,  $p < .0001$ ).

También Weiner (1985) y Bandura (1986) consideran la respuesta afectiva un valor intrínseco y a la autoeficacia una expectativa las cuales relacionadas influyen mayormente las conductas promotoras de salud que cuando se analizan por separado.

Por otra parte cuando se analizó el efecto por separado a través de la regresión logística la autoeficacia y el amamantar a su hijo con leche materna exclusiva se observó efecto significativo ( $p = .000$ ) y un valor predictivo de 80.77 por ciento. Lo que significa que a medida que se incrementa la autoeficacia percibida se aumenta la probabilidad de amamantar a su hijo con

leche materna exclusiva. En este sentido Pender (1996) señala que el juicio de la capacidad personal influye en el desarrollo de un curso particular de acción o de conducta promotora de salud.

Por lo que al sentirse las madres capaces de vencer obstáculos y de tener poder para efectuar acciones es más probable que desarrollen la lactancia materna.

En este mismo sentido se analizó el efecto del afecto positivo con amamantar a su hijo con leche materna exclusiva observándose efecto significativo ( $p=.009$ ) y un valor predictivo del 60.0 por ciento. Lo que significa que en la medida que se genere un sentimiento afectivo positivo en las madres al amamantar a su hijo se aumenta la probabilidad de dar lactancia materna.

Esto coincide con lo establecido por Mc Auley & Courneya (1992) quienes asocian un sentimiento (placer) durante el ejercicio físico con afecto positivo ( $r^2 = .02$ ,  $p=.00$ ).

Pender, (1996) también indica que el sentimiento afectivo influye al iniciar y sostener una conducta promotora de salud como sería en este caso la lactancia materna .

Sánchez, (1993) por otra parte encontró efecto significativo entre que las madres buscan un lugar cómodo y tranquilo para amamantar y el crear un vínculo afectivo madre e hijo ( $\chi^2 = 39.13$ ,  $p = .00$ ) en este sentido se reconoce que se favorece la lactancia materna cuando se estimulan los sentimientos positivos de la madre, los que también influyen en el niño.

Por otra parte también se analizó la disposición de las madres para seguir amamantando a su hijo con leche materna exclusiva y se encontró efecto significativo con autoeficacia percibida ( $p = .000$ ) con valor predictivo de 83.85 por ciento. Lo mismo ocurrió para efecto positivo ( $p = .009$ ) con valor

predictivo de 58.46 por ciento. Esto significa que una conducta para sostenerse a mediano y largo plazo requiere de autoeficacia percibida y afecto positivo según lo establecido por Pender (1996).

En el estudio también se sustentó la hipótesis 3 que señala que la autoeficacia percibida no es la misma para diversos niveles de lactancia materna.

Esto se demostró ya que las medias y medianas más altas fueron para el nivel 3 de lactancia materna que significa que está amamantando a su hijo con leche materna exclusiva y está dispuesta a continuar amamantando los siguientes meses, obteniéndose en la subescala de experiencias sustitutas ( $M = 81.6$ ,  $Me = 83.3$ ), persuasión verbal ( $M = 84.4$ ,  $Me = 83.3$ ), para la subescala de estados fisiológicos ( $M = 82.2$ ,  $Me = 83.3$ ), y para la escala total de autoeficacia percibida ( $M = 81.8$ ,  $Me = 81.4$ ). Esto significa que las madres son reforzadas en su autoeficacia cuando otras mujeres ya sea vecinas o amigas en su misma condición las motivan a continuar amamantando a su hijo (persuasión verbal). Esto también fue encontrado por Quezada ,(1996) como figuras de modelamiento a la familia siendo la figura materna el principal instigador social ( $\chi^2 = 7.96$ ,  $p = .01$ ).

En relación a estados fisiológicos las madres consideran alimentarse bien para producir suficiente leche, y que a pesar de tener grietas y dolor en los senos ellas son capaces de continuar amamantando a su hijo.

Pender (1996) en este sentido señala que la condición fisiológica es factor que motiva a continuar una conducta promotora de salud.

Por otra parte Díaz G.,(1986) considera una premisa histórica sociocultural de las mujeres mexicanas que se debe ser una buena madre y que se sufre más que los hombres (72 por ciento), de tal manera que para ellas

es importante dar lactancia materna a pesar de tener dolores y malestares en los senos.

Finalmente se sustentó la hipótesis 4 que señala que el afecto relacionado a la actividad no es el mismo para diversos niveles de lactancia materna. Esto se demostró en virtud de que las medias y medianas más altas de afecto positivo fue para el nivel 3 de lactancia materna ( $M = 84.7$ ,  $Me = 83.3$ ) que significa si está amamantando con leche materna exclusiva y está dispuesta a continuar amamantando con leche materna exclusiva.

Pender, (1996) señala que el afecto positivo es capaz de influir en el inicio, ejecución y mantenimiento de conductas promotoras de salud. Por lo que lo encontrado en el estudio refuerza este concepto.

Quezada, (1996) señala que los sentimientos de amor, felicidad y la sensación de seguridad y protección que se brinda al amamantar son los principales instigadores internos que afectan la lactancia materna ( $\chi^2 = 13.57$ ,  $p = .00$ ).

## 5.1 CONCLUSIONES

Las contribuciones del estudio permiten afirmar la relación de conceptos del Modelo Revisado de Promoción de la Salud (Pender, 1996) de la siguiente manera:

Las Características y Experiencias Individuales no tuvieron efecto sobre la Lactancia Materna.

Las Cogniciones y Afecto Específicos de la Conducta mostraron efecto significativo sobre la práctica de la Lactancia Materna.

Los Factores Personales (biológico y socioculturales) no afectaron la Lactancia Materna.

La Autoeficacia Percibida aumenta la probabilidad de que las madres amamanten a su hijo con leche materna (80.77 por ciento) y (83.85 por ciento) que están dispuestas a continuar amamantando con leche materna los siguientes meses ( $M = 81.8$ ,  $Me = 81.4$ ).

El afecto positivo fue predictor para que las madres amamanten a su hijo con leche materna (60.0 por ciento) y (58.46 por ciento) están dispuestas a seguir amamantando con leche materna los siguientes meses ( $M = 84.7$ ,  $Me = 83.3$ ).

La consistencia interna de los instrumentos utilizados en el estudio se consideraron aceptables dado que la Escala de Autoeficacia Percibida para la práctica de la Lactancia Materna, (EAPLM) tuvo un alpha de Cronbach de .91 y la Escala de Adjetivos Múltiples de Afecto en la práctica de la Lactancia Materna (EAMALM) tuvo un alpha de Cronbach para la subescala de afecto positivo de .95 y de afecto negativo de .86.

## 5.2 RECOMENDACIONES

Realizar estudios comparativos de Lactancia Materna Exclusiva en mujeres de estrato alto y medio para observar el efecto de la autoeficacia percibida y el afecto relacionado a la actividad.

**Realizar estudios con intervención de enfermería donde se pueda reforzar el concepto de autoeficacia percibida y afecto relacionado a la actividad.**

**Realizar estudios observacionales en madres que lleven a cabo la práctica de Lactancia Materna Exclusiva.**

**Realizar estudios cualitativos en lactancia materna exclusiva para identificar con más claridad el concepto de afecto relacionado a la actividad.**

**Continuar utilizando los instrumentos Escala de Autoeficacia Percibida para la práctica de la Lactancia Materna y la Escala de Adjetivos Múltiples de Afecto en la práctica de la Lactancia Materna para mejorar su confiabilidad en población mexicana.**

## REFERENCIAS

Bandura A. **Social Foundations of thought and action**. Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hill. (1986).

Bandura A. **Self-efficacy: Toward a unifying theory and behavioral change**. *Psychology Review* , (1977). 84 (2) 191-215

Baessler J. & Schwarzer R. **Ansiedad y Estrés**. Editores Antonio Cano Vindel, Juan J. Miguel Tobal. Berlín, Alemania, (1996). 2 (1) 1 – 8

Castillo M. **Alimentación al Seno Materno : Experiencia de la Mujer**. Tesis Inédita de Maestría en Enfermería con Esp. en Salud Comunitaria, Facultad de Enfermería, UANL, Monterrey, N.L. México, 1997.

Claiborne I. Dungy. **Prácticas y creencias de mujeres mexicanas relacionadas con la alimentación de los lactantes. Consecuencias para los programas de apoyo a la Lactancia Materna. Estado Unidos. Revista Salud Fronteriza.** (1987) 3 (4)

Consejo Nacional de Población y Vivienda (CONAPO). **Salud Reproductiva**. México, D. F. (1995).

Díaz G. **Psicología del Mexicano**. 4ª. Edición. Ed. Trillas, México, D.F. 266 – 275 (1986).

Flores S. y Cisneros Y. Alojamiento Conjunto Madre-hijo y Lactancia Humana Exclusiva. Salud Pública de México. (1997). 39 (2) 110-116

Furzan J., Rivero, D., Cordero, M. y Laguna, M., Factores Relacionados con la Conducta Materna ante la Lactancia Natural y Artificial : Un estudio Descriptivo. Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría; (1992). 55 (2). 69-73

Gotlib, I. & Meyer, J. Análisis de Factores de la Lista de Adjetivos Múltiples de Afecto: Separación del Afecto Positivo y Negativo. Journal of Personality and social Psychology. Ontario, Canadá, (1986). 50 (6)

Guzmán F., López G., Trujillo M. Efecto de factores personales y afecto sobre la práctica de estilos de vida del adolescente. Facultad de Enfermería, UANL Monterrey, N.L. México. (1999)

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, (INEGI). La Mortalidad Infantil en México. Estimaciones por Entidad Federativa y Municipio. México, D. F. (1996) 11-18

Mc Auley E. and Courneya K. Self - Efficacy Relationships with Affective and Exertion Responses to Exercise. Journal of Applied Social Psychology. (1992). 22 (4); 312- 326

Norma Oficial Mexicana para el Control de la Nutrición, Crecimiento y Desarrollo del niño y del adolescente. (N.O.M.1996) 13-14 , 65-67

Pender N. Health Promotion in Nursing Practice. 3a. Ed. Connecticut: Appleton & Lange. (1996) 51 – 57

Polit & Hungler Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 5a. Edición.

Ed. Interamericana, Mc. Graw Hill Interamericana, México, D. F. (1997)

Quezada, L. El Aprendizaje Social y la Práctica de la Lactancia Materna. Tesis

Inédita de Maestría en Enfermería con Esp. en Salud Comunitaria, Facultad de Enfermería, UANL, Monterrey, N.L. México. (1996)

Rodríguez R. y Schaefer A. Nuevos conceptos de Lactancia, su promoción y

la educación de los profesionales de la salud. Bol. Of Sanit Panam

(1991). 111(1) 1-12

Rosenstock, I. Historical Origins of the health Belief Model. Journal of Health

and social Behavior, New Jersey. (1974). 1-28

Sánchez A. Utilización de la Lactancia Materna en una comunidad suburbana

de Guadalupe, N.L. Tesis Inédita de Maestría en Enfermería con Esp. en

Salud Comunitaria, UA NL, Monterrey, N.L. México, (1993).

Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de

Investigación para la Salud, 1987.

Tripp M. Perspectives on the Development and Influence of Self - Efficacy

Beliefs. (1997)

UNICEF - S.S.A. Manual de Lactancia Materna para el primer nivel de

atención. México, D.F. (1997)

Walker, L., Crain, H., Thompson, E. Conducta Maternal y obtención de Rol Materno durante el periodo del Postparto, (1997). 1 – 8

Wayne W. Daniel Bioestadística. Base para el análisis de las ciencias de la salud. 3ª. Edición. Ed. Limusa, Grupo Noriega Editores. México, D. F. (1997)

Weiner, B. An Attributional theory of achievement motivation and emotion. Psychological Review, (1985). 92, 548-573

## APÉNDICES

## Apéndice A

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
SECRETARÍA DE POSTGRADO

**CÉDULA DE DATOS PERSONALES DE MUJERES QUE REALIZAN  
LA PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA (CDPLM)**

Número de Cuestionario: \_\_\_\_\_

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

- |   | <b>Clave</b>                         |
|---|--------------------------------------|
| <b>1.- Datos personales socioculturales</b>                                 |                                      |
| 1.- Lugar de Nacimiento de la madre (de la señora entrevistada)<br>R: _____ | _____                                |
| 2.- Edad en años cumplidos _____  | _____                                |
| <b>3.- Estado civil</b>   | _____                                |
| 1.- Casada  | 3.- Divorciada o separada            |
| 2.- Unión libre   | 4.- Soltera                          |
|   | 5.- Viuda                            |
| <b>4.- Escolaridad</b>  | _____                                |
| 1.- Sin escolaridad   | 4.- Secundaria                       |
| 2.- Primaria incompleta   | 5.- Técnica o Preparatoria           |
| 3.- Primaria completa   | 6.- Estudios universitarios          |
| <b>5.- Ocupación</b>  | _____                                |
| 1.- Ama de casa   | 3.- Estudiante                       |
| 2.- Trabajadora   | 4.- Otra (especificar) : _____       |
| <b>6.- Fuente de ingreso económico</b>                                      | _____                                |
| 1.- Ingreso económico propio.   | 3.- Ingreso económico de sus padres. |
| 2.- Ingreso económico por el esposo o su pareja.                            | 4.- Otro (especifique): _____        |
| <b>7.- ¿Cuál es su ingreso económico?</b>                                   | _____                                |
| 1.- No tiene ingreso económico fijo.  |                                      |
| 2.- Menos de un salario mínimo  |                                      |
| 3.- Uno a dos salarios mínimos.   |                                      |
| 4.- Tres a cinco salarios mínimos.  |                                      |
| 5.- Más de cinco salarios mínimos.  |                                      |

## Apéndice B

### UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN FACULTAD DE ENFERMERÍA SECRETARÍA DE POSTGRADO

#### Cuestionario de Lactancia Materna (CLM)

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

Cuestionario No. \_\_\_\_\_

#### I. Datos Maternos

- 1.- ¿Es su primer bebé?                      SI ( )                      NO ( )
  
- 2.- Número de embarazo \_\_\_\_\_
  
- 3.- Número de hijos vivos (Incluyendo al Recién Nacido) : \_\_\_\_\_
  
- 4.- ¿Cómo fue su parto? ( )
  - 1.- Vaginal
  - 2.- Cesárea
  - 3.- Distócico vaginal (fórceps)
  
- 5.- ¿Fue de término su embarazo?              SI ( )                      NO ( )
  
- 6.- ¿Está amamantando a su nuevo hijo?    SI ( )                      NO ( )
  
- 7.- ¿Dejaría usted de amamantar a su hijo?    SI ( )                      NO ( )
  
- 8.- ¿Estaría usted dispuesta a seguir amamantando a su hijo? SI ( ) NO ( )
  
- 9.- ¿Qué tipo de alimentación le ha dado a su bebé? ( )
  - 1.- Materna
  - 2.- Artificial
  - 3.- Mixta
  
- 10.- ¿Cuánto tiempo amamantó a su último hijo? R: \_\_\_\_\_
 

1.- 1 mes	2.- 2 meses
3.- 3 meses	4.- 4 meses
5.- Más de 5 meses	6.- Sin hijos.
7.- No aplica	
  
- 11.- ¿Tuvo que incluir en la dieta de su bebé leche artificial? SI ( ) NO ( )
  
- 12.- Si tuvo que incluir leche artificial, ¿A qué tiempo lo hizo? \_\_\_\_\_

## II. Práctica de Lactancia Materna.

Contesta las siguientes preguntas:

	Sí	No
1. ¿Está amamantando a su hijo con leche materna Exclusiva?	_____	_____
2. ¿Está dispuesta a continuar amamantando a su hijo con leche materna exclusiva durante los siguientes meses?	_____	_____
3. ¿Le ha ofrecido leche artificial a su hijo antes de los 4 meses de edad?	_____	_____
4. ¿Le ha dado otro tipo de alimentos (frutas, verduras, cereales) a su hijo antes de los 4 meses de edad del niño?	_____	_____
5. ¿Ha decidido dejar de amamantar al seno materno a su hijo?	_____	_____
6. ¿Usted recibió alimentación al seno materno?	_____	_____
7. ¿Qué dificultades se le presentan para realizar la alimentación al seno materno: ( )		
1. Trabajo fuera de casa		4. El niño no lo acepta y no completa con leche.
2. Problemas familiares y de tiempo.		5.- Problemas de pezón y de salud de las madres.
3. Poca cantidad de leche.		6. Otras: _____
8. ¿Qué aspectos le motivan o que facilidades tiene para realizar la práctica de la Lactancia Materna Exclusiva: ( )		
1. Recibe apoyo del esposo y familia		Otras: _____
2. Se siente bien y satisfecha.		
3.- Ahorra tiempo y dinero.		
4.- Mantiene la salud del niño.		

**Apéndice C**  
**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**  
**SECRETARIA DE POSTGRADO**

Cuestionario No. \_\_\_\_\_

**Escala de Autoeficacia percibida para la práctica de la Lactancia Materna .  
 (EAPLM)**

**Instrucciones.- Por favor lea clara y pausadamente cada una de las siguientes frases a la persona entrevistada, explicándole en una escala de 1 a 7 que tanto está de acuerdo con la frase, donde 7 equivale a segura que sí podría, y 1 a segura que no podría.**

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

- |  |   |   |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 1.- Cuando amamanto a mi hijo puedo encontrar un lugar cómodo y placentero.                                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2.- Puedo resolver los problemas de tiempo y de trabajo para amamantar a mi hijo.                                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3.- Me es fácil amamantar a mi hijo aunque tuviera que salir al doctor, mandado o visitar parientes.             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4.- Tengo confianza en que puedo amamantar bien a mi hijo aunque tuviera alguna mortificación.                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5.- Gracias a que tengo buena salud y suficiente cantidad de leche puedo amamantar a mi hijo.                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6.- Me alimento bien para producir suficiente leche para mi hijo.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7.- Puedo permanecer tranquila al amamantar a mi hijo a pesar de las dificultades que se me presenten.           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8.- Venga lo que venga soy capaz de amamantar a mi hijo.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9.- Puedo sentirme motivada para amamantar a mi hijo cuando escucho a una mujer de las ventajas de dar el pecho. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

- 10.- Puedo tener la necesidad de seguir dando pecho a mi hijo cuando escucho a mis amigas de las ventajas de hacerlo. 1 2 3 4 5 6 7
- 11.- Puedo amamantar a mi hijo lo necesario cuando mi familia me pone de ejemplo ante los demás de la alimentación y salud de mi hijo. 1 2 3 4 5 6 7
- 12.- Puedo continuar amamantando a mi hijo gracias al apoyo de mi esposo y familiares. 1 2 3 4 5 6 7
- 13.- Puedo seguir amamantando a mi hijo cuando veo a una mujer dando pecho. 1 2 3 4 5 6 7
- 14.- Puedo con el compromiso de darle el pecho a mi hijo cuando escucho a mi madre decir que ella tuvo tiempo y paciencia para hacerlo con mis hermanos y conmigo. 1 2 3 4 5 6 7
- 15.- Cuando veo a mis hermanas, cuñadas, vecinas o amigas dar el pecho a sus bebés me hace pensar que puedo hacer lo mismo si me lo propongo. 1 2 3 4 5 6 7
- 16.- Puedo amamantar a mi hijo porque reconozco las ventajas que las enfermeras me han dicho sobre la alimentación al seno materno. 1 2 3 4 5 6 7
- 17.- Puedo continuar amamantando a mi hijo aunque tenga molestias y dolor en los senos. 1 2 3 4 5 6 7
- 18.- Puedo dar pecho a mi hijo hasta los cuatro meses, sin darle ningún otro alimento aunque tuviera grietas en los pezones. 1 2 3 4 5 6 7

**Susescalas :**

- Logro de desempeño 1, 2, 3, 4, 8
- Experiencias sustitutas 9, 10, 13, 14, 15
- Persuasión verbal 11, 12, 16
- Estados fisiológicos 5, 6, 7, 17, 18

Adaptada por Peña & Alonso (1999) de la escala General de Autoeficacia de Babler, J., Schwarzer, R., 1996.

Apéndice D  
 UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
 FACULTAD DE ENFERMERÍA  
 SECRETARÍA DE POSTGRADO

Cuestionario No. \_\_\_\_\_

**Escala de Adjetivos Múltiples de Afecto en la Práctica de la Lactancia Materna (EAMALM).**

**Instrucciones.-** Por favor lea clara y pausadamente cada una de las siguientes frases a la persona entrevistada, explicándole en una escala de 1 a 7 que tanto está de acuerdo con la frase donde 1 Nunca es mi caso, y 7 Siempre es mi caso.

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

- 1.- Me molesta pensar que tengo que amamantar a mi hijo. 1 2 3 4 5 6 7
- 2.- Me siento triste cuando termino de amamantar a mi hijo. 1 2 3 4 5 6 7
- 3.- Me siento complacida cuando termino de amamantar a mi hijo. 1 2 3 4 5 6 7
- 4.- Me siento bien cuando le doy el pecho a mi hijo. 1 2 3 4 5 6 7
- 5.- Me siento nerviosa cuando termino de amamantar a mi bebé. 1 2 3 4 5 6 7
- 6.- Me siento sola al terminar de amamantar a mi hijo. 1 2 3 4 5 6 7
- 7.- Me siento fatigada cuando le doy el pecho a mi bebé. 1 2 3 4 5 6 7
- 8.- Me siento enojada al pensar que debo darle pecho a mi hijo. 1 2 3 4 5 6 7
- 9.- Me siento en compañía cuando amamanto a mi hijo. 1 2 3 4 5 6 7
- 10.- Me siento temerosa pensar que debo amamantar a mi hijo. 1 2 3 4 5 6 7
- 11.- Me siento abatida cuando termino de amamantar a mi hijo. 1 2 3 4 5 6 7
- 12.- Me siento dispuesta siempre al pensar que debo darle el pecho a mi hijo. 1 2 3 4 5 6 7
- 13.- Me siento feliz de pensar que puedo darle el pecho a mi hijo. 1 2 3 4 5 6 7
- 14.- Me siento sucia cuando amamanto a mi hijo. 1 2 3 4 5 6 7

- 15.- Me siento afortunada de poder amamantar a mi bebé. 1 2 3 4 5 6 7
- 16.- Me siento relajada al terminar de amamantar a mi bebé. 1 2 3 4 5 6 7
- 17.- Me produce alegría pensar que voy a amamantar a mi hijo. 1 2 3 4 5 6 7
- 18.- Me siento dichosa al pensar que puedo amamantar a mi hijo. 1 2 3 4 5 6 7
- 19.- Me siento a disgusto al pensar que debo amamantar a mi hijo. 1 2 3 4 5 6 7
- 20.- Me siento limpia cuando amamanto a mi hijo. 1 2 3 4 5 6 7
- 21.- Me siento tranquila cuando termino de amamantar a mi bebé. 1 2 3 4 5 6 7
- 22.- Me siento irritada por tener que amamantar a mi hijo. 1 2 3 4 5 6 7
- 23.- Me siento desesperada cuando le doy el pecho a mi hijo. 1 2 3 4 5 6 7
- 24.- Me siento contenta después de amamantar a mi hijo. 1 2 3 4 5 6 7

	Positivos	Negativos
Inicio	12, 13, 17, 18	1, 8, 10, 19
Durante	4, 9, 15, 20	7, 14, 22, 23
Después	3, 16, 21, 24	2, 5, 6, 11

Adaptada por Peña & Alonso (1999) de la Escala de Adjetivos Positivos y Negativos de Gotlib, H. & Meyer, J. 1986.

## Apéndice E

### Estadísticas descriptivas relativas a los instrumentos de la Escala de Autoeficacia Percibida para la práctica de la Lactancia Materna (EAPLM)

	1	2	3	4	5	6	7
Subescalas	Fr	Fr	Fr	Fr	Fr	Fr	Fr
Logro de desempeño	%	%	%	%	%	%	%
1. Cuando amamanto a mi hijo puedo encontrar un lugar cómodo y placentero.	–	–	–	36 27.7	6 4.6	81 62.3	7 5.4
2. Puedo resolver los problemas de tiempo y de trabajo para amamantar a mi hijo.	–	2 1.5	2 1.5	5 3.8	20 15.4	99 76.2	2 1.5
3. Me es fácil amamantar a mi hijo aunque tuviera que salir al doctor, mandado o visitar parientes.	–	14 10.8	6 4.6	6 4.6	19 14.6	85 65.4	–
4. Tengo confianza en que puedo amamantar bien a mi hijo aunque tuviera alguna mortificación.	–	18 13.8	5 3.8	1 .8	16 12.3	86 66.2	4 3.1
8. Venga lo que venga soy capaz de amamantar a mi hijo.	–	5 3.8	4 3.1	22 16.9	24 18.5	74 56.9	1 .8

Fuente: EAPLM

n = 130

(Continúa)

	1	2	3	4	5	6	7
Subescalas	Fr	Fr	Fr	Fr	Fr	Fr	Fr
Experiencias sustitutas	%	%	%	%	%	%	%
9. Puedo sentirme motivada para amamantar a mi hijo cuando escucho a una mujer de las ventajas de dar el pecho.	—	6 4.6	1 .8	5 3.8	27 20.8	86 66.2	5 3.8
10. Puedo tener la necesidad de seguir dando pecho a mi hijo cuando escucho a mis amigas de las ventajas de hacerlo.	—	6 4.6	2 1.5	7 5.4	26 20	83 63.8	6 4.6
13. Puedo seguir amamantando a mi hijo cuando veo a una mujer dando pecho.	—	3 2.3	1 .8	10 7.7	29 22.3	85 65.4	2 1.5
14. Puedo con el compromiso de darle el pecho a mi hijo cuando escucho a mi madre decir que ella tuvo tiempo y paciencia para hacerlo con mis hermanos y conmigo.	—	1 .8	4 3.1	19 14.6	22 16.9	80 61.5	4 3.1
15. Cuando veo a mis hermanas, cuñadas, vecinas o amigas dar el pecho a sus bebés me hace pensar que puedo hacer lo mismo si me lo propongo.	—	1 .8	—	8 6.2	26 20	88 67.7	7 5.4

Fuente: EAPLM

n= 130

(Continúa)

	1	2	3	4	5	6	7
<b>Subescalas</b>	<b>Fr</b>	<b>Fr</b>	<b>Fr</b>	<b>Fr</b>	<b>Fr</b>	<b>Fr</b>	<b>Fr</b>
<b>Persuasión verbal</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
11. Puedo amamantar a mi hijo lo necesario cuando mi familia me pone de ejemplo ante los demás de la alimentación y salud de mi hijo.	1 .8	3 2.3	3 2.3	12 9.2	32 24.6	75 57.7	4 3.1
12. Puedo continuar amamantando a mi hijo gracias al apoyo de mi esposo y familiares.	--	2 1.5	3 2.3	2 1.5	11 8.5	106 81.5	6 4.6
16. Puedo amamantar a mi hijo porque reconozco las ventajas que las enfermeras me han dicho sobre la alimentación al seno materno.	--	1 .8	--	7 5.4	22 16.9	91 70.0	9 6.9
<b>Estados Fisiológicos</b>							
5. Gracias a que tengo buena salud y suficiente cantidad de leche puedo amamantar a mi hijo.	--	7 5.4	7 5.4	23 17.7	20 15.4	67 51.5	6 4.6
6. Me alimento bien para producir suficiente leche para mi hijo.	--	6 4.6	6 4.6	10 7.7	32 24.6	74 56.9	2 1.5
7. Puedo permanecer tranquila al amamantar a mi hijo a pesar de las dificultades que se me presenten.	--	10 7.7	3 2.3	3 2.3	15 11.5	99 76.2	--
17. Puedo continuar amamantando a mi hijo aunque tenga molestias y dolor en los senos.	--	3 2.3	1 .8	6 4.6	15 11.5	100 76.9	5 3.8
18. Puedo dar el pecho a mi hijo hasta los cuatro meses, sin darle ningún otro alimento aunque tuviera grietas en los pezones.	--	9 6.9	7 5.4	36 27.7	14 10.8	61 46.9	3 2.3

Fuente: EAPLM

n=130

## Apéndice F

### Estadísticas descriptivas relativas a los instrumentos de la Escala de Adjetivos Múltiples de Afecto en la práctica de la Lactancia Materna (EAMALM)

	1	2	3	4	5	6	7
<b>Subescalas</b>	<b>Fr</b>	<b>Fr</b>	<b>Fr</b>	<b>Fr</b>	<b>Fr</b>	<b>Fr</b>	<b>Fr</b>
<b>Positivo al Inicio</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
12. Me siento dispuesta siempre al pensar que debo darle el pecho a mi hijo.	–	3 2.3	–	1 .8	3 2.3	118 90.8	5 3.8
13. Me siento feliz de pensar que puedo darle el pecho a mi hijo.	–	2 1.5	–	1 .8	2 1.5	118 90.8	7 5.4
17. Me produce alegría pensar que voy a amamantar a mi hijo.	–	1 .8	–	3 2.3	1 .8	118 90.8	7 5.4
18. Me siento dichosa al pensar que puedo amamantar a mi hijo.	–	1 .8	–	3 2.3	1 .8	117 90.0	8 6.2
<b>Positivo Durante</b>							
4. Me siento bien cuando le doy el pecho a mi hijo.	–	2 1.5	–	–	2 1.5	112 86.2	14 10.8
9. Me siento en compañía cuando amamanto a mi hijo.	–	2 1.5	–	–	4 3.1	115 88.5	9 6.9
15. Me siento afortunada de poder amamantar a mi bebé.	–	1 .8	–	2 1.5	4 3.1	118 90.8	5 3.8
20. Me siento limpia cuando amamanto a mi hijo.	–	3 2.3	–	3 2.3	6 4.6	113 86.9	5 3.8

Fuente: EAMALM

n= 130

## (Continúa)

	1	2	3	4	5	6	7
<b>Subescalas</b>	Fr	Fr	Fr	Fr	Fr	Fr	Fr
<b>Positivo Después</b>	%	%	%	%	%	%	%
3. Me siento complacida cuando termino de amamantar a mi hijo.	—	2 1.5	—	—	2 1.5	115 88.5	11 8.5
16. Me siento relajada al terminar de amamantar a mi bebé.	—	2 1.5	—	1 .8	2 1.5	120 92.3	5 3.8
21. Siento tranquila cuando termino de amamantar a mi bebé.	—	1 .8	—	2 1.5	3 2.3	119 91.5	5 3.8
24. Me siento contenta después de amamantar a mi hijo.	—	1 .8	—	1 .8	3 2.3	116 89.2	9 6.9
<b>Negativos al Inicio</b>							
1. Me molesta pensar que tengo que amamantar a mi hijo.	7 5.4	119 91.5	1 .8	2 1.5	1 .8	—	—
8. Me siento enojada al pensar que debo darle el pecho a mi hijo.	7 5.4	117 90.0	1 .8	3 2.3	2 1.5	—	—
10. Me siento temerosa pensar que debo amamantar a mi hijo.	4 3.1	118 90.8	3 2.3	—	2 1.5	3 2.3	—
19. Me siento a disgusto al pensar que debo amamantar a mi hijo.	2 1.5	124 95.4	2 1.5	—	1 .8	1 .8	—
<b>Negativo Durante</b>							
7. Me siento fatigada cuando le doy el pecho a mi bebé.	6 4.6	109 83.8	1 .8	4 3.1	9 6.9	1 .8	—
14. Me siento sucia cuando amamanto a mi hijo.	3 2.3	109 83.8	1 .8	4 3.1	8 6.2	5 3.8	—
22. Me siento irritada por tener que amamantar a mi hijo.	4 3.1	120 92.3	1 .8	1 .8	2 1.5	2 1.5	—
23. Me siento desesperada cuando le doy el pecho a mi hijo.	2 1.5	118 90.8	3 2.3	2 1.5	4 3.1	—	1 .8

Fuente: EAMALM

n= 130

(Continúa)

	1	2	3	4	5	6	7
Subescalas	Fr	Fr	Fr	Fr	Fr	Fr	Fr
Negativo Después	%	%	%	%	%	%	%
2. Me siento triste cuando termino de amamantar a mi hijo.	8 6.2	108 83.1	1 .8	1 .8	8 6.2	3 2.3	1 .8
5. Me siento nerviosa cuando termino de amamantar a mi bebé.	6 4.6	115 88.5	2 1.5	1 .8	4 3.1	2 1.5	--
6. Me siento sola al terminar de amamantar a mi hijo.	7 5.4	108 83.1	2 1.5	1 .8	3 2.3	7 5.4	2 1.5
11. Me siento abatida cuando termino de amamantar a mi hijo.	5 3.8	116 89.2	2 1.5	2 1.5	2 1.5	3 2.3	--

Fuente: EAMALM

n= 130

**INSTRUCCIONES.-** Por favor muestre esta escala gráfica a cada persona entrevistada, al preguntar las cuestiones del instrumento 3.

1.- SEGURA QUE NO PODRIA



2.- NO PODRIA



3.- A VECES NO PODRIA



4.- A VECES SI Y A VECES  
NO PODRIA



5.- A VECES SI PODRIA



6.- SI PODRIA



7.- SEGURA QUE SI PODRIA



INSTRUCCIONES.- Por favor muestre esta escala gráfica a cada persona entrevistada, al preguntar las cuestiones del instrumento 4.

7. SIEMPRE ES MI CASO



6.- ES MI CASO



5.- A VECES ES MI CASO



4.- A VECES ES MI CASO Y  
A VECES NO ES MI CASO



3.- A VECES NO MI CASO



2.- NO ES MI CASO



1.- NUNCA ES MI CASO



## **RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO**

**María Inés Peña Mijangos**

**Candidato para el Grado de**

**Maestro en Ciencias de Enfermería con Enfoque en Salud Comunitaria**

**Tesis: FACTORES PROMOTORES DE SALUD Y PRÁCTICA  
DE LACTANCIA MATERNA**

**Campo de Estudio: Salud Comunitaria**

### **Biografía:**

**Datos Personales:** Nacida en Campeche, Campeche, el 5 de Enero de 1961, hija de Pablo Peña Guanes y María de los Angeles Mijangos Morales.

**Educación:** Enfermería básica cursada en la Escuela de Enfermería y Obstetricia de la Universidad del Sureste, ciclo escolar 1977-1981, Grado obtenido Enfermera General. En la misma escuela con cambio de nombre de la actual Universidad Autónoma de Campeche (U.A.C.), por medio de curso complementario en 1991, en 1992 se obtuvo el grado de Licenciado en Enfermería.

**Experiencia Profesional:** Enfermera Especialista Quirúrgica en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar # 1 "Dr. Abraham Azar Farah" del Instituto Mexicano del Seguro Social desde 1991 a la Fecha. Titular de la materia de Enfermería Médico-quirúrgica del sexto y séptimo semestre en la Escuela Superior de Enfermería de la Universidad Autónoma de Campeche desde 1996.

