

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL



TESIS

**AUTOEFICACIA Y ACTITUD EN LACTANCIA
MATERNA MUJERES PUÉRPERAS. HOSPITAL
REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA, 2024**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN NEONATOLOGÍA**

Presentado por:
Dra. Martha Vicenta Abanto Villar

Asesora:
Dra. Marina Violeta Estrada Pérez

Cajamarca - Perú

2024

CONSTANCIA DE INFORME DE ORIGINALIDAD

1. Investigador: **Martha Vicenta Abanto Villar**

DNI: **26673990**

Escuela Profesional/Unidad UNC: **Escuela Profesional de Enfermería**

2. Asesor: **Dra. Marina Violeta Estrada Pérez**

Facultad/Unidad UNC: **Facultad de Ciencias de la Salud**

3. Grado académico o título profesional

Bachiller Título profesional Segunda especialidad

Maestro Doctor

4. Tipo de Investigación:

Tesis Trabajo de investigación Trabajo de suficiencia profesional

Trabajo académico

5. Título de Trabajo de Investigación:

AUTOEFICACIA Y ACTITUD EN LACTANCIA MATERNA MUJERES PUÉRPERAS. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA, 2024.

6. Fecha de evaluación: **12/11/2024**

7. Software antiplagio: **TURNITIN** **URKUND (ORIGINAL) (*)**

8. Porcentaje de Informe de Similitud: **13%**

9. Código Documento: **oid: 3117:404628370**

10. Resultado de la Evaluación de Similitud:

APROBADO **PARA LEVANTAMIENTO DE OBSERVACIONES O DESAPROBADO**

Fecha Emisión: **12/11/2024**

*Firma y/o Sello
Emisor Constancia*



Dra. Marina Violeta Estrada Pérez
DNI: **26691371**

* En caso se realizó la evaluación hasta setiembre de 2023

COPYRIGHT © 2024 by
ABANTO VILLAR MARTHA VICENTA
Todos los derechos reservados

FICHA CATALOGRÁFICA

ABANTO V. Autoeficacia y actitud en lactancia materna mujeres puérperas. Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2024. 139 páginas.

Asesora: Dra. Marina Violeta Estrada Pérez

Docente Principal de la Escuela Profesional de Enfermería UNC - Cajamarca

HOJA DE JURADO EVALUADOR

TÍTULO DE TESIS

**AUTOEFICACIA Y ACTITUD EN LACTANCIA MATERNA
MUJERES PUÉRPERAS. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE
CAJAMARCA, 2024**

AUTOR: Martha Vicenta Abanto Villar
ASESORA: Dra. Marina Violeta Estrada Pérez

JURADO EVALUADOR:



Dra. Gladys Sagastegui Zárate
Presidente



M.Cs. Tulia Patricia Cabrera Guerra
Secretaria



M.Cs. Delia Rosa Yturbe Pajares
Vocal -

Cajamarca-Perú

2024



Universidad Nacional de Cajamarca
Fundada por Ley 14015 del 13 de Febrero de 1962
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA



Av. Atahualpa 1050 – Pabellón II – 101 Teléfono N° 076-599438

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA LA OBTENCIÓN DE TÍTULO DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN
NEONATOLOGÍA

En Cajamarca, siendo las 4 pm. del 24 de Octubre del 2024, los integrantes del Jurado Evaluador, designados por Consejo de Facultad a propuesta de la Coordinadora General de la Segunda Especialidad Profesional, reunidos en el ambiente: Auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Cajamarca, dan inicio a la sustentación de la Tesis titulado: Autoeficacia y actitud en lactancia Materna Mujeres puerperas - Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2024.

del (la) profesional:

Martha vicenta Abanto Villar

Concluida la sustentación y Realizadas las deliberaciones de estilo, se obtuvo el promedio final de:

Diecinueve (19)

Por lo tanto el jurado acuerda la aprobación de la Tesis del (la) mencionado (a) profesional. Encontrándose APTO (A) para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional en Enfermería en Neonatología.

	MIEMBROS DE JURADO EVALUADOR NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA
Presidente	<u>Delia Rosa yturbe Pajares</u>	
Secretario (a)	<u>Tulia Patricia Cabrera Guerra</u>	
Vocal	<u>Gladys sagístregui Zárate</u>	
Asesor (a)	<u>Manna violeta Estrada Pérez.</u>	

DEDICATORIA

A mis amadas hijas Luppy Elian e Irma Milagros, a mis nietas Ana Belén y Sofia por ser parte de mi ser y mi motivación para continuar creciendo como persona y profesional.

A mi padre Segundo Máximo, por ser mi motivación y desde lo infinito siga guiando mis pasos.

A mi madre Benedicta, por su abnegada labor como madre y abuela, muy agradecida por sus enseñanzas y perseverancia. Madre te amo.

A mis hermanos Felipe, Maritza, Roberti, Guadalupe y Franklin, por su amistad y cariño y a mis sobrinos, a quienes los quiero mucho.

Y a mis hermanos Gerardo y Benedicta, para que desde donde se encuentren sigan iluminando mis pasos para continuar por el sendero de la vida.

Martha Vicenta

AGRADECIMIENTOS

A Dios todopoderoso, por ser mi fortaleza en los momentos difíciles de mi vida.

A la Universidad Nacional de Cajamarca, Escuela Académico Profesional de Enfermería, Especialidad Enfermería en Neonatología.

A los docentes por sus enseñanzas quienes transmitiendo sus enseñanzas guiaron mi formación profesional.

A la Dra. Marina Violeta Estrada Pérez, por la asesoría, apoyo, dedicación, y motivación durante el proceso de la investigación.

Al personal del Hospital Regional Docente de Cajamarca, por su apoyo brindando, por las facilidades brindadas durante la ejecución del presente estudio, permitiendo hacer realidad la presente tesis.

A las madres, por su participación y la colaboración, dando las facilidades durante la recolección de la información.

Martha Vicenta

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág.
DEDICATORIAS	vi
AGRADECIMIENTOS	viii
ÍNDICE DE CONTENIDO	ix
LISTA DE TABLAS	xi
LISTA DE ANEXOS	xii
GLOSARIO	xiii
RESUMEN	xiv
ABSTRACT	xv
CAPÍTULO I	1
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.1. Definición y delimitación del problema de investigación	1
1.2. Formulación del problema de investigación	4
1.3. Justificación del estudio	5
1.4. Objetivos	6
1.5. Viabilidad de la investigación	7
1.6. Limitaciones del estudio	7
CAPÍTULO II	8
MARCO TEÓRICO	8
2.1. Antecedentes del estudio	8
2.2. Bases teóricas	12
2.3. Hipótesis	34
2.4. Variables	35
2.5. Definición conceptual y operacionalización de las variables	36
CAPÍTULO III	39
DISEÑO METODOLÓGICO	39
3.1. Ubicación geográfica	39
	ix

3.2.	Diseño y tipo de estudio	39
3.3.	Población de estudio	40
3.4.	Criterio de inclusión y exclusión	40
3.5.	Unidad de análisis	41
3.6.	Marco muestral	41
3.7.	Muestra y selección de la muestra	41
3.8.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	42
3.9.	Proceso de recolección de datos	44
3.10.	Procesamiento y análisis de datos	45
3.11.	Consideraciones éticas	46
	CAPÍTULO IV	48
	RESULTADOS	48
	CONCLUSIONES	80
	RECOMENDACIONES	81

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1: Características sociodemográficas de las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2024.	48
Tabla 2 Autoeficacia de la lactancia materna, en mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2024.	52
Tabla 3 Autoeficacia de la lactancia materna (dimensión técnica de lactancia materna), en mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2024.	58
Tabla 4 Autoeficacia de la lactancia materna (dimensión pensamiento intrapersonales), de las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2024.	61
Tabla 5 Actitud en la lactancia materna, de las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2024.	63
Tabla 6 Actitud en la lactancia materna (dimensión cognitiva), de las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2024.	67
Tabla 7 Actitud en la lactancia materna (dimensión afectiva), de las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2024.	69
Tabla 8 Actitud en la lactancia materna (dimensión conductual), de las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2024.	72
Tabla 9 Autoeficacia y actitud en lactancia materna de las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2024	75

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 01 Resultados procesamiento: Dimensión. Técnica en la lactancia materna	102
Anexo 02 Resultados procesamiento: Dimensión Pensamientos interpersonales	105
Anexo 03 Resultados procesamiento: Actitud en la lactancia materna: Dimensión cognitiva	109
Anexo 04 Resultados procesamiento: Actitud en la lactancia materna: Dimensión afectiva	112
Anexo 05 Resultados procesamiento: Actitud en la lactancia materna: Dimensión conductual	115
Anexo 06 Instrumento de recolección de datos	118
Anexo 07 Consentimiento informado	122
Anexo 08 Asentimiento informado	123
Anexo 09 Matriz de consistencia	124

GLOSARIO

AUTOEFICACIA	Constituye las creencias y autopercepciones que poseen los individuos en relación a sus propias habilidades, aptitudes y capacidades (1)
ACTITUD	Es como una persona que reacciona positiva o negativamente ante un estímulo después de recibirlo, (2)
LACTANCIA MATERNA	Suministra los nutrientes necesarios para un crecimiento y desarrollo sano en los primeros meses de vida del recién nacido. (3)
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	Método de alimentación en el que el recién nacido recibe únicamente leche materna y ningún otro alimento. (4)

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre la autoeficacia y la actitud hacia la lactancia materna en mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2024. Estudio cuantitativo, no experimental, transversal, correlacional, con una muestra de 179 madres. Se empleó como técnica una encuesta y como instrumentos un cuestionario para identificar las características sociodemográficas y la Escala de autoeficacia para la lactancia materna y la actitud; elaborados por Lee, validados por Goddar y utilizados por Gómez (2016) y Malca (2022). Resultados: La edad fue entre 24 y 34 años (47,49%), eran convivientes (78,77%), de residencia rural (55,31%), tener secundaria (41,90%); dieron lactancia previa (60,89%). En autoeficacia para la lactancia materna el nivel fue medio (58,66%) y alto (41,34%). Según dimensiones: técnica de lactancia materna nivel alto (58,66%), en pensamientos interpersonales medio (67,07%). Respecto a la actitud para la lactancia materna en nivel regular (100,00%), y según las dimensiones fue regular en cognitiva (86,03%), afectiva (97,21%) y conductual (95,53%). Se encontró relación significativa entre autoeficacia y actitud hacia la lactancia materna en puérperas ($p=0.000$), calculada mediante T de Student (coeficiente de spearman). Concluyendo, que la actitud hacia la lactancia materna va a depender de la autoeficacia que tenga la madre respecto a la lactancia materna.

Palabras clave: Autoeficacia, actitud, puérperas, lactancia materna.

ABSTRACT

The objective of the study was to determine the relationship between self-efficacy and attitude towards breastfeeding in postpartum women treated at the Regional Teaching Hospital of Cajamarca, 2024. Quantitative, non-experimental, cross-sectional, correlational study, the sample was 179 mothers. The survey technique used, the instruments: questionnaire for sociodemographic characteristics and Self-Efficacy Scale for Breastfeeding, and Attitude. Prepared by Lee and validated by Goddar B, used by Gómez J (2016) and Malca M (2022). Results: The age of the sample was between 24 to 34 years with 47,49%, 78,77% are cohabitants, 55,31% from rural areas and 41,90% have secondary school, 60,89% had previously breastfed. In Self-efficacy for breastfeeding, its level was medium at 58,66% and high at 41,34%. According to dimensions: breastfeeding technique, 58,66% had a high level, and 67,07% had a medium level of interpersonal thoughts. Regarding the Attitude for breastfeeding, in 100,00% its level is regular, and according to the dimensions in the cognitive regular in 86,03%, it was regular in the affective with 97,21% and in the behavioral regular in 95,53%. A highly significant relationship was found between Self-efficacy and Attitude in breastfeeding in postpartum women, using the Student's T statistical test (Spearman coefficient) at a significance level of 5%. With $p=0.000$. Concluding, the attitude towards breastfeeding will depend on the self-efficacy that the mother has regarding breastfeeding.

Keywords: Self-efficacy, attitude, postpartum women, breastfeeding

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna es el proceso de alimentar al niño con leche materna, ayudando a mejorar la respuesta inmune, proteger contra enfermedades crónicas, gastrointestinales y alergias, promoviendo desarrollo sensorial y cognitivo, aumentar la inteligencia, reducir obesidad y diabetes (5). Sin embargo, aunque el inicio de la lactancia materna exclusiva (LME) es inmediatamente después del nacimiento, muchas madres suspenden esta práctica en las primeras semanas; esto debido a una serie de aspectos, como problemas en la glándula mamaria, producción insuficiente de leche y dificultad para el agarre del bebé (6). También se han identificado factores socioeconómicos, educativos, emocionales, obstétricos (primer parto o parto múltiple), apoyo familiar, y técnicas de amamantamiento o desconocimiento de este (7).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), clasifica a los indicadores de LME como buenos entre el 50 y el 89 por ciento y más del 90 por ciento como muy buenos. Un parámetro similar se observó en el aumento de las tasas de lactancia materna (LM) en menores de dos años cercanas al 60,9%; cifras apoyadas por las políticas recomendadas por la OMS, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Ministerio de Salud (MINSa) (8), (9).

Considerando ello, la tasa de LME en Perú es superior a la mundial, pero en el último quinquenio se ha ralentizado llegando al 68,4% en el 2020 (10). La práctica de LM es un proceso que trasciende el determinismo biológico e involucra factores socioculturales, psicológicos y económicos (11). La autoeficacia ha sido identificada como uno de los predictores modificables más importantes del inicio, la continuación y el mantenimiento de la LME. La baja autoeficacia está asociada con experiencias negativas o desconocimiento sobre LM, en tanto la confianza en uno misma y un entendimiento correcto de la práctica conducen a una lactancia exitosa (12).

Por otro lado, diversas fuentes de información, como experiencias positivas previas, indican que el apoyo de una persona capacitada y la observación de la LM en otras madres, son la base para aumentar la confianza en sí mismas (13). Las actitudes hacia la LM están ligadas a representaciones sociales, históricas, demográficas y emocionales, que tienen sus propias definiciones de mujer. Reconociendo la relevancia

de estas en la promoción de la LM, este factor también enfrenta una presión social colectiva, influenciada por el modelo actual de lactancia implementado en las políticas nacionales de promoción, protección y apoyo; a pesar de los beneficios, como la disminución de costos sanitarios, las tasas de LM siguen siendo bajas (10).

El estudio tuvo como propósito conocer la realidad local al determinar la relación que existe entre autoeficacia y actitud hacia la LM en las puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, cuya finalidad será maximizar los programas de intervención vinculados a la LM, permitiendo mejorar la autoeficacia materna, lo que redundará en una mejor actitud materna y repercutirá en el bienestar del recién nacido (RN), asegurando una óptima LM, un buen crecimiento y desarrollo, y el vínculo materno madre/hijo.

El estudio se ha organizado en: Capítulo I: Problema de investigación, planteamiento y formulación del problema, justificación y objetivos. Capítulo II: Marco teórico, antecedentes, bases teóricas, hipótesis, variables/operacionalización de las variables. Capítulo III: Método y diseño de investigación, población, muestra, unidad de análisis, procedimiento y análisis de datos, consideraciones éticas y científicas. Capítulo IV: Resultados, interpretación, análisis, discusión, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y apéndices.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Definición y delimitación del problema de investigación

La LME, definida como la práctica de alimentar al niño solo con leche materna (sin otros alimentos ni líquidos) durante los primeros 6 meses, es la medida preventiva que más ha contribuido a la reducción de la mortalidad infantil. Es un componente esencial en la práctica óptima de LM dentro de la primera hora de vida y el amamantamiento como mínimo hasta los dos años de edad (14).

A pesar de los beneficios comprobados de la LM, actualmente menos del 50% de los menores de seis meses reciben LME según las recomendaciones -por debajo del objetivo previsto para el 2030- (15). Por otro lado, el ambiente de trabajo es una barrera importante que limita la LM entre las mujeres lactantes. En el mundo, menos del 50% de las mujeres que dan a luz tienen algunos beneficios de maternidad en el trabajo. Esta brecha se amplía en los países africanos, donde solo un tercio de las mujeres recién nacidas tienen algún tipo de protección (16).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) afirma que una gran cantidad de RN no son amamantados tras el nacimiento. En el 2017, cerca de 80 millones de estos fueron amamantados después de la primera hora de vida; actualmente, en las Américas, son amamantados exclusivamente cerca del veinticinco por ciento y de ellos un porcentaje similar lo continúa hasta los 24 meses. Asimismo, las tasas de LME en los países de América Latina varían, las más altas se localizan en Bolivia, Perú y Chile; y las menores en República Dominicana y Surinam (17).

Existen algunas referencias respecto a la autoeficacia de LM entre madres jóvenes y mayores, la cual es muy eficaz en países como Brasil (17). Asimismo, en Madrid (2017), se identificó que esta práctica fue deficitaria, dado que las primíparas tienen mayores dificultades para llevarla a cabo (18). En relación al grado de autoeficacia y duración de la LM se muestra una interrupción más rápida de la LME en púerperas con autoeficacia baja (21 días), mientras que las mujeres con moderada y alta autoeficacia tienen entre 36 y 148 días de LME, respectivamente (19).

Así, el sentido de percepción de autoeficacia para la LM impacta en el resultado al brindarle seguridad y confianza a la madre para afrontar los problemas que puedan surgir; este proceso requiere adaptarse a las muchas incomodidades físicas de la madre y al retiro de otras actividades. Las madres primerizas pueden tener actitudes diferentes a las de las madres multíparas porque las creencias sobre el éxito pueden estar influenciadas por experiencias pasadas, ya que tienen una mayor capacidad para amamantar. La capacidad de la madre para dar de lactar depende del conocimiento previo adquirido, su estado de salud, su situación real y las creencias lingüísticas influenciadas por el personal de salud. La confianza es un predictor de cuánto tiempo amamantará (20).

También existen referencias de madres que indican el motivo para abandonar la LM, y estas serían por tres razones; elección materna, dificultad en el inicio de la lactancia y problemas sanitarios madre/hijo. Asimismo, se encuentran el no tener suficiente leche y el regreso al trabajo (21).

Además, el desconocimiento materno sobre LM se mostró como motivo para abandonar esta práctica. También existen madres que trabajan y tienen que dejar de amamantar por falta de asesoramiento, carencia de servicios sociales, aspectos culturales y hospitalarios. Igualmente, el uso de sucedáneos va en aumento. Por lo que, incrementar la LM al nivel recomendado puede salvar la vida de más de 800 mil menores de cinco años y prevenir 20 mil cánceres de mama. Al respecto, investigaciones demuestran que la leche materna es una sustancia viva no localizada en ningún otro alimento (22).

Nuevos estudios muestran que los indicadores de LM han mejorado en países con políticas que ayudan a las familias con cualquier tipo de licencia extendida después del parto y al exigir a los empleadores que implementen programas de lactancia materna (23), (24). Según. Abbas-Dick J., Stern S (2017), reveló que aumentar la capacidad de la madre para amamantar con éxito tiene efectos beneficiosos, sobre el tiempo y la calidad de la LM, independientemente de las ideas y capacidad familiar para planificar y dar de lactar, superar diversos obstáculos, anticipar y controlar las consecuencias de la no lactancia, y para decidir su continuidad (25).

Asimismo, se considera que las actitudes hacia la LM tienen un vínculo con el conocimiento adquirido, y se ve reforzada por su entorno de valores. Razón por la cual, la actitud puede considerarse no como una influencia biológica, sino como una motivación social. Las actitudes positivas tendrán una respuesta efectiva, mientras que las negativas evidenciarán un rechazo frente a cualquier situación y las neutras mostrarán una actitud indiferente, igualmente García y Fernández, indican que prevalecieron las actitudes neutras, seguidas de las positivas; hallazgos que contribuyen en la identificación de la fémina en riesgo para abandonar la LME antes de los 6 meses con el objeto de brindarles apoyo (26).

De igual forma, Alvarado y Baldeon, demostraron que las madres siempre tuvieron una actitud positiva hacia la LME, es decir, que las madres, con base en sus conocimientos y creencias, eligieron la actitud correcta (27). De esta forma Castillo M., también hace referencia que expresan actitudes positivas, y que el apoyo conyugal o familiar es importante para el éxito de la LME (28), pero también se evidencia según Arroyo M., que en Lima, la mayoría presentaron actitudes regulares hacia la LME, seguidas de las deficientes y óptimas (29), siendo importante el trabajo de promoción y de educación de la LM, a fin de optimizar las actitudes maternas en relación a la LME.

Hay factores que impiden amamantar, como el bajo nivel educativo de los padres u ocupaciones laborales de las madres; problemas de grietas en los pezones, dolor al amamantar o creencia de que el niño no ha quedado satisfecho pueden influir en la decisión de no continuar con la lactancia. Sin embargo, estos y otros obstáculos pueden superarse con un alto sentido de autoeficacia. Además, hay razones que favorecen la lactancia, como el deseo de la madre de amamantar y el apoyo de su círculo cercano (9). Por cuanto, es importante tener en cuenta estos aspectos a fin de superar las brechas negativas de la cobertura recomendada sobre LM.

Durante el desarrollo de las prácticas clínicas de la especialidad en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, en el lactario se pudo observar que algunas madres no practican adecuadamente la LM, las mismas que en el tiempo de espera para el control de los niños ofrecen biberón a los lactantes con fórmula o leche de vaca lo que evidencia una deficiente autoeficacia en la práctica de LM, no asegurándose

una LME, permitiendo evidenciar que desconocen los beneficios y las ventajas para el bienestar de los niños.

Asimismo, se pudo observar que las madres muestran una actitud de predisposición para aprender y conocer aspectos relacionados a la LM, importancia, ventajas en los primeros seis meses; sin embargo, otras muestran un desconocimiento mostrando una actitud desfavorable e indiferente aun así refirieron que lo que saben de la lactancia materna lo han recibido de sus madres, abuelas, suegra o de amigas cercanas; además de actividades educativas realizadas por el personal sanitario. También es importante mencionar que existen algunas características de las madres, como es ser de la zona rural, con grado de instrucción secundaria mayoritariamente y algunas son adolescentes, las mismas que están aprendiendo a ser madres y no se sienten seguras de amamantar correctamente a su hijo.

Por lo que, los sistemas sanitarios requieren promover estrategias de apoyo comunitario y familiar, fomentar actitudes positivas y proporcionar soluciones efectivas a los problemas de la LM (30). Es importante brindar educación a las embarazadas y puérperas, así como continuar con la consejería en LM a fin de garantizar una LM exitosa y un buen un crecimiento y desarrollo del niño.

Por lo anterior, surge la motivación de llevar a cabo este estudio con la finalidad de conocer la relación entre autoeficacia y actitud de las puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca respecto a la LM. Los hallazgos podrán ser útiles para implementar estrategias de atención que promuevan la LM en las puérperas, a través de iniciativas de promoción de la salud, contribuyendo así al bienestar de los infantes.

Ante lo expuesto surge la siguiente interrogante:

1.2. Formulación del problema de investigación

¿Cuál es la relación entre la autoeficacia y la actitud hacia la lactancia materna en mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2024?

1.3. Justificación del estudio

La lactancia materna en el Perú según las referencias del INEI, en el 2022 se reportó que el 63,0% de niños recibieron LME, cuyas madres en su mayoría educación tenían primaria o menos (31). En el nivel local se puede argumentar que los menores de seis meses tienen más probabilidades de caer en desnutrición, observándose que el niño con peso adecuado al nacer no logra mantenerlo, más por el contrario va disminuyendo, sabiendo que a esta edad la LME es la única forma de alimentación exitosa.

Además, en la región Cajamarca el promedio que lacta un niño antes de cumplir los seis meses es de cinco meses, tiempo inferior a lo recomendado por la OMS, indicando que cuanto a más corta edad se inicia la alimentación complementaria, mayor será el riesgo del niño a desarrollar afecciones infecciosas. Además, se observa que la media de LM es de 12 meses y la LME es corta, relacionándose con el consumo de líquidos, mates, agua entre otros (32).

Y, que, a pesar de las estrategias implementadas por el MINSA para mejorar la LME, los indicadores de abandono precoz no se superan y van en aumento, tal como lo refieren los antecedentes citados.

Por cuanto, la relevancia de este estudio se centra en que conociendo la realidad local, la autoeficacia y la actitud de las puérperas sobre la LM y su relación entre ellas, permitirá a los profesionales de la salud repensar otros métodos de intervención, incluida la comunicación, para que las madres aprendan e internalicen la importancia de la LM, en particular los beneficios para la madre y el RN lo que ayudará a mejorar su actitud respecto a su práctica, asegurando una autoeficacia favorable de la LM.

Además, los hallazgos ayudarán en el entendimiento de la LM, pues serán la evidencia científica que permitirá fortalecer la práctica de la autoeficacia en la LM por parte de los profesionales sanitarios, especialmente a nivel de intervención en el Hospital Regional Docente, lugar donde se ha desarrollado la investigación.

En lo social, la investigación es relevante porque conducirá a implementar acciones

que fortalecerán el conocimiento materno para mejorar la autoeficacia en la LM, contribuyendo al óptimo crecimiento y desarrollo del niño a través de las consejerías personalizadas y acciones de promoción y educación para la salud logrando una sensibilización lo que contribuirá a disipar dudas y conseguir el cambio de actitudes negativas favoreciendo de esta manera un mejor vínculo afectivo madre/hijo.

Desde la práctica, es que con el desarrollo de las estrategias de intervención las madres mejoran la práctica de LM y con ello tendrán una mejor autoeficacia y actitud hacia la misma, repercutiendo favorablemente en el estado sanitario del niño, asegurando un mejor crecimiento y desarrollo.

La contribución científica será que los hallazgos constituyen una línea de base para nuevos estudios. Tomando en consideración, en el escenario local no se cuenta con investigaciones referentes previas, por lo que facilita los procesos de mejora de los indicadores materno-perinatales.

1.4. Objetivos

1.4.1. General

Determinar la relación entre la autoeficacia y la actitud hacia la lactancia materna en mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2024.

1.4.2. Específicos

Identificar las características sociodemográficas de las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2024.

Establecer la autoeficacia de la lactancia materna de las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2024.

Analizar la autoeficacia de la lactancia en las dimensiones: Técnica de la Lactancia materna y pensamientos intrapersonales de las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2024.

Reconocer la actitud hacia la lactancia materna de las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2024.

Detallar la actitud hacia la lactancia materna en sus dimensiones: cognitivas, afectivas y conductuales de las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2024.

1.5. Viabilidad de la investigación

La investigación fue viable, se inició con solicitar la autorización y presentar el proyecto de tesis ante la dirección del Hospital Regional Docente de Cajamarca, contando con la revisión del Comité de Investigación del mismo se procedió a sustentar el proyecto a la vez se obtuvo la autorización respectiva para aplicar los instrumentos.

1.6. Limitaciones del estudio

Si bien es cierto no se cuentan con investigaciones a nivel local sobre autoeficacia y actitud hacia la LM en puérperas, existen estudios realizados en otros ámbitos que ayudaron en la discusión y análisis. Por lo que, los resultados obtenidos en la presente tesis contribuirán como antecedente para otras investigaciones en el ámbito local.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

2.1.1. A nivel internacional

Li L, et. al. (China, 2022), realizó un estudio con el objetivo de describir la autoeficacia en la LM durante el posparto e identificar sus determinantes sobre la lactancia. Métodos: Descriptivo, transversal, desarrollado en 787 mujeres de 0 a 6 meses posparto. Resultados: Se identificó nivel moderado de autoeficacia en la LM, con un promedio de 3,5 puntos. Conclusión: Los estudios muestran que las actitudes positivas, el apoyo familiar para amamantar y el apoyo social aumentan la capacidad de amamantar en zonas rurales, pero las dificultades de amamantamiento están asociadas con una autoeficacia reducida (30).

Monteiro J, et. al. (Brasil, 2020), investigación realizada con el objetivo de examinar la asociación entre autoeficacia de amamantamiento en embarazadas y sus condiciones sociales, reproductivas e infantiles; tiempo de LME y diversidad social; y comportamiento de lactancia a los 30, 60 y 180 días posparto. Estudio longitudinal y prospectivo, en una muestra de 224 participantes. Resultados: No existe relación entre autoeficacia para amamantar y duración de LME en los periodos evaluados. Conclusión: Se encontró que el tipo de nacimiento, complicaciones posteriores al parto, religión y cuidado del niño estaban asociadas con una mayor confianza materna en su capacidad para amamantar (33).

Vidal D. (México, 2019), estudió la autoeficacia y conducta de amamantamiento en puérperas del Hospital de la Mujer Puebla para evaluar ambas variables. Estudio descriptivo, transversal, prospectivo, con la participación de 331 puérperas. Resultados: La mayoría de madres mostraron reserva y una actitud neutral hacia la lactancia; la puntuación media de PBSES fue de 79,20 con una desviación estándar de 13,73, (77,68 - 80,66); en la escala IIFAS, la puntuación media fue de 61,34 con

una desviación estándar de 6,87 (60,65 - 62,14) IC. Conclusión: Una correcta autoeficacia y buena actitud de la madre desempeñan un rol esencial para la lactancia (34).

Bayona J. (Colombia, 2022), se planteó como objetivo describir la relación entre LME y autoeficacia en madres lactantes de RN en el primer nivel de atención. Estudio de Cohorte realizado con 16 puérperas. Resultados: La LM en el cuarto día posparto alcanzó 100% de autoeficacia alta hasta los 30 días, el 64,5% eran convivientes, el 62,5% tenían 20 a 29 años, el 68,8% pertenecían a familias nucleares y el 62,5% fueron cesareadas. Conclusión: La relación entre la autoeficacia y la incidencia de abandono de la LM en el primer mes de vida del RN es baja, observándose que todas las madres participantes presentan una alta autoeficacia en este periodo (35).

Dorantes X. (México, 2019), realizó una investigación con el objetivo de identificar autoeficacia y actitudes maternas hacia la LM. Estudio descriptivo, transversal, prospectivo, ejecutado en 331 puérperas. Resultados: La mayoría de participantes evidenciaron autoeficacia media y actitud neutral. El puntaje promedio para la escala PBSES fue 79,20 con desviación estándar de 13,73 puntos, y en la Escala IIFAS de 61,34 puntos con desviación estándar de 6,87 puntos. Conclusiones: La autoeficacia y la actitud positiva materna es esencial durante la práctica de LM (36).

2.1.2. A nivel nacional

Marquina R. (Lima, 2020), se propuso determinar la autoeficacia de la LM en madres de 20 a 40 años. Método: Cuantitativo descriptivo, no experimental, realizado en 35 participantes. El instrumento fue escala de autoeficacia sobre LM. Resultados: El 68% percibe autoeficacia positiva y 32% negativa. En relación a la dimensión técnica de LM, 52% tenían autoeficacia positiva y 48% negativa; en pensamientos interpersonales, 77% autoeficacia positiva y 23% negativa. Conclusión: En su mayoría las participantes realizan la LM con autoeficacia positiva (37)

Flores E, Naves M. (Trujillo, 2019), tuvieron como objetivo determinar la asociación entre autoeficacia percibida y práctica del amamantamiento en madres adolescentes, Hospital Belén, en una muestra de 120 madres, aplicando la Escala de conducta de LM y la ficha test de LM. Resultados: El 60,8% tiene una autoeficacia percibida de nivel medio, el 21,7% bajo; y 17,5% alto. El 81,7% presenta técnica de amamantamiento incorrecta y,3% buena. Conclusión: Existe asociación entre autoeficacia percibida y práctica de amamantamiento ($p = 0,0355$) (20).

Jesús E, Yuncacallo J. (Huancayo, 2018), efectuó un estudio cuyo objetivo fue investigar la relación entre autoeficacia percibida y prácticas de LM en madres de menores de dos años, Centro de Salud “La Libertad”. Estudio correlacional y transversal, realizado con 104 madres. Resultados: El 71,2% experimentaron autoeficacia regular y 67,3% práctica de amamantamiento insuficiente, en las dimensiones de desempeño de la práctica de amamantamiento materno, el 51,0% tenían autoeficacia percibida regular y 42,3% amamantamiento inadecuado (38)

Vizcarra Y. (Ica, 2021), ejecutó un trabajo de investigación, con el objetivo de analizar la correlación de autoeficacia percibida y práctica del amamantamiento en primigestas, Hospital Ilo II-1. Método correlacional y trasversal, llevado a cabo con 52 participantes. Se utilizó como técnica la encuesta y la observación. Resultados: La autoeficacia percibida fue alta en (57,7%), media (36,5%) y baja (5,8%), y la práctica de amamantamiento buena (65,9%) y mala (34,6%). Conclusión: Existe relación entre autoeficacia percibida y práctica de amamantamiento ($p 0,002$) (39)

Ibáñez J. (Callao-2022), en su investigación se planteó como objetivo determinar la actitud frente a la práctica de LME en las madres de menores de 0 a 6 meses en un establecimiento de salud público; la muestra fue 59 madres. La técnica una encuesta y el instrumento un cuestionario tipo Likert. Resultados: El 49,1% presentaron actitud favorable hacia la práctica de LME, según las dimensiones, 50,8% tenían actitud cognitiva

favorable, 55,9% actitud afectiva favorable y 52,5% actitud conductual favorable. Conclusión: La actitud hacia la práctica de LME es favorable (40).

Bernal A. (Bagua Grande - 2022), se planteó como objetivo determinar las actitudes hacia la LME en madres del establecimiento de Miraflores. Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal. La muestra fue 20 madres y el instrumento un cuestionario. Resultados: En actitud cognitiva, las madres coinciden en que el niño tendrá LME hasta los 6 meses, rechazando la idea de que la leche artificial sea la mejor opción; se evidencia un desconocimiento sobre beneficios de LME, prevenir EDAS e IRAS; en el ámbito afectivo, están de acuerdo en que amamantar crea lazos de amor entre madre e hijo; en el aspecto conductual, discrepan en complementar la LM con leche artificial para mejorar la nutrición. Respecto a las actitudes 50% tienen actitud indiferente, 35% positiva y 10% negativa. Concluye que las participantes muestran actitud indiferente hacia la LME (41).

2.1.3. A nivel regional

Malca M. (Cochabamba, 2022), tuvo como objetivo determinar la autoeficacia en la LM de primíparas que en un establecimiento sanitario. Estudio cuantitativo, transversal, descriptivo, no experimental. La muestra fue 40 participantes, la técnica una encuesta y el instrumento una escala Likert. Resultados: El 57,5% tuvieron autoeficacia media en LM; en la dimensión técnica, el 50% es media; en autoeficacia en LM, las dimensiones en comunicación de pensamiento interpersonal también intervienen en la comunicación de pensamiento interpersonal, 50% en lactancia. Conclusión: La autoeficacia materna sobre la LM es media (42).

Masabel V. (Cajamarca, 2023), se planteó como objetivo, determinar la relación entre factores socioculturales y actitud hacia la LME en puérperas del Centro de Salud Pachacútec. Estudio tipo cuantitativo, descriptivo y transversal; realizado en 90 participantes. La técnica fue una encuesta y el

instrumento un cuestionario. Resultados: La actitud indiferente es más frecuente según dimensiones: cognitiva 63,3%, afectiva 80% y conductual 57,8%. Conclusión: Existe relación significativa entre factores socioculturales y actitud hacia la LME ($r=0,227$ y $p=0,032$) (43).

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Teorías relacionadas al tema

2.2.1.1. Teoría de la Autoeficacia de Albert Bandura

De acuerdo con Bandura, la autoeficacia se refiere a las expectativas que una persona tiene sobre su capacidad para realizar tareas puntuales en situaciones específicas; situaciones que influyen en su nivel de rendimiento. La autoeficacia impacta en varios procesos fundamentales, ya que regula y define como una persona piensa, siente, se motiva y se compara con otros en su entorno (44).

De igual forma, Bandura menciona que los dogmas sobre la autoeficacia tienden a modificarse o adaptarse y se manifiestan, con la magnitud de la eficacia, referida a las acciones que un individuo cree que puede realizar para alcanzar una meta, y la generalización, que se refiere a una situación en la que todo tuvo éxito o fracasó (44).

Cindy D. (2012), revisa y adapta el modelo teórico, denominándola "autoeficacia en la lactancia materna". En esta versión, describe la autoeficacia como la percepción que tienen las madres sobre su capacidad para organizar y llevar a cabo las actividades esenciales de amamantar. Señalando también que, al conocer el nivel de autoeficacia materna, es posible predecir si la madre deseará amamantar, el esfuerzo que invertirá en esta tarea, la automotivación que tendrá durante la práctica y cómo reaccionará ante los desafíos que implica la LM (45).

La versión en español de esta escala es una herramienta válida y fiable para medir la autoeficacia materna en la lactancia; es efectiva para identificar a

madres que enfrentan dificultades con la LM, además de permitir la identificación de factores de riesgo asociados con su abandono. Asimismo, facilita la comprensión de las diferencias entre distintos grupos de madres según características específicas (46).

La teoría de Cindy L. (45), identifica cuatro fuentes principales de autoeficacia en las madres, las cuales son las siguientes:

Logros durante la práctica de la lactancia materna previa, referido a las experiencias anteriores que las madres han tenido al amamantar, como haber alimentado con leche materna a hijos mayores.

Experiencias indirectas o vicarias, se basa en la observación de otras madres durante la lactancia, por ejemplo, al ver cómo otras mujeres deciden y llevan a cabo la lactancia con sus propios hijos.

Persuasión verbal, referida al impacto del lenguaje en las madres, a través de los comentarios y estímulos provenientes de personas cercanas, como familiares o amigos, que apoyan y fomentan la práctica de la LM.

Respuestas fisiológicas, describe cómo las respuestas del cuerpo influyen en la lactancia, como la fatiga, la ansiedad o el estrés que las madres pueden experimentar al amamantar.

Esta teoría está directamente relacionada con el estudio, ya que la autoeficacia es un factor clave en la práctica de la LM; dado que son aspectos y características que fomentan conductas saludables orientados a desarrollar la autoeficacia en relación con la LM, lo que contribuye a mejorar el estado nutricional de los lactantes a través de la promoción de la LME.

2.2.1.2. Teoría de adopción del Rol Materno, Ramona Mercer (1986).

Esto afirma que se trata de un proceso dinámico desarrollado en el largo plazo, donde la diada madre/hijo establecen vínculos afectivos mutuos, aprendiendo sobre sus prácticas de cuidado, el disfrute y la satisfacción con el rol a desempeñar. Pasar a un espacio personal, donde la madre experimenta tranquilidad, autoconfianza y competencia en su rol, es el resultado para adoptar el rol materno y consolidar la identidad materna (47), (48). Este proceso sigue los siguientes estadios de adquisición del rol (49).

– Anticipación

Inicia durante el embarazo y corresponde la adaptación temprana en las dimensiones sociales y psicológicas de la gestación. La madre tiene expectativas del rol, comienza a comunicarse con su hijo desde la etapa prenatal, iniciando la adopción del rol materno.

– Formal

Inicia con el nacimiento del niño y se caracteriza por el aprendizaje del rol y su activación; el cual se consolida con la participación del entorno social y familiar en el que vive la madre.

– Informal

El proceso comienza cuando la madre desarrolla sus propias maneras de asumir su rol, formas que no provienen del sistema social establecido. Es la madre quien adapta este nuevo rol a su estilo de vida, basándose tanto en sus experiencias pasadas como en sus metas futuras.

– Personal

La madre define sus propios métodos para desempeñar su rol. En este proceso, experimenta un sentido de armonía, confianza y competencia al llevar a cabo sus responsabilidades, lo que le permite asumir plenamente su papel materno (47), (48).

Las teorías mencionadas se aplican en este estudio a medida que la madre inicia sus actividades con el objetivo final de amamantar al RN. Esto lo logra mediante la implementación de conocimientos previos, experiencias adquiridas o nuevas vivencias, como cuando se trata de una madre primeriza.

2.2.2. Autoeficacia de la lactancia materna

2.2.2.1. Definición de autoeficacia de la lactancia materna

La autoeficacia en la LM representa tomar conciencia de que esta no puede ser sustituida por ningún otro alimento. Por lo tanto, es el conjunto de percepciones que tiene el individuo respecto a las habilidades, reacciones y capacidades para realizar acciones que cree correctas y que le permiten alcanzar sus objetivos. Es así, como se logra la autoeficacia en la práctica de LM en las madres, relacionándolas con sus capacidades para afrontar con éxito el proceso de dar de lactar (1).

La autoeficacia se ve influenciada por diversos factores, como lactancia de niños mayores, experiencia de madres que continúan amamantando, el dicho de otras madres, familiares o amigos, cansancio, estrés y la ansiedad materna madres al iniciar la lactancia (1).

Para Bandura, la autoeficacia se refiere a las creencias y autopercepciones que tienen las personas sobre sus habilidades, competencias y capacidades para organizar y llevar a cabo acciones necesarias con el fin de alcanzar ciertos objetivos. Bandura sostiene que las creencias de autoeficacia no son estáticas, únicas ni permanentes, sino que se manifiestan en tres dimensiones principales (1).

El nivel de autoeficacia se refiere a la cantidad de tareas que un individuo percibe como capaces de realizar consecutivamente, lo que incluye las actitudes y desafíos que una madre es capaz de afrontar y superar. Por otro lado, la fuerza está relacionada con el grado de determinación y convicción que se tiene sobre lo que puede o no ejecutar respecto con la conducta específica observada.

Asimismo, la generalidad se refiere al componente transituacional de nuestras conductas exitosas o fallidas, ya que tiende a extender los comportamientos positivos o negativos hacia situaciones o contextos similares (1).

Dennis (1999), desarrolló el marco teórico de autoeficacia en LM, basado en los postulados teóricos de Bandura (1977), lo que promovió el abordaje conceptual de la confianza en la LM y orientar las intervenciones de apoyo efectivas. Para el personal sanitario es un elemento esencial, pues es un campo en el que se puede incidir de manera amplia, al ser un factor modificable (50)

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

La autoeficacia de la LM, se asume como aquella confianza de la madre en su capacidad para amamantar al niño, prediciendo si elige amamantar o no, cuánto esfuerzo dedicará, si tendrá patrones de pensamientos auto-realizados o autodestructivos, y cómo responderá emocionalmente a las dificultades para amamantar (24).

2.2.2.2. Fuentes de autoeficacia

El estudio asume que la autoeficacia materna se organiza en (45):

- **Logros a lo largo de la práctica de la lactancia materna:** Son las experiencias de amamantar que la madre ha tenido anteriormente con uno de sus hijos.
- **Experiencias indirectas o vicarias:** Son las vivencias que la madre ha experimentado al observar el proceso de amantar en sus familiares o amigos cercanos, esto impacta en la capacidad que tenga para dar de lactar a su niño.

- **Persuasión verbal:** Es el efecto que genera las opiniones y representaciones sociales que le dan al amamantamiento las personas más cercanas a la madre, tales como su propia madre, hermanas, abuelas, tías, etc.
- **Respuestas fisiológicas:** Son los cambios físicos y fisiológicos que pueden experimentar las madres durante el tiempo que dura el amamantamiento, lo que repercute en su capacidad y disposición para amamantar a su hijo, incluyendo estrés, ansiedad, o hasta los cambios en su imagen corporal.

La autoeficacia en la LM implica las metas que logra obtener la madre en el proceso de amamantar e incluyen (45):

- Expectativas de eficacia; autoconfianza materna para lograr ubicar al lactante en la posición correcta de amamantamiento, junto a su pecho.
- Expectativas de resultado; la percepción materna de que al ubicar a su hijo en la posición correcta para amantarlo no le generará problemas en sus pezones, como agrietamiento, congestión mamaria o mastitis.

La influencia de la autoeficacia comportamental de la madre durante la LM presenta cuatro dimensiones: (51)

- Elección de conducta, la correcta autoeficacia de la LM da paso a que las madres tomen la decisión de iniciarla y comprometerse a mantenerla durante el tiempo recomendado.
- Esfuerzo empleado para mantener la conducta, cuando han tomado la decisión de amamantar, las madres podrán en práctica la técnica correcta de amamantamiento, a pesar de las dificultades que puedan presentar en el proceso.
- Patrones de pensamiento, el empoderamiento materno sobre la LM les permitirá reflexionar sobre la importancia de esta para el correcto crecimiento y desarrollo de su niño, por lo que a pesar de las

dificultades continuarán dando de lactar.

- Reacciones emocionales, las madres serán capaces de transformar las emociones negativas en conductas positivas de amamantamiento.

2.2.2.3. Dimensiones de la autoeficacia

Las creencias sobre la autoeficacia no son simplemente características personales fijas o inmutables, sino que fluctúan en tres dimensiones bien definidas: La magnitud de la autoeficacia, haciendo referencia a la cantidad de pasos, actitudes y actividades de creciente dificultad que se percibe como capaces de superar de manera progresiva. La fuerza de la autoeficacia, vinculada al grado de convicción y determinación que se tiene respecto a la realización de una conducta específica. La generalidad, referida a la medida en que las experiencias de éxito o fracaso en la ejecución de una tarea pueden transferirse a otras conductas o situaciones parecidas.

– Autoeficacia en la técnica de lactancia materna

Percepción materna sobre su capacidad para amamantar, la cual puede estar influenciada por experiencias previas. El aprendizaje observacional, el aspecto fisiológico y emocional, y la persuasión verbal, son factores predictivos para el éxito de la LM (18).

– Autoeficacia y pensamientos intrapersonales sobre la lactancia materna

El deseo materno de amamantar, la satisfacción del proceso, la autoconfianza y la seguridad durante la práctica facilitan una LM exitosa (18).

2.2.3. Actitud frente a la lactancia materna

2.2.3.1. Definición de actitud

Las actitudes que adquieren las personas están influenciadas por distintos

factores, como creencias y experiencias previas; factores que las condicionan a adoptar diferentes comportamientos y reacciones frente a situaciones parecidas (2).

La actitud se va a medir como favorable cuando la madre toma acción viendo lo positivo y manteniendo esta positividad durante el proceso de amamantamiento, a pesar de las dificultades que se puedan presentar en el trayecto; esto garantiza la adopción de la práctica correcta de lactancia. Mientras que la actitud desfavorable, en ocasiones, tiene que ver con la información que trae consigo, desconociendo los beneficios y generando un accionar negativo y conformismo a pesar que la acción (amamantar) no fue la correcta (3).

2.2.3.2. Definición de actitud hacia la lactancia materna

Las actitudes maternas hacia la LM se interpretan como una disposición mental frente a la realidad cotidiana, la cual se evidencia a través de expresiones verbales. Asimismo, se puede afirmar que las actitudes hacia la LM representan la respuesta expresada por la madre respecto a su disposición para amamantar al niño (52)

Considerando que la actitud es la relación entre los conocimientos adquiridos y los aspectos emocionales del individuo, se puede afirmar que la conducta está influenciada por patrones conductuales, lo que la convierte en una forma de motivación social (53).

La actitud se refiere a la conexión entre lo que conoce y siente la madre con base en su sistema de valores. Por tanto, la actitud no puede considerarse tanto una influencia biológica sino como una motivación social. La actitud es como una persona que reacciona positiva o negativamente ante un estímulo después de recibirlo, es decir. las actitudes positivas se manifiestan eficazmente, mientras que las actitudes negativas repelen cualquier situación y las actitudes neutrales son indiferentes (2).

2.2.3.3. Dimensiones de las actitudes de la lactancia materna

A. Actitudes cognitivas

Es el conjunto de información que posee un individuo sobre un objeto, permitiéndole formar una actitud hacia este. Si el individuo tiene un conocimiento detallado del objeto, esto facilita su asociación con la actitud, por lo que para que se forme una actitud, debe haber una representación cognitiva; por esta razón, los objetos desconocidos o con poca información no generan actitudes del individuo (54).

Esta información es relevante dado que tiene que ver directamente con el conocimiento, conocimiento que de no existir no provocaría la aparición de las actitudes (55).

– Beneficios en el desarrollo

La LM es importante para el crecimiento y desarrollo del infante, dado que la leche materna es nutricionalmente completa, especialmente seis meses post nacimiento, además de contener inmunoglobulinas que previenen las infecciones. Del mismo modo, dar de lactar promueve un correcto desarrollo buco-mandibular, la producción de hormonas que facilitan la digestión, la creación del vínculo madre-niño, brindándole a ambos, bienestar y seguridad (56).

Entre otras ventajas de la LM, se encuentran la reducción de afecciones crónicas, como dislipidemias, diabetes, obesidad, enfermedades pulmonares, hipertensión arterial y anemia. Investigaciones identificaron que los niños amamantados tienen una mayor capacidad cognitiva y conductual durante su vida adulta. La LM mejora el estado clínico materno durante el puerperio, ayudando a disminuir el sangrado posparto, el riesgo de cáncer de

mama, ovario y útero, y convirtiéndose en un método anticonceptivo (56).

– **Prevención de enfermedades**

La LM tiene inmunoglobulinas protectoras del niño frente enfermedades como diarrea, asma y neumonía; es considerada la primera vacuna dado que potencia la inmunidad del niño, en un período en el que su sistema defensivo su desarrollo óptimo (57).

Los RN son altamente vulnerables, por ello es esencial el inicio temprano de la LME (primeros 60 minutos de nacido), dado que reduce en casi 20% la mortalidad neonatal, proporcionando protección inmediata al niño, a diferencia de quienes no la recibieron, en los cuales se incrementa seis veces más sus probabilidades de fallecer; si el no amamantamiento se extiende más allá de los nueve meses el riesgo de mortalidad supera el 30% (58).

Por otra parte, la leche artificial se obtiene alterando otros tipos de leche animal, buscando semejanza con la leche humana. Esta se ajusta según la edad del niño (inicio o tipo 1, continuación o tipo 2 y crecimiento o tipo 3), principalmente para los primeros 3 años. De igual forma, esta leche se ofrece en prematuros (59).

– **Estimulación de lactancia:**

Cuando el niño no puede lactar, verificar su estado de salud, cuidando de que no esté enfermo o presente problemas fisiológicos o anatómicos y necesite intervención especializada. Facilitar la extracción mecánica apropiada solo cuando se requiera o por indicación médica. Promover el contacto piel con piel y el apego precoz para fortalecer la musculatura que participa

en la succión y deglución de la leche. Eliminar los sucedáneos (biberones, tetinas, cuchara, gotero) y solo utilizar como forma de estimular la succión de los pezones (60).

– **Agarre y posición:**

No existe una única posición correcta para la lactancia; lo fundamental es que la madre se encuentre en una postura cómoda, con el niño orientado hacia ella y en contacto directo con su cuerpo; se requiere que la madre guíe al RN para que tome y rodee la areola con su boca, de manera que el movimiento de la lengua no dañe al pezón (60).

– **Agarre al pecho**

El adecuado agarre incluye: mentón del niño en contacto con el pecho materno, boca completamente abierta y rodeando toda la areola, labios evertidos y mejillas redondeadas al succionar. Garantizar estas condiciones durante la lactancia evitarán problemas como, dolor de pezones, congestión mamaria o mastitis (60).

– **Posturas para amamantar**

Posición sentada o de cuna: Cuerpo del niño mirando a la madre, sosteniendo al niño sobre la espalda, apoyando la cabeza en la flexión del codo, sin flexionar o extender demasiado el cuello del niño (60).

Posición acostada: Madre y niño acostados de lado y en paralelo a la altura del seno, abrir la boca del niño, acercándolo sutilmente desde atrás para que pueda prenderse fácilmente. Esta posición es muy cómoda durante los primeros días de lactancia y durante la alimentación nocturna (60).

Posición crianza biológica: Madre boca arriba, con una inclinación entre 15° y 65°; niño boca abajo, en contacto directo con la piel materna. Esta postura facilita el desarrollo del reflejo de búsqueda y gateo; y es especialmente recomendada ante dificultades con el agarre del pezón durante la lactancia (60).

Posición en balón de rugby o invertida: Niño bajo el brazo de la madre, las piernas hacia atrás y la cabeza a la altura del pecho, el pezón alineado con la nariz. Se requiere apoyar cuello y hombros del bebé, sin sostener la cabeza, permitiendo que el cuello quede ligeramente extendido facilitando un buen agarre. Recomendada para dar de lactar a gemelos y nacidos pre término (60) .

Posición de caballito: Niño sentado en una de las piernas de la madre, presionando su pierna. Recomendada en prematuros, alteraciones mandibulares, hipotonía, reflujo gastroesofágico, labio hendido o paladar hendido. Facilitar la succión sosteniendo el pecho por su parte baja y el mentón del infante (60).

Asimismo, se considera un elemento emocional que incluye sentimientos y emociones asociadas a la actitud; los mismos que generan una valoración positiva o negativa hacia el objeto, lo que a su vez crea una predisposición hacia determinadas acciones (55)

B. Actitudes afectivas

Elemento más característico de las actitudes, es el elemento emocional que puede ser favorable o desfavorable hacia ellas. Aquí, el individuo tiene vivencias, distintas actitudes, tanto positivas como negativas (61) (62)

– **Alegría y satisfacción**

La motivación materna gira en función al amor que siente por su hijo, optando por amamantarlo, aunque tenga dificultades, como los problemas de descanso y sueño, disponibilidad de tiempo para realizar la lactancia, dolores de espalda y privación de sus necesidades, a pesar de ello debe seguir dando de lactar (63).

– **Lazos o conexión madre-hijo**

Este vínculo se forma al nacer, asegurando la supervivencia del RN. El apego es innato, haciendo que la madre atienda los requerimientos del bebé, este acto promueve la neurogénesis y la sinapsis nerviosa haciendo que el niño logre desarrollar al máximo sus competencias psicomotoras cognitivas, logrando al final alcanzar la autonomía del niño, creando vínculos madre-hijo duraderos en el tiempo y promoviendo una LM exitosa (64).

– **Incomodidad**

Al comenzar la lactancia, es común que las madres primerizas experimenten cierto malestar, debido a que la sensibilidad en los pezones varía de una mujer a otra. Al inicio, esta incomodidad puede ser más notable, pero con el paso de los días, generalmente desaparece, y alrededor de las dos semanas el proceso se vuelve más cómodo (65).

– **Dolor de pezones**

Los pezones adoloridos tienen varias causas, por ejemplo, la manera en que el niño agarra el pezón puede causar dolor a la madre, también por la forma de los dientes que están creciendo. En esta situación cambiar la técnica de amamantamiento evita que el niño muerda pezón. Si se emplea la extracción mecánica de leche, los equipos

deben estar correctamente adaptados al seno, de lo contrario puede crear una fuerte succión y causar dolor en los pezones (66).

– **Responsabilidad**

En las familias tradicionales, las responsabilidades se dividían de manera clara, la madre se encargaba de la crianza de los hijos, mientras que el padre se ocupaba de proveer los alimentos y mantener la familia. Actualmente, la crianza de los niños es una tarea compartida por ambos padres. Sin embargo, este cambio ha sido gradual, ya que en generaciones anteriores era común que la madre asumiera por completo el rol de cuidado y educación de los hijos (67).

– **Importante respetar unos principios**

El niño durante la LM genera relaciones de apego hacia su madre; si esta es exitosa las interacciones secundarias con el resto de integrante de la familia se verá más fortalecida. Asimismo, existe solo una figura de apego primaria, y esa es la madre (67).

– **Amamantar, sólo ella lo puede hacer**

Al inicio, no es necesario que el padre comparta la alimentación del niño para sentirse involucrado en su rol, ya que el amamantamiento es exclusivo de la madre. Sin embargo, el padre puede participar en actividades como abrazar al niño, bañarlo, cambiar pañales, jugar y salir a pasear. Es importante reconocer que la LM tiene un valor fundamental, haciendo que la madre sea esencial para el bienestar del RN, mientras que el padre ocupa un papel secundario en este momento. A pesar de esto, la compañía del padre es valiosa para la madre, pues a medida que los RN crecen, también lo hace su apego y la necesidad de una figura paterna (67).

C. Actitudes conductuales

Se trata de actitudes, propósitos e inclinaciones orientadas a un objeto, generando una conexión con el sujeto y dando lugar a reacciones diversas por el objeto. Aspecto fundamental y dinámico dentro de la estructura comportamental de la actitud (68).

El componente conductual se define como una predisposición que implica intervenciones destinadas a generar actitudes hacia el objeto, derivada de la carga emocional que muestra el individuo. En este sentido, la actitud se manifiesta como la predisposición para reaccionar de una manera específica (55).

– Técnica de amamantamiento

Una correcta LM depende de la adecuada ubicación del bebé para evitar dolores durante la lactancia. Aquí, la madre deberá sentirse cómoda, acercando al niño hacia ella y no al contrario. Lograrlo implica que debe rozar el seno contra el labio inferior del niño de manera que abra la boca y los labios cubran la mayor parte de la areola. Si el bebé hace un sonido mientras succiona, significa que la técnica de amamantar está siendo la correcta (55).

– Estimulación

Para evitar complicaciones durante la succión del niño, es recomendable no ofrecer biberones ni chupetes hasta que la lactancia esté adecuadamente establecida, dado que estos sucedáneos pueden provocar confusión en el niño y dificultar un buen agarre del pezón (55).

– Demanda de lactancia

La leche materna proporciona todos los nutrientes que demanda el RN, además de tenerlo a su disposición las 24 horas del día y ser el biológico humano secretado más completo desde el punto nutricional y afectivo (69).

– **Apoyo al lactante**

El RN dispone de habilidades innatas que le permiten llegar de forma independiente al pecho de su madre. Por esta razón, se requiere un contacto piel a piel precoz que facilite el proceso de LME, la instauración de la lactancia y una mejor adaptación a la vida extrauterina (70).

2.2.4. Lactancia materna

2.2.4.1. Definición de lactancia materna

Acto natural y conducta aprendida que provee el primer alimento al niño, suministrando nutrientes esenciales para el crecimiento y desarrollo en los primeros dos años de vida; esto representa aportar más del 50% de sus necesidades nutricionales en los primeros seis meses de vida y más del 30% hasta los 24 meses (3).

La LM se vuelve necesaria para el sistema inmunológico del niño, dado que este proceso aporta inmunoglobulinas que previenen enfermedades infantiles comunes. De igual forma, ayuda a evitar significativamente alteraciones en el estado nutricional del niño, especialmente en los primeros dos años de vida (3) .

La OMS y UNICEF en 1989, publicaron la declaración de “Protección, promoción y apoyo a la lactancia natural”, donde se indica cómo los sistemas sanitarios pueden promover la LM en 10 pasos. Según el MINSA (3), sugiere que, hasta los 6 meses, los niños que reciben LME tienen menos riesgo de enfermar y presentar estados nutricionales mórbidos. Además, de acuerdo a las lecturas, alimentar con biberón representa un peligro para la sobrevivencia y el bienestar de millones de niños

A. Tipos de leche materna

Incluyen (71):

- Calostro: Generado a partir de los 7 meses de gestación y secretados entre los 3 a 5 días posteriores al nacimiento. Es inmunológicamente rico y de color amarillento.
- Leche de transición: Producida entre los 5 y 15 días después del calostro. Rica en proteínas y hierro y de color blanquecino.
- Leche madura: Se produce a partir de las dos semanas y se mantiene hasta el término de la lactancia. Alto contenido de proteínas, lactosa y micronutrientes, y de color blanco azulado por el alto contenido de hierro.

B. Tipos de alimentación del lactante

La OMS indica la existencia de los siguientes tipos de alimentación, basada principalmente en la LM (72):

- Lactancia materna exclusiva: El niño recibe sólo leche materna, sin líquidos, sólidos, ni siquiera agua, a excepción de solución de rehidratación oral, gotas o jarabes de suplementos vitamínicos o micronutrientes o medicamentos.
- Lactancia materna primaria: Contiene leche materna extraída como principal alimento, recibiendo líquidos, como agua, extractos, jugos, y gotas o jarabe de vitaminas, medicamentos o micronutrientes.
- Lactancia materna completa; Combinación de LME y la LM predominante.

C. Composición de la leche materna

Es considerada un biológico natural dado que en su composición presenta células sanguíneas maternas, leucocitos, macrófagos,

mastocitos y células epiteliales, que generan una respuesta inmunitaria y anti infecciosas, regulada por lactoferrina, lisozima y prostaglandinas. Las concentraciones celulares son más altas en el calostro, disminuyendo a partir de los cinco días. También contiene proteínas, azúcares, grasas, minerales, vitaminas, hormonas y enzimas. Por esta razón es considerada el alimento más completo que existe para alimentar al niño menor de dos años (73).

D. Duración y frecuencia entre las tomas

LME a demanda, también “baby led”, es decir, la frecuencia y duración de la LM está en función a la demanda del niño. La cantidad de leche está regulada por mecanismos de estímulo (succión)/reflejo (producción); mientras la frecuencia de lactancia se determina de acuerdo a la capacidad de almacenar con la que dispone la glándula mamaria (74).

El menor de dos años puede crear patrones de alimentación que incluyen cantidad, frecuencia y hasta horarios para lactar, más aún si la madre le proporciona los dos pezones para satisfacer sus necesidades. Los bebés que adoptan estos hábitos de alimentación aprenden a reconocer sus necesidades, signos de apetito y saciedad, y autorregulación para alimentarse (74).

- Frecuencia: La LM es necesaria y su frecuencia varía de un niño a otro; los RN tienen un promedio de 8-12 mamadas en 24 horas; esta demanda se incrementa de acuerdo a la edad del niño, estableciéndose en el bebé un estado nutricional acorde a la frecuencia y cantidad de alimentación, los cuales regulan la producción de leche (74).
- Duración: Esta depende del bebé y el tiempo que se tome para lactar, dado que cada uno presenta un patrón diferente para alimentarse, al igual que cada madre cuenta con su patrón de secreción; es decir, ambos regulan la producción y secreción de leche (74).

E. Beneficios de la lactancia materna (75)

Beneficios de la lactancia materna para el bebé

- Protección contra patologías, afecciones y enfermedades digestivas. Varias investigaciones muestran que bebés amamantados con LM tienen menos probabilidades de ser obesos o diabéticos en la edad adulta.
- Contribuye con el desarrollo cerebral, dado que contiene elementos biológicos capaces de favorecer la neurogénesis, el neurodesarrollo, la maduración neural y la mielinización.
- Favorece la maduración cerebral, pues tiene exactamente los nutrientes que necesita un RN, adaptándose según las necesidades nutricionales del niño.
- Fortalece los músculos maxilofaciales, permitiéndole tener una mejor succión y deglución, y en adelante junto con la maduración de la musculatura de la fono articulación favorecen el lenguaje hablado.
- Proporciona vínculos afectivo-emocionales, porque promueve el apego madre-hijo, lo que a futuro puede favorecer la capacidad de interacción del niño, además de adaptarse y afrontar satisfactoriamente situaciones de estrés (75).

Beneficios de la lactancia materna para la madre

- Disminuye el riesgo de cáncer de mama y ovarios: La producción continua de leche restringe la capacidad de las células mamarias para comportarse patológicamente.
- Facilita la pérdida de peso: La mayor reducción de peso en las madres lactantes ocurre a partir del tercer mes de amamantamiento.

- Fortalece el vínculo madre-hijo: Los lazos afectivos que se establecen entre madre e hijo son esenciales para la supervivencia y el desarrollo saludable del recién nacido (76).

F. Signos de buena posición durante la lactancia materna (3)

- Cabeza y cuerpo del niño en línea recta.
- Cara del niño mirado hacia el pecho.
- Madre mantiene el cuerpo del niño cerca de ella.
- Si es un RN, la madre rodea su cuerpo con un abrazo, evitando sujetar la nuca y los hombros.

G. Signos del buen agarre durante la lactancia materna (3)

Las primeras succiones son espontaneas e inestables, al minuto cambia a lenta, profunda y pausada. El ciclo de succión tiene una media de 20 succiones para hacer una pausa larga donde el RN respira. Si el niño succiona de 3 a 5 veces seguidas, para hace una pausa respiratoria, es posible que se trate de una succión inmadura, lo que puede ocasionar alteraciones con la alimentación.

Lo habitual es que se pueda escuchar al niño como pasa la lecha durante cada toma, que va acompañado de movimientos mandibulares amplios que indica que está deglutiendo. Además, podrás notar que la lengua está debajo de la areola, movimientos en el punto de articulación de la mandíbula, y mejillas que no se hundan, sino son redondas y llenas de leche.

La lactancia adecuada y la saciedad del niño dependen de la posición ideal en la que se le coloca al niño para lactar. Esto evita que cualquier succión se dañe y deje grietas. En primer lugar, ambos deben estar cómodos, el niño estará lo más cerca posible (regla de "ombligo con ombligo" o "vientre con vientre"), indistintamente de la posición el niño debe acercarse al pecho de la madre y no al contrario. Se logra estimulando el labio inferior con el pezón, abriendo “ampliamente” la

boca, los labios deben cubrir el pezón y la areola (3).

2.2.5. Características maternas

A continuación, se presentan algunas referencias donde claramente se observan algunas características maternas, como edad, estado civil, grado de instrucción.

– **Edad**

Tiempo vivido por un individuo sumado desde su nacimiento (36).

– **Estado civil**

Condición que presenta el individuo, considerando las normas legales y los patrones culturales relacionados al estado conyugal vigente en el país. Datos tomados de los individuos a partir de los 12 años y establecidos en los censos poblacionales (77).

Característica de los individuos que se analiza en todos los censos poblacionales debido a su relevancia en la formación y disolución de la familia, la cual se considera la unidad estructural de la sociedad. Este concepto abarca las siguientes categorías (77):

- **Conviviente:** (unión de hecho), individuo que vive junto a su pareja sin haber contraído matrimonio civil o religioso.
- **Separado:** (de matrimonio o de convivencia), individuo separado de su cónyuge.
- **Casado:** individuo que ha contraído matrimonio civil y/o religioso y vive con su cónyuge.
- **Viudo:** (de matrimonio o convivencia), individuo que después del fallecimiento de su cónyuge, no se ha vuelto a casar ni tiene la condición de conviviente.
- **Divorciado:** Individuo que terminó su vínculo conyugal por sentencia judicial y no se ha vuelto a casar ni convive con alguien más.
- **Soltero:** Individuo que nunca se ha casado ni ha vivido, ni está en situación de convivencia (77).

– **Procedencia:**

Área urbana

Porción de un territorio compuesto por centros poblados urbanos; esta área puede estar integrada por uno o varios centros poblados con centros habitacionales urbanos (77).

Área rural

Porción de un territorio compuesto por espacios rurales; esta área puede estar integrada por uno o varios linderos situados alrededor de los límites urbanos (77).

– **Grado de Instrucción**

Es el ciclo académico del sistema educativo peruano, corresponde diversas etapas del desarrollo personal de los estudiantes. Comprende (77):

- **Sin nivel:** Se refiere a aquellos individuos que nunca asistieron a una institución educativa, incluyendo a los niños que al momento del censo están matriculados en el nivel inicial.
- **Primaria:** Abarca desde el 1° hasta el 6° grado; anteriormente comprendía el nivel inicial y primario, tanto en la modalidad para menores como para adultos.
- **Secundaria:** Comprende del 1° al 5° año de estudios, ya sea en la condición de estudiantes menores o adultos.
- **Superior no universitaria:** Incluye Escuelas Normales, Escuelas Superiores de Educación Profesional, Escuelas de Suboficiales de las Fuerzas Armadas, Escuelas Superiores de Administración de Empresas, Institutos Superiores Tecnológicos y Pedagógicos. El período de estudios suele tener una duración mínima de 3 años.

- **Superior universitaria:** Comprende las universidades, Escuelas de Oficiales de las Fuerzas Armadas y Policiales, Seminarios Religiosos, Instituto Superior de Arte del Perú, Instituto Pedagógico Nacional, Escuela de Enfermeras, Escuela de Periodismo y Academia Diplomática del Perú. El período de estudios suele tener una duración mínima de 5 años (77).

2.2.6. Definición de términos

- **Lactancia materna exclusiva:** Método de alimentación en la que el niño recibe sólo leche materna, sin líquidos, sólidos, ni siquiera agua, a excepción de solución de rehidratación oral, gotas o jarabes de suplementos vitamínicos o micronutrientes o medicamentos.
- **Puérperas:** Mujeres que han dado a luz recientemente y en el que suceden cambios anatómicos y fisiológicos maternos inducidos por el embarazo; su duración es poco precisa, pero se le considera de cuatro a seis semanas (78).
- **Factores de abandono de la lactancia materna:** Se refiere a todas aquellas actividades que contribuyen a reducir la tasa de LM, como el uso de chupetes, reincorporación laboral de la madre, y comercio desmedido de las fórmulas lácteas (79).
- **Autoeficacia:** Representa tomar conciencia de que LM no puede ser sustituida por ningún otro alimento; por lo tanto, es el conjunto de percepciones que tiene la madre respecto a las habilidades, reacciones y capacidades para realizar acciones que cree correctas y que le permiten alcanzar sus objetivos durante la lactancia (80).

2.3. Hipótesis

- H₁:** Existe relación entre la autoeficacia de la lactancia materna y la actitud de las puérperas hacia la lactancia materna atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2024.
- H₂:** No existe relación entre la autoeficacia de la lactancia materna y la actitud

de las puérperas hacia la lactancia materna atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2024.

2.4. Variables

2.4.1. Variable 1

Autoeficacia de la lactancia materna

2.4.2. Variable 2

Actitud de las puérperas hacia la lactancia materna.

2.4.3. Variable 3

Características sociodemográficas:

- Edad
- Estado civil
- Procedencia
- Nivel educativo

2.5. Definición conceptual y operacionalización de las variables

Variable 1	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Valores finales	Escala de medición	Tipo de variable
Autoeficacia sobre lactancia materna	Conjunto de percepciones que tiene la madre respecto a las habilidades, reacciones y capacidades para realizar acciones que cree correctas y que le permiten alcanzar sus objetivos durante la lactancia (1)	Medida con la técnica de LM y pensamientos intrapersonales sobre la misma e incluye los niveles baja, media y alta (81)	Técnica de la lactancia materna	LME Agarre Posición Cantidad Seguridad de amamantar	Alta: 52 - 70 puntos Media: 33 - 51 puntos Baja: 14 - 32 puntos Alta: 22 - 30 puntos Media: 14 - 21 puntos Baja: 6 - 13 puntos	Ordinal	Cualitativa
			Pensamientos interpersonales sobre lactancia materna	Cantidad Seguridad Satisfacción Conocimiento Creencias	Alta: 30 - 40 puntos Media: 19 - 29 puntos Baja: 8 - 18 puntos	Ordinal	Cualitativa

Variable 2	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Valores finales	Escala de medición/Tipo de variables
Actitudes de la lactancia materna	Disposición mental frente a la realidad cotidiana, la cual se evidencia a través de expresiones verbales; las actitudes hacia la LM representan la respuesta expresada por la madre respecto a su disposición para amamantar al niño (2)	El nivel de las actitudes de la LME resulta de la evaluación de los aspectos cognitivo (conocimientos), afectivo (emociones y sentimientos) y conductual (actitudes y practicas) de la madre, midiéndose en óptima, regular o deficiente.	Actitudes cognitivas	<ul style="list-style-type: none"> • Beneficios en el desarrollo • Prevención de enfermedades • Leche artificial • Estimulación de la lactancia • Agarre y posición 	Deficiente: 15-35 Regular; 36-55 Óptimo: 56-75	Ordinal-cualitativa
			Actitudes afectivas	<ul style="list-style-type: none"> • Alegría y satisfacción • Lazos o conexión madre-hijo • Dolor de pezones • Responsabilidad 	Deficiente: 5-11 Regular; 12-18 Óptimo: 19-25	
			Actitudes conductuales	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica de amamantamiento • Estimulación • Demanda de lactancia • Apoyo al lactante • Creencias 	Deficiente: 5-11 Regular>; 12-18 Óptimo: 19-25	

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Valores finales	Escala de medición/Tipo de variables
Características sociodemográficas	Son los caracteres que definen a una población determinada, la cual ayuda a diferenciar a las púerperas en la dimensión social. (77)	Años cumplidos de la púerpera a la fecha.	Edad	Edad cumplida en años	...	Razón - cuantitativa
		Condición que presenta la púerpera, considerando las normas legales y los patrones culturales relacionados a su estado conyugal.	Estado civil	Soltera Casada Divorciada	Sí No	Ordinal - cualitativa
		Lugar del que procede	Procedencia	Rural Urbana	Sí No	Nominal - cualitativa
		Nivel de instrucción alcanzado	Grado de instrucción	Sin instrucción Primaria Secundaria Superior	Sí No	Ordinal - cualitativa

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Ubicación geográfica

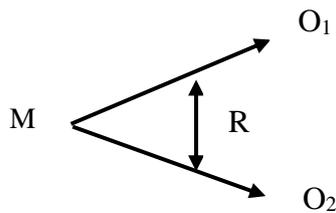
El estudio se ejecutó en el Hospital Regional Docente de Cajamarca (HRDC), ubicado en la ciudad de Cajamarca, capital de la provincia y región del mismo nombre, localizada al noroeste del Perú, a una altitud de 2,750 m.s.n.m., con una media anual de 18,9°C; de clima lluvioso entre diciembre y abril, y cálido entre mayo octubre (82).

El HRDC es un establecimiento sanitario referencial de mayor complejidad de la región Cajamarca, con categoría II-2. No tiene población asignada, pero atiende a la población referida de las 13 provincias de la región, cuya población objetivo es de aproximadamente 1'529,755 habitantes. Asimismo, atiende referencias de usuarios de las regiones de La Libertad, Amazonas y otras regiones del Perú.

Se realizó en los Servicios de Obstetricia, Crecimiento y Desarrollo, y alojamiento conjunto donde se encontraban las púerperas; para esto se tuvo en cuenta los criterios de inclusión, (82).

3.2. Diseño y tipo de estudio

Cuantitativo, no experimental, transversal, descriptivo, observacional y correlacional. No experimental, debido a que no se manipularon intencionalmente las variables. Transversal, los datos fueron recogidos en un momento sin corte. Estudio descriptivo, también conocido como estudio estadístico, dado que describe características de la muestra que se estudia. Correlacional, pues determina el grado de asociación entre las dos variables. Toma en consideración la medición de las variables, para posteriormente emplear pruebas de hipótesis y herramientas estadísticas para estimar la correlación (Autoeficacia de la LM y actitud de las púerperas hacia la misma) (83).



El diagrama indica:

M: Puérperas atendidas en el HRDC.

O1: Autoeficacia de la lactancia materna

O2: Actitud de las puérperas hacia la lactancia materna.

R: Relación entre ambas variables

3.3. Población de estudio

Se conformó por todas las puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca en el periodo de enero a marzo 2024, información obtenida del Departamento de Estadística del Hospital, siendo un total de 667 madres con sus recién nacidos.

3.4. Criterio de inclusión y exclusión

3.4.1. Criterios de inclusión

- Puérperas atendidas en el HRDC, 2024.
- Con hijos nacidos a término y sanos
- Puérperas con RN sanos localizados en alojamiento conjunto, en el Servicio de Crecimiento y Desarrollo, y Gineco-Obstetricia.
- Puérperas que acepten participar del estudio.

3.4.2. Criterios de exclusión

- Puérperas con afecciones mamarias
- RN con patologías que le impidan alimentarse
- Puérperas que no deseen participar en el estudio

3.5. Unidad de análisis

Se conformó por cada puérpera atendida en el Hospital Regional Docente de Cajamarca.

3.6. Marco muestral

Fue el registro de las puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, con sus respectivos recién nacidos; siendo un total de 667.

3.7. Muestra y selección de la muestra

Tamaño muestral: Se realizó mediante el muestreo aleatorio simple, se utilizó la siguiente fórmula para población finita:

$$n = \frac{NZ^2PQ}{(N-1)D^2 + Z^2PQ}$$

$$n = \frac{667 * 1.96^2 * 0.5 * 0.5}{(667-1)0.05^2 + 1.9^2 * 0.5 * 0.5} = 244$$

$$f = \frac{n}{N} > 0.05 \quad f = \frac{244}{667} = 0.3658 > 0.05$$

Si el factor de corrección mayor del 5% se aplica $n_o = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}}$

$$n_o = \frac{244}{1 + \frac{244}{667}} = 179$$

Donde:

n_o = Tamaño de la muestra final siempre y cuando se exceda el 5%

n = Tamaño de la muestra preliminar

N = Población ($N=667$)

Z = Valor asociado a un nivel de confianza. ($Z=1,96$ si es 95% de confianza)

D = Margen de error (0,05)

P = Probabilidad de ocurrencia

Q = Probabilidad de no ocurrencia

Con un nivel de confianza del 95%, una varianza de máxima ($PQ=0,25$), un error estándar de 5% ($D=0,05$), y una población de 667, se obtuvo una muestra de 244 puérperas atendidas en el HRDC. Realizando el factor de corrección la muestra final fue 179 puérperas.

Selección de la muestra: Se utilizó un muestreo probabilístico aleatorio simple de las puérperas atendidas en el HRDC. Conforme se dieron los nacimientos se seleccionaron considerando los criterios de inclusión.

3.8. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica

Se utilizó la encuesta estructurada, que consiste en un cuestionario escrito dirigido a cada una de las puérperas atendidas en el HRDC. Se considera estructurada debido a que está conformada de una lista formal de preguntas, formuladas de manera uniforme para toda la muestra.

Instrumentos

Los instrumentos a utilizar fueron:

- Cuestionario de características sociodemográficas de las participantes, como edad, estado civil, procedencia, nivel educativo.
- Escala de Autoeficacia para la Lactancia Materna, elaborada por Lee, validada por Goddar B. (84), utilizada por Gómez J. (2016) (81) y Malca M. (2022) (42). Conformada de 14 ítems que recogen datos sobre la técnica de LM y los pensamientos intrapersonales sobre la misma. Las puntuaciones se clasificaron en:

Muy segura : 05 puntos

Segura : 04 puntos

Poco segura : 03 puntos

Insegura : 02 puntos

Muy insegura: 01 punto

La autoeficacia en la LM se puntuó en:

Autoeficacia alta : 52 - 70 puntos

Autoeficacia media : 33 - 51 puntos

Autoeficacia baja : 14 - 32 puntos

Dimensión técnica de autoeficacia en la LM:

Autoeficacia alta : 22 - 30 puntos

Autoeficacia media : 14 - 21 puntos

Autoeficacia baja : 06 - 13 puntos

Dimensión pensamiento interpersonales de autoeficacia en la LM:

Autoeficacia alta : 30 - 40 puntos

Autoeficacia media : 19 - 29 puntos

Autoeficacia baja : 08 - 18 puntos

- Para evaluar las actitudes se empleó un cuestionario del autor Sota Peña Liseth Enma (2017), la duración promedio fue de 25 minutos. Está constituida por 15 ítems, distribuidos en tres dimensiones (cognitiva, afectiva y conductual) con 5 ítems cada una (62):

Escala valorativa:

Totalmente de acuerdo: 05 puntos

De acuerdo: 04 puntos

Ni de acuerdo, ni en desacuerdo: 03 puntos

En desacuerdo: 02 puntos

Totalmente en desacuerdo: 01 punto

Resultado:

Actitudes de la lactancia materna:

Deficiente: 15 a 35 puntos

Regular: 36 a 55 puntos

Óptima: 56 a 75 puntos

Actitudes cognitivas

Deficiente: 05 a 11 puntos

Regular: 12 a 18 puntos

Óptimo: 19 a 25 puntos

Actitudes afectivas

Deficiente: 05 a 11 puntos

Regular: 12 a 18 puntos

Óptima: 19 a 25 puntos

Actitudes conductuales

Deficiente: 05 a 11 puntos

Regular: 12 a 18 puntos

Óptima: 19 a 25 puntos

3.9. Proceso de recolección de datos

Tras la aprobación del proyecto, se solicitó la autorización a la Dirección del Hospital Regional Docente de Cajamarca, con la cual se inició la recolección de los datos, aplicando para ello los instrumentos a través de una encuesta.

Previo a ello, se solicitó el registro de las puérperas que se atendían en el Hospital Regional Docente y se seleccionó a las que participaron en el estudio, según los criterios de inclusión.

Luego se realizó la encuesta a las puérperas, con las medidas de bioseguridad respectivas; explicándoles el objetivo del estudio. Asimismo, se les pidió firmar el consentimiento informado y el asentimiento informado en el caso de las menores de 18 años.

Validez y confiabilidad de los instrumentos

La Escala de Autoeficacia para la LM (42) (84) (81) los autores identificaron una fiabilidad con Alfa de Cronbach de 0,919 indicando que es confiable para su administración en poblaciones de referencia.

El instrumento para medir la actitud hacia la LM (62), presentó una validez con el juicio de 05 expertos especialistas en el área, llegando a una concordancia del 95% entre todos los jueces.

Fiabilidad

Los instrumentos fueron sometidos a confiabilidad en el presente estudio, en una prueba piloto de 20 madres, siendo calculada mediante alfa de Cronbach, cuyo resultado fue de 0,7 siendo altamente confiable.

Prueba piloto

No se aplicó prueba piloto por ser los resultados confiables incluso a opinión de los integrantes del Comité de Investigación del Hospital Regional de Cajamarca, luego de la revisión y sustentación del proyecto de investigación.

3.10. Procesamiento y análisis de datos

La recolección de información se hizo a través de encuestas a una muestra seleccionada de 179 mujeres puérperas atendidas en el HRDC, el instrumento fue validado por los expertos, se aplicó el cuestionario de preguntas en forma presencial, se entregó a cada mujer para ser llenados, empleando un tiempo de 25 minutos por cada mujer puérpera.

El análisis de la información se obtuvo por medio del método estadístico; elaborando bases de datos que corresponden a las herramientas a utilizar en la investigación, que contenía la información del registro de 179 puérperas atendidas en el HRDC, con los datos obtenidos se procedió a la codificación y luego a procesar utilizando herramientas de apoyo como el software estadístico SPSS versión 26 o Excel 2024, que permitió brindar los resultados en tablas y figuras para ser interpretados por la investigadora. Además, se utilizó el análisis descriptivo, calculando frecuencias absolutas simples y relativas, presentándose en tablas simples y de doble entrada.

Previo análisis se realizaron la Prueba de Normalidad para saber si es una prueba paramétrica o una prueba no paramétrica (como los datos son mayores de 50 datos se utilizaron la prueba de Kolmogorov v Smirnov) y de acuerdo a la información se realizó el análisis inferencial se empleó una prueba de coeficiente de Spearman, con un nivel de significancia ($p < 0,05$).

3.11. Consideraciones éticas

El presente estudio se realizó teniendo en cuenta los siguientes principios éticos:

– **Respeto a las personas**

Implicó que todas las participantes fueran tratadas como entes autónomos, considerando que en caso su autonomía se ve afectada tuvieran el derecho a acceder a la protección (85). Este principio se cumplió asegurando que los resultados no fueran utilizados con fines ajenos a la investigación, evitando así posibles consecuencias negativas para las participantes. Además, se respetó su libertad de decidir si deseaban participar o no en el estudio, para lo cual se solicitó la firma del consentimiento informado; en el caso de menores, se obtuvo el asentimiento informado.

– **Beneficencia:**

Trato ético a las participantes, no solo respetando sus decisiones y protegiéndolas de daños, sino también buscando resguardar su bienestar. Se formularon dos reglas generales como expresiones complementarias de las acciones benéficas entendidas en este sentido: (1) No hacer daño y (2) Maximizar el beneficio potencial y minimizar el daño potencial. (85)

Este principio se aplicó porque no afectó a las puérperas ni les generó complicaciones físicas o psíquicas, sino que, por el contrario, los resultados favorecen la intervención

– **Justicia**

Este principio se refiere a quién debería beneficiarse del estudio y quién debería soportar su carga. Afecta la justicia en el sentido de “justicia distributiva” o “mérito”. La injusticia se produce cuando se niega la compensación a la persona con derecho sin causa razonable o cuando la carga se impone indebidamente; además que deben ser tratadas por igual. (85). Se cumplió actuando lealmente en el estudio y respetándolos como individuos, informándoles siempre del objetivo de estudio, su voluntad de participar sin coacción. Además, los hallazgos favorecerán a las puérperas y a los RN, asegurando una LME lo que beneficiará a su crecimiento y desarrollo.

– **No Maleficencia**

La Declaración de Helsinki, enuncia proposiciones éticas que deben tener carácter universal, por tanto, aplicables en todo el mundo. El principio de no maleficencia hace referencia a la obligación de no infringir daño intencionalmente. Los investigadores no deben mutilar, lesionar, incapacitar o matar a los sujetos. La no maleficencia tiene dos principios básicos. Los principios son no causar daño ni intencionalmente ni por omisión. Este principio se inscribe en la tradición de la máxima clásica *primum non nocere* («Lo primero no dañar») (86).

Este principio ético se cumplió en la presente investigación al no haber administrado ni realizado intervención alguna en el cuerpo de las mujeres puérperas participantes en el estudio, solamente se procedió al recojo de información, revisión de registros e historias clínica (86).

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Tabla 1. Características sociodemográficas de las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2024

Características sociodemográficas maternas	N°	%
Edad		
De 14 a 24	52	29,05
De 24 a 34	85	47,49
De 34 a 44	42	23,46
Estado civil		
Soltera	11	6,15
Casada	26	14,53
Divorciada	1	0,56
Conviviente	141	78,77
Procedencia		
Urbana	80	44,69
Rural	99	55,31
Grado de instrucción		
Sin instrucción	2	1,12
Primaria	52	29,05
Secundaria	75	41,90
Superior	50	27,93
Total	179	100,00

Fuente: Encuesta aplicada por autora

En la tabla 1 se muestra que, de las puérperas participantes, según *edad* el 47,49% están entre 24 a 34 años y el 29,05% entre los 14 a 24 años. Resultados que guardan similitud con los de Malca M (2022) (42), donde el 35% tuvieron entre 29 y 33 años; asimismo, con los de Santos F. et. al (2020), en el que la edad fue de 26 a 35 años. La edad materna es un factor importante en la adherencia y duración de la LM; en el estudio, a medida que aumenta la edad materna, también aumentan las probabilidades de desarrollar una alta autoeficacia en la LM, en comparación con las puérperas más jóvenes.

Los datos son corroborados por la literatura científica, en la que se identifica que las madres mayores de 35 años tenían 21,18 veces más posibilidad de presentar un alto nivel de autoeficacia, a diferencia de 12,59 veces de autoeficacia más alta reportada en las de 26 y 35 años (87)

Los resultados no son semejantes a los que indica Hernández A (2019), donde el 60% de las madres tenían de 15 a 17 años de edad, indicando que estas edades no son aptas para la crianza de un RN por los diferentes cambios somáticos y psíquicos propios de esta etapa de vida en la que se encuentra la mujer, como es la adolescencia (88).

También se observa en el estudio que la mayoría de madres tienen 24 a 34 años, las mismas que podrían disponer de experiencia en la práctica de LM. Por otro lado, en grupo de adolescentes y jóvenes, podría estar en un proceso de aprendizaje que limitan su adopción del rol materno y que aún no se encuentran en la capacidad para lograr un nivel de confianza suficiente que facilite una buena práctica en la LM y promueva una autoeficacia favorable.

Respecto al *estado civil* se observa que el 78,77% son convivientes y el 14,53% son casadas, resultados que guardan concordancia con los referido por Malca M. (2022) (42); en el cual el 92,5% tenían estado civil de hecho; y no guardan similitud con los de Saffari M et. al (2017), donde el 81,2% eran casadas, con unión estable y con mayor probabilidad de tener alta autoeficacia en la LM (89). Según Gil et al. (2020), el 63% eran convivientes (90). Además, los hallazgos difieren con los de Dos Santos J (2020), quien indica que 59% vivían en unión libre, el 47,3% declararon vivir con una pareja, a diferencia de otro reporte que fue de 81,4% de madres que estaban casadas (91).

Ferreira F et al. (2018), concluye que la investigación desarrollada cobra relevancia debido a las dificultades de las mujeres en el proceso de la LME, especialmente aquellas que enfrenan por primera vez el trayecto embarazo-puerperal. Está demostrado que, una vez abordados estos obstáculos se puede desarrollar intervenciones, y métodos estratégicos para ayudar a las mujeres durante la LM. Por lo tanto, desde la etapa de atención prenatal, es esencial incentivar a las embarazadas a que opten por la LM, brindándoles información detallada sobre sus beneficios y las desventajas de utilizar fórmulas lácteas (92). Los resultados no se asemejan a los que indica Hernández A (2019), donde el 54% de madres eran solteras (88). Asimismo, con los referidos por Masabel V (2023), en los cuales, el 68% fueron convivientes, 14% solteras y 18% casadas.

Asimismo, los resultados encontrados guardan relación con el INEI (2023), en el que 32,8% de las madres de 15 y más años de edad son convivientes, 32,4% casadas, 18,5% separadas, 10,0% viudas, 5,3% solteras y, el 1,0% divorciadas (93).

Los resultados evidencian que, en *procedencia* el 55,31% reside en la zona rural y solo el 44,69% en la zona urbana. Estos tienen similitud con los de Masabel M. (2023), donde los hallazgos muestran 36,7 % de púerperas proceden de zonas urbanas, en los que en la mayoría de domicilios tienen servicios básicos, y 63,3% residen en una zona rural (43).

Este predominio de la atención de las púerperas en mayor porcentaje de la zona rural se debería a que el HRDC es un establecimiento de referencia en donde la mayoría de mujeres que se atienden el parto son de la zona rural, es decir de los distritos o comunidades. Observándose una gran cantidad de usuarios rurales que reciben la atención sanitaria en el establecimiento de salud, según los resultados del estudio.

En cuanto al *grado de instrucción*, el 41,90% tenían secundaria y el 27,93% superior; resultados que guardan parecido con las estadísticas reportadas por el INEI, donde el 44,0% tuvieron educación secundaria, 30,3 % instrucción primaria o sin estudios, 15,1% educación técnica y 10,6 % universitaria, incluyendo posgrado (94) ;y con los de Masabel M (2023), del total de madres púerperas encuestadas un 40,0% tienen secundaria completa y 21,1% incompleta (43).

También guardan equivalencia con la referencia de Malca M. (2022) (42), donde el nivel de instrucción alcanzado fue secundario el 92,5% y de Gil et. al (2020), quien indica que el 31% tenía como escolaridad el bachillerato (90). Aunque los resultados muestran que la predominancia es el grado de instrucción secundaria; sin embargo, el que las madres tengan un porcentaje de estudios superiores o técnicos muestran la existencia de un mayor compromiso con la LME, dado que favorece el crecimiento y desarrollo infantil y satisfacción materna en su rol de amamantar.

La mayoría de las madres tienen educación secundaria; pero, se hace necesario señalar que ciertas investigaciones han demostrado que esta condición incrementa el riesgo de abandonar o suspender la LM, aunque el nivel de instrucción superior, en la mayoría de los casos, permite un mejor cuidado de la madre y de los hijos. Resultados similares a lo evidenciado por el INEI, donde 46,2% de las madres que dejaron de amamantar tenían un título universitario y el 30,7% tenían educación secundaria (94).

Entender las características sociodemográficas de los sujetos de estudio ayudará al personal sanitario a orientar a las gestantes en posparto y lactantes hacia una atención de

mayor calidad. La meta es incrementar la autoeficacia en la LM e identificar a las madres que requieren apoyo continuo para tener la seguridad de brindar una lactancia materna eficaz (95).

Se sabe que una orientación adecuada durante el parto y la atención posnatal aumenta la confianza en la LM. Por ello, la atención prenatal debe facilitar a la madre herramientas que le permitan dar de lactar correctamente; además de educar respecto a las ventajas de la LM como práctica de alimentación completa, y de los daños que puede provocar el uso de otros productos lácteos conocidos como sucedáneos.

Tabla 2. Autoeficacia de la lactancia materna, en mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2024.

Autoeficacia	N°	%
Media	105	58,66
Alta	74	41,34
Total	179	100,00

Fuente: Encuesta aplicada por autora

Se observa que las puérperas participantes del estudio, según autoeficacia de la LM, el 58,66% tenían un nivel medio; mientras que el 41,34% un nivel alto.

Hallazgos parecidos a los de Malca M. (2022), en que el nivel de autoeficacia en relación a la LM, fue 57,50% de nivel medio (42), de igual forma con los de Li L. et. al (2022), quienes reportaron niveles moderados de autoeficacia en LM. Concluyendo que, las actitudes positivas, el apoyo familiar para amamantar y el apoyo social aumentan la capacidad de amamantar, pero las dificultades para amamantar están asociadas con una autoeficacia reducida (30).

No guardan relación con los de Marquina R. (2020), donde 68% muestra autoeficacia positiva y 32% negativa (37), asimismo, con el de Dorantes X. (2019), en el cuál 94,9% tuvieron autoeficacia media y 5,1% autoeficacia alta, ninguna participante en el estudio presentó autoeficacia baja (36); y, con los de Hernández A. (2019), donde el 76% evidenciaron nivel medio; mientras que 24% nivel bajo (88).

Hay que destacar que un porcentaje representativo de las madres puérperas participantes de la investigación muestran una autoeficacia alta para la lactancia materna, lo que representa una ventaja para los recién nacidos porque es un indicador que asegura la LM en el RN, así lo especifican algunas referencias, pues teniendo sus ventajas se asegura una protección para algunas enfermedades y el apego afectivo madre-hijo lo que le brinda una seguridad emocional y asegura un crecimiento y desarrollo óptimo.

Se ha demostrado que la LM protege contra enfermedades infecciosas y cardiovasculares, leucemia, enterocolitis necrotizante, celíaca y problemas intestinales. Además, promueve el desarrollo del sistema nervioso, la capacidad intelectual y reduce la probabilidad de

trastorno atención y de la conducta. La LM reduce en 13% la mortalidad infantil y en 36% la aparición del síndrome de muerte súbita (96).

Las mujeres con mayores niveles de autoeficacia en la LM tienden a ser más optimistas y la mantienen por más tiempo, buscando soluciones ante los problemas que puedan surgir. La autoeficacia es efectiva con información precisa, experiencia indirecta (como observar a otras mujeres amamantar), mejora el estado emocional de la madre en relación con su RN, y apoyo continuo. Retrasar el inicio de la LM puede generar dificultades para establecer este proceso de manera sostenida. La mayoría de mujeres comienzan a amamantar más de seis horas después del parto, y algunos informes indican que una cuarta parte lo hace después de 24 horas, lo que reduce la estimulación de los pezones y la producción de leche (97).

Siqueira L. et. al. (2023) describen que inmediatamente después del parto, la madre con ayuda del profesional sanitario debe recibir apoyo en la práctica de la LM absolviendo dudas y retroalimentando en caso de dificultades, a fin de mejorar su autoconfianza durante la LM; esto se presentó en las madres de 26 a 35 años y mayores de 36 años, casadas o en pareja, que amantaron en la primera hora de vida del RN, teniendo información en LM y alimentación del RN únicamente con leche materna, aspectos que favorecen que la madre tenga tranquilidad y seguridad para amamantar (95).

Los resultados también evidencian que las madres con respecto a la lactancia previa el 60,89% precisa que, si ha dado de lactar, resultados que guardan cierta aproximación con los de Gil et. al. (2020) quien encontró que el 52% había dado LM previamente (90). Asimismo, con lo manifestado por Siqueira L et.al (2023), indica que sí dieron lactancia materna previa el 78,1% y el 85,6% no habían dado lactancia previa (95).

Es bien conocido que una orientación adecuada durante los cuidados prenatales y postnatales refuerzan la confianza en la LM. Por ello, es crucial que, desde el inicio de la atención prenatal, se aliente a las embarazadas a optar por la LME, proporcionándoles información clara sobre sus múltiples beneficios y los inconvenientes asociados al uso de leches alternativas. Los hallazgos de esta investigación revelan que más del 50% tenían ya experiencia respecto a la LM, facilitando su práctica.

La autoeficacia materna en la lactancia es la creencia en sus competencias para lograr ciertas metas. Este concepto proviene de uno de los constructos de la teoría sociocognitiva de Bandura (1977), que incluye la confianza y creencia en uno mismo, en sus propias habilidades que permite implementar conductas saludables (98).

Esta depende, de la capacidad materna para dar de lactar, porque la decisión de continuar amamantando puede tener un impacto significativo en la salud del RN. Los factores que afectan este proceso incluyen: madre adolescente, bajo grado de instrucción, pobreza, condiciones laborales precarias, drogadicción, problemas mentales de la madre y procesos inflamatorios de las mamas (98).

Como se mencionó, el apoyo del profesional sanitario a la madre en la primera hora del postparto y en la semana después del parto es esencial para promover la LM. Es vital que el equipo sanitario brinde apoyo calificado a la madre que amamanta para que no perciba esto como una coerción silenciosa o ejercer poder sobre ellas (99).

La LME, es aquella práctica de alimentar al bebé exclusivamente con leche materna (sin otros alimentos ni agua) durante los primeros 6 meses, es la medida preventiva que ha reducido más la mortalidad infantil. Esto es parte de la práctica óptima de LM, que incluye comenzarla en la primera hora de vida y continuarla hasta al menos los dos años de edad (100).

Además, se ha constatado que la LME inadecuada frecuente es el resultado de diversos factores socioculturales, a las condiciones de los sistemas sanitarios y a influencias comerciales, así como al conocimiento insuficiente sobre LM. También se encuentran: creencias de los cuidadores y la sociedad que promueven la alimentación mixta; prácticas y políticas hospitalarias y sanitarias que no respaldan la LM; falta de apoyo por parte de profesionales capacitados; promoción agresiva de fórmulas lácteas, leche en polvo y otros sustitutos; y carencia normatividad para la maternidad que promueva una lactancia exitosa cuando la madre regresa a su centro laboral (100).

Además, la falta de conciencia sobre los riesgos vinculados a una alimentación diferente a la LME, así como sobre las técnicas apropiadas de amamantamiento, se observa entre las mujeres, sus parejas, sus familias, los profesionales de la salud y quienes se encargan de la formulación de políticas (100).

Dentro de las estrategias que favorecen una autoeficacia en la LM se encuentran la implementación de los lactarios institucionales. Como sabemos, los centros de lactancia son espacios que facilitan y promueven la LM exitosa, ya sea directamente del pecho o mediante extracción manual o mecánica, almacenada, manipulada adecuadamente y permitiendo su transporte a casa para seguir alimentándose por sí sola, aunque no estén juntos (101). Por lo cual en el HRDC donde se ha desarrollado la investigación se debe fortalecer la implementación del lactario con infraestructura adecuada y personal capacitado que genere confianza en las madres que acuden a este lugar y poder asegurar una lactancia exclusiva en el neonato, tal como lo establece la norma.

Muchos de los países han tomado esta estrategia como una alternativa para lograr una LM exitosa, proponiendo que en todos los hospitales donde se atienden los partos y se atiende a los RN tengan un lactario, además, se fomente y fortalezca la capacitación en LM a las mujeres, promoviendo el corte tardío del cordón umbilical, contacto piel con piel (hora sagrada), LM en los primeros 30 minutos de vida. Además de normar y regular los permisos laborales como derecho fundamental que garantiza una LME (101).

También es importante mencionar algunos motivos para abandonar la LM, como la falta de confianza materna, que muchas veces les hace interpretar el llanto del RN como hambre; esto hace que las madres sean propensas a utilizar fórmula láctea para saciar al niño, lo que suele provocar la suspensión de la LM. Por otra parte, estudios muestran que las razones más comunes por las que las madres se dan por vencidas son porque sienten que el suministro de leche es bajo o que el bebé tiene hambre, mientras que la sensación de la madre de que hay suficiente leche tiene el efecto contrario (102).

El entorno familiar, influye significativamente en la madre porque muchas veces puede tener mitos o falsas creencias que impiden la LM, lo que genera que estas sientan mucha presión social para amamantar y no amamantar. De la misma manera, encuentran que la LM es un momento especial de interacción madre-hijo que demanda de comodidad y tiempo, así que las visitas frecuentes de familiares y amigos no le dan un espacio de privacidad durante la lactancia y quitan tiempo de atención a los niños (102).

Investigaciones que explican el comportamiento subóptimo de la LM han incluido factores individuales que afectan al individuo. Las características sociodemográficas maternas asociadas con menores probabilidades de amamantar incluyen educación

superior, edad avanzada. El trabajo que hace que la madre se ausente del hogar es una barrera importante para la LME, sobre todo en contextos de pobreza donde el empleo informal causa desprotección laboral y licencia de maternidad.

La OMS promueve la LM alrededor del mundo, pero su sostenibilidad no es satisfactoria, una encuesta del Servicio Nacional de Salud de China reveló que el 15,8% de los menores de seis meses eran amamantados exclusivamente; esto relacionado con factores socioeconómicos, falta de asistencia sanitaria y personal de salud calificado (97).

Por lo tanto, es importante mencionar que la autoeficacia materna es un factor importante para continuar con la LM; entendida como la confianza en su capacidad para amamantar, siendo uno de los factores más importantes en la continuación de la LM durante los primeros 6 meses de vida del niño. Al reconocer que la autoeficacia es uno de los constructos de la teoría cognitiva social de Bandura (95), incluye la creencia y la confianza en la propia capacidad para adoptar conductas saludables, incluida la LME y exitosa (103).

Si la madre no está segura de poder dar a luz y alimentar a su bebé, es probable que la práctica de LM sea inadecuada, conduciendo al cese de la misma; dado que practicarla es un desafío para las madres primigestas, porque su autoeficacia es determinada a partir de experiencias anteriores, resultando más fácil en madres que ya vivieron este proceso. Por otro lado, la satisfacción materna afecta el éxito de la LM porque motiva y brinda confianza para superar dificultades o malestares físicos, porque la lactancia materna requiere compromiso y puede retrasar algunas de las actividades de la madre para que pueda continuar amamantando (104).

El hallazgo del nivel medio de autoeficacia en la LM es tan preocupante como la necesidad de que las nuevas madres logren niveles más alto que permitan y garanticen una cierta confianza, habilidades, talentos y capacidades maternas para poder realizar las acciones necesarias y alcanzar determinados logros, como la LM adecuada.

En los hallazgos, se concluye la existencia de deficiencia de autoeficacia en LM de la muestra estudiada, aun teniendo que más de la mitad tiene una autoeficacia media y que menos del cincuenta por ciento de las mujeres participantes la tienen alta; pero que en

ambas no llegan a la totalidad de las madres, sobre todo considerando que se tiene madres en edad adolescente y también jóvenes quienes están en un proceso de aprendizaje, generalmente no sienten que puedan lograr la autoeficacia en la lactancia.

Como se puede observar, existen algunos factores sociodemográficos como el estado civil y el nivel educativo que influyen en la autoeficacia. Además, al considerar los factores culturales, es probable que la educación sobre LM durante el embarazo aumente la autoeficacia para esta práctica.

Tabla 3. Autoeficacia de la lactancia materna (dimensión técnica de lactancia materna), en mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2024.

Autoeficacia de la LM (dimensión técnica de LM)	N°	%
Media	74	41,34
Alta	105	58,66
Total	179	100,00

Fuente: Encuesta aplicada por autora

En la tabla 3 se muestra que las puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2024, según autoeficacia de la LM en su dimensión técnica de LM, el 58,66% tuvieron nivel alto (representa a 105 mujeres puérperas); mientras que, el 41,34% un nivel medio (representa a 74 mujeres puérperas)

Hallazgos de cierta similitud con los de Marquina R. (2020), en la dimensión técnica de LM, donde 52% presentaron autoeficacia positiva y 48% autoeficacia negativa (37), de igual forma, Malca M. (2022), identificó 50% de madres con nivel medio de autoeficacia en la LM (42). De

Además, se puede precisar como resultado respecto a la autoeficacia, en su dimensión técnica, que del total de madres 58,1% que su niño está lactando correctamente; asimismo; el 72,6% reconocen que el niño tiene un agarre correcto del pezón; 52,51% da de lactar un pecho, antes de pasar al otro; asimismo, el 57,52% reconoce que el niño ha terminado de lactar y está saciado, el 58,66% indica poder tranquilizar al niño cuando llora; y el 59,22% se sienten seguras de dar de lactar al niño cuando este lo requiera (Anexo 1)

Según se puede observar más del 50% de las madres se sienten seguras de estos aspectos importantes respecto a la técnica de amamantamiento; sin embargo, existen madres que aún sienten inseguridad de la técnica, y un mínimo porcentaje dan una respuesta muy segura. Por tanto, evidencia que es urgente realizar una labor de reforzamiento en cuanto a la técnica de la LM, para afianzar la autoeficacia materna.

La evidencia de los beneficios es amplia, algunos de los cuales tienen influencia en la disminución de la mortalidad infantil, incluida la prevención de EDA e IRA y en el desarrollo cognitivo. Los beneficios para la madre son: reducción del riesgo de cáncer de mama y ovario, y prevención de morbilidades crónicas (104).

Además, ofrece también beneficios sociales, como mejorar el bienestar infantil y favorecer la no violencia (105). La leche materna es tan rica en nutrientes, bioactivos, entre otros, que incluso el proporcionar fracciones de célula de dicha leche ha demostrado reducir la prevalencia de mortalidad intra hospitalaria en RN con peso < 1800g (106). Los beneficios de la LM no sólo se ven reflejados en la salud individual del binomio madre-hijo, sino que la comunicación a nivel biocelular lo que promueve el bienestar humano (107). Un factor clave que influye en la práctica de LME se vincula con la participación informal de este grupo en el mercado laboral, sin contratos formales, lo que implica que las madres se dediquen al cuidado del hogar; esta situación contribuye a la disminución de la renta familiar (108).

A partir de estos hallazgos se afirma que madres con autoeficacia media o baja, no garantiza una práctica correcta de LM, lo que significa que esta práctica resulta difícil para las madres que amamantan por primera vez, porque no están preparadas para realizar una práctica correcta, involucrándose en el cuidado del niño, haciendo que el riesgo de abandono de la LM afecte la salud de los niños, especialmente si las madres son jóvenes, debido a que se encuentran en una edad de profundos cambios físicos, psicológicos, cognitivos y emocionales, influyendo en la práctica de dar o no de lactar.

En la investigación también se muestra que uno de los riesgos es el bajo o nulo grado de instrucción materna, un estado civil de convivencia y la residencia en la zona rural, de esta manera, se puede mencionar que estos factores intervienen en que la madre pueda tener una autoeficacia alta hacia la LM.

También se puede observar que las madres con experiencia de amamantamiento ejercen una autoeficacia buena, en cambio las madres primerizas a menudo carecen de conocimientos sobre cómo posicionar al bebé y cuál es la postura adecuada para una correcta lactancia. Por el contrario, aquellas que ya han lactado, han recibido orientación o han asistido a sesiones educativas y demostrativas, suelen sentirse más seguras en este proceso. Además, el hecho de no realizar trabajos fuera del hogar les permite dedicar más

tiempo al cuidado de su bebé y asegurar una LME, por lo que los profesionales de la salud, especialmente el personal de enfermería, juega un papel fundamental en fortalecer los conocimientos sobre LM.

Como profesionales de enfermería, se desempeña un rol fundamental en la educación y preparación de la madre para asegurar una LM óptima; esto al intervenir mediante consejería, visitas domiciliarias, demostraciones sobre la técnica correcta de amamantamiento y proporcionando información adecuada sobre LM, se promueve una buena práctica en esta área; reduciendo así el riesgo de un abandono prematuro de la lactancia y previniendo complicaciones como grietas en los pezones y mastitis, contribuyendo al bienestar tanto de la madre como del RN

Tabla 4. Autoeficacia de la lactancia materna (dimensión pensamiento interpersonales) de Las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2024.

Autoeficacia LM (dimensión pensamientos intrapersonales)	N°	%
Media	120	67,04
Alta	59	32,96
Total	179	100,00

Fuente: Encuesta aplicada por autora

En la tabla 4 se muestra que las puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2024, según autoeficacia de la LM en su dimensión pensamiento intrapersonales, el 67,04% mostraron nivel medio (representa a 120 mujeres puérperas) mientras que 32,96% nivel alto (representa a 59 mujeres puérperas).

Según los hallazgos, las madres mayormente tienen un deseo de amamantar, se encuentran motivadas, su pensamiento está puesto en querer hacerlo y se sienten satisfechas de esta experiencia. Así, la tercera parte de las madres participantes muestran una entera satisfacción de hacerlo. En esta dimensión las cifras que guardan similitud con las de Gómez J. (94), donde el 69,1% tenían autoeficacia media, mientras que, el 30,9% autoeficacia baja (109).

Los resultados en este punto no guardan relación con Marquina R. (2020), pues se observa que 77% de madres tienen autoeficacia positiva y 23% autoeficacia negativa en LM (37); de igual forma, Malca M (2022), indica que 50% de las participantes tuvieron autoeficacia media (42).

La autoeficacia, en su dimensión pensamientos interpersonales, se observa que 83,24% de las madres se siente seguras de amamantar cómodamente al niño al momento en que la familia se encuentra con ella, y 83,24% son capaces de amamantar con LM sin emplear fórmulas lácteas u otro tipo de leche. Además, el 58,66% están seguras que pueden distribuir sus actividades de tal manera que no interfiera con la lactancia; asimismo, el 50,28% pueden cumplir las necesidades nutricionales le niño; el 42,46% están inseguras de poder enfrentar el hecho de brindar LM por demanda de tiempo; y 29,05% están

seguras de que esto no ocurra, de igual forma 53,63% sienten satisfacción al amamantar; el 50,28% siente poder enfrentar con éxito el amamantamiento igual como ha enfrentado otros retos en su vida; y el 56,42% siente que siempre tendrá el deseo de amamantar (Anexo 2)

Según los resultados las madres muestran aspectos positivos en los pensamientos interpersonales, tal como se evidencia la mayoría se sienten seguras de poder amamantar a su recién nacido y no ven otra opción de alimentación que no sea la leche materna, haciendo una referencia que se sienten seguras de poder organizar su tiempo a fin de poder brindarle la lactancia materna a su hijo; sin embargo, menos de la mitad de madres muestran inseguridad el hecho de amamantar al RN le quitará tiempo. Además, más de la mitad de madres sienten que podrán enfrentar el reto de dar una LM a su bebe, incluso refieren sentirse satisfechas, mostrando que les interesa el bienestar de su hijo.

Ante estas evidencias el personal de salud deberá apoyar al porcentaje de madres que no muestran estos pensamientos interpersonales positivos hacia el ejercicio de LM, en la medida que se brinde información que afianzará su seguridad para poder realizar la LM en una forma eficaz.

La educación sobre LM debe difundir una cultura basada en políticas y planes que tengan como objetivo promover, proteger y apoyar la LM. Para ello, la familia en su conjunto debe recibir información relevante, veraz y comprensible de los principios y beneficios de la LM. Para los diferentes escenarios de intervención encaminados a aumentar la sensibilización de la población, es necesario desarrollar métodos educativos y de comunicación en salud para crear la respuesta adecuada que promueva y proteja la LM, contribuyendo a la mejora de su calidad de vida (109).

La preparación de una madre durante la lactancia no sólo crea una autoeficacia óptima, sino que también se relaciona con el pensamiento relacional de la madre. Fomenta la importancia de ofrecer LM al RN, pensando en sus ventajas, que no es sólo por el momento, sino que a futuro habrá una persona sana y segura.

Tabla 5. Actitud en la lactancia materna, de las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2024.

Actitud en la lactancia materna	N°	%
Regular	179	100,00
Total	179	100,00

Fuente: Encuesta aplicada por autora

En la tabla 5 se muestra que las puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2024, según actitud hacia la LM, el 100,00% poseen un nivel regular (representa a 179 mujeres puérperas).

La actitud mostrada por todas las madres en un nivel regular, muestra la necesidad de un trabajo efectivo de los profesionales sanitarios, especialmente del enfermero, debemos pretender que las madres lleguen a un nivel óptimo, de esta forma se asegura una LME por los próximos seis meses y una LM prolongada hasta los dos años como lo estipula la norma, de tal forma que permita en el niño contar con la protección debida hacia las enfermedades, asegurar un buen crecimiento y desarrollo del niño, lo que repercutirá en el futuro.

Los resultados guardan cierta coincidencia con los de Dorantes X. (2019), el cual refiere que la autoeficacia media de la LM, alcanzó el 94,9% y el 5,1% una percepción de autoeficacia alta; además no existieron participantes que mostraron autoeficacia baja (36). Asimismo, con los reportes de Aydín A. (110), quién identificó una actitud neutral en el 87,6% de puérperas participantes.

Para una actitud positiva hacia la LM, es necesario fomentar un bienestar biopsicosocial, dado que este proceso podría alterar el estado nutricional y desarrollo del niño, además de incrementar las afecciones. El 86% del apoyo en el cuidado del niño procede de los familiares, pues la madre está a cargo de distintas actividades durante la alimentación del RN; sin embargo, la disfuncionalidad familiar a la falta de apoyo del padre puede afectar la LM, haciendo que la madre se sienta insegura y decida utilizar el biberón como sustituto cuando no está (111).

Según Mamani A et al. (2022), asegura que cuanto más información haya recibido las madres, mejor será la actitud hacia la LME. Para lo cual se hace necesario continuar desarrollando acciones que permitan incrementar el nivel de conocimiento, las actitudes y la autoeficacia de la madre durante la LM, pues esto será beneficioso para la madre, el niño, la familia y la sociedad. Encontró la existencia de asociación entre actitudes y conocimientos ($r= 0,655$, $p=0,05$) (112).

Por otro lado, un factor que afecta la actitud hacia la LM es la autoeficacia, es decir, la percepción materna sobre cuán efectiva será esta. Al menos cuatro factores pueden influir en la autoeficacia: las habilidades de LM previamente desarrolladas por una persona, la experiencia de ver que el amamantamiento, el apoyo verbal (amigos, familiares) y reacciones mentales (fatiga, estrés, ansiedad) (110).

Dado que el abandono de la LM es multifactorial, es necesario promover ésta teniendo en cuenta sus beneficios. Además, la educación debe ser continua, dependiendo de las características de la madre (113), Gómez J. (109), refiere que de las madres que recibieron capacitación al término de su gestación, el 2,5% tuvieron una alta autoeficacia; la cual depende de cuatro factores importantes, como la experiencia previa en lactancia materna, el seguimiento exitoso de las mujeres lactantes y el efecto del embarazo. Algunas veces, las madres experimentan un dolor intenso de mamas o enfrentan complicaciones en el parto las cuales requieren hospitalización; estas circunstancias pueden interrumpir temporalmente la lactancia, lo que a su vez puede provocar una congestión mamaria, aumentando el malestar y dificultando la continuidad del amamantamiento (113).

Algunos estudios muestran que las madres se sienten complacidas porque con la LM brindan a su hijo una alimentación saludable, nutritiva, completa, segura y de bajo costo; además, conocen que la leche materna mejora su salud y la salud del niño protegiéndola de enfermedades. Por tal razón, la LM debe iniciarse dentro de la primera hora de vida del RN y continuarla hasta los dos años. Otros estudios indican que la práctica óptima de la LM evita la muerte de más de 800 mil niños y cerca de 20 mil defunciones maternas a causa del cáncer de mama (114).

Los resultados de este estudio no están relacionados con los de Hernández A (2019). En cuanto a la actitud, el 72% de las participantes en este estudio se mostraron neutrales

respecto a la LM; el 28% tuvo actitud positiva (88). De Li et. al. (2022) demostraron que un apoyo social adecuado y buenas actitudes y apoyo familiar mejoraron la autoeficacia, que es la clave para prácticas exitosas de lactancia materna (30). Matare et. al. (2021) agregaron que las madres que tienen mayores habilidades maternas durante el embarazo cuidan mejor a sus hijos (115).

Nisa et. al. (2021) también muestran que la autoeficacia y el apoyo social están indirectamente relacionados con la intención de las madres de amamantar y, a su vez, con el comportamiento de lactancia (116). Song E et. al. (2020) recomiendan en su investigación desarrollar un programa de desarrollo del rol materno que aumentaría la confianza en el rol materno y, por lo tanto, en la LM (117). Kuswara et al. (2020) consideran importante contar con fuentes de información para mejorar la nutrición infantil, las cuales pueden variar desde la familia hasta el profesional de la salud (35). Aunque Gharaei et al. (2020) informaron que las puntuaciones medias de apoyo familiar adecuado son más altas en la escala de autoeficacia (118).

En el estudio la mayoría de púerperas tienen actitud regular y percepción de autoeficacia media frente a la LM, lo que hace suponer que las madres no amamantarán de manera efectiva, lo cual es congruente con los diferentes reportes que señalan que en México y otros países la frecuencia de LM ha disminuido. Los factores que influyen en la menor tasa de lactancia es la falta de capacidad técnica para aconsejar y manejar las complicaciones y dificultades comunes en el personal sanitario. La actitud que las madres tengan sobre la posibilidad de amamantar, sin duda es un fuerte predictor del inicio de la LM, que la LM sea exclusiva y que se mantenga por tiempo prolongado.

En este estudio, encontramos que los participantes tienen una actitud regular, que es similar a otros estudios realizados en China. Esto nos lleva a considerar la necesidad de evaluar las actitudes hacia la LM durante el embarazo para implementar estrategias que promuevan actitudes positivas y fomenten esta práctica. Factores que mejoran la adherencia a las prácticas de LM incluyen la educación superior y la LM previa. Finalmente, con base en los resultados obtenidos, es importante incrementar la educación sanitaria para mejorar la autoeficacia en este proceso e incrementar los indicadores sobre la LM exitosa (119).

Los hallazgos se relacionan con lo previsto por Ibañez J. (29), donde 49,1% presentaron actitud positiva hacia la práctica de LME, de acuerdo a sus dimensiones la actitud favorable se presentó en la dimensión cognitiva (50,8%), afectiva (55,9%) y conductual (52,5%), llegando a concluir que las actitudes maternas hacia la LME son favorables durante los primeros seis meses después del nacimiento (120).

Actualmente, existe una creciente desinformación sobre las ventajas de la LME, así como sobre los mitos, creencias y diferentes modelos culturales que se oponen a ella. La tecnología, los medios televisivos y la pantalla industrial han influido en las madres para que crean que lo artificial es mejor que lo natural, la llamada "maternidad científica" (121). Por lo que la enfermera debe centrarse en brindar suficiente información sobre LM a fin de lograr una actitud materna positiva. Las actitudes, la información y las prácticas en materia de LM promueven la salud infantil y ayudan a reducir su mortalidad. A respecto, Arroyo N (2021), observó que el 51,85% de madres en su estudio practicaban la LME (29).

Estas actitudes son producto de las experiencias y calidad de información con la que cuenta la madre sobre LM. Pueden medirse como respuestas afectivas, cognitivas y conductuales, y pueden clasificarse en términos de actitudes favorables, moderadamente favorables y desfavorables. Hasta el momento se han sumado conocimientos incompletos sobre las ventajas de la LME (mitos, creencias, diferentes modelos culturales). La tecnología, los medios televisivos y el modelo industrial han hecho creer a las madres que la artificialidad es mejor que la maternidad natural, la llamada maternidad científica (122).

Respecto a la LM, la enfermera debe enfatizar en la educación sanitaria preventiva con el objetivo de incentivar en la madre actitudes positivas. Los trabajadores sanitarios requieren de una actualización y capacitación permanente en prácticas de LM y LME, para buscar un empoderamiento materno y tener mejores resultados en las campañas sanitarias planificadas, las madres deben participar activamente en estas actividades a objeto de mejora y adquirir nuevos conocimientos sobre la importancia de la LME.

Tabla 6. Actitud en la lactancia materna (dimensión cognitiva), de las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2024.

Actitud LM (Dimensión cognitiva)	N°	%
Regular	154	86,03
Óptimo	25	13,97
Total	179	100,00

Fuente: Encuesta aplicada por autora

En la tabla 6 se observa que las puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2024, según actitud en la lactancia materna en su dimensión cognitiva el 86,03% presentaron un nivel regular (154 puérperas); mientras que el 13,97% un nivel óptimo (25 puérperas).

Los resultados obtenidos no coinciden con los hallazgos de Masabel V. (43), quien reportó que el componente cognitivo de la actitud mostraba 63,3% de actitud indiferente y 36,7% de positiva. Esto refleja que las puérperas carecen del conocimiento adecuado sobre la importancia y las ventajas de una correcta práctica de LM. Entre los factores más comunes que influye en el inicio y continuidad de la LM es la actitud hacia esta práctica (123). Se considera una actitud positiva hacia la LM como una predisposición materna favorable a adoptar esta práctica, alimentándolo exclusivamente con leche materna, mientras que una actitud neutra indica una falta de inclinación definida hacia esta práctica (124).

Asimismo, no coinciden con los de Arroyo et. al. (2021), quienes encontraron que 42,59% de madres presentaban una actitud regular en la dimensión cognitiva. Según los estudios, la actitud cognitiva se fundamenta en el conocimiento, y se afirma que sin conocimiento no puede existir una actitud clara; esto está estrechamente relacionada con las creencias que se tienen sobre un determinado aspecto; pero, es importante señalar que muchas de estas creencias pueden basarse en datos inexactos o incorrectos (62)

La actitud en la dimensión cognitiva muestra que la mayoría de madres (74,30%) indicaron que la LME debe darse hasta los seis meses para que su niño se encuentre sano y crezca saludablemente. Sin embargo, el 51,31% refirieron que la LME no evita que el

niño se enferme con diarreas o problemas respiratorios, y el 81,01% que la fórmula láctea es más nutritiva que la LM. Por otra parte, el 83,80% manifiesta que la succión incrementa la producción LM, el 83,80% manifiestan que el agarre correcto y la posición del niño en el proceso de lactar reduce el riesgo de grietas y dolor de pezones (Anexo 3)

Respecto a estos resultados podemos comentar que existen aspectos por mejorar en las madres porque están demostrando desconocimiento como por ejemplo que más del cincuenta por ciento asegure que la LM no evita que el niño tenga diarreas y problemas respiratorios, y que la mayoría refieran que la leche artificial es la mejor opción para la alimentación del RN, estas aseveraciones ponen en riesgo la salud del niño; haciendo que sea urgente tener que evaluar las estrategias de comunicación y de consejería que se están desarrollando en la institución donde se ha realizado la investigación.

Al respecto, Arroyo N. (29) señala que la falta de un conocimiento materno adecuado genera actitudes desfavorables, lo que pone en peligro el correcto crecimiento y desarrollo del niño, reflejándose tanto en el presente como en el futuro; situación que los vuelve más vulnerables a contraer enfermedades infantiles, poniendo en riesgo su vida. La investigación determinó que existe un nivel regular en las actitudes cognitivas sobre LME, revelando que 42,59% de madres tienen un nivel regular en esta dimensión, el 34,26% un nivel deficiente y 23,15% un nivel óptimo

Así, los resultados muestran que la mayor parte de puérperas conocen sobre lactancia materna en un nivel regular y un mínimo porcentaje su conocimiento es óptimo, existiendo la necesidad de reforzar los conocimientos de las madres respecto de los beneficios de la lactancia materna tanto para el recién nacido como para la madre, las ventajas que esta ofrece y las consecuencias para el recién nacido cuando no reciben una lactancia, tal como se ha mencionado anteriormente esta deficiencia va a repercutir en su normal crecimiento y desarrollo además la repercusión psicológica y afectiva entre la madre y el niño.

Tabla 7. Actitud en la lactancia materna (dimensión afectiva), de las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2024

Actitud LM (Dimensión afectiva)	N°	%
Deficiente	3	1,68
Regular	174	97,21
Óptimo	2	1,12
Total	179	100,00

Fuente: Encuesta aplicada por autora

En la tabla 7 se muestra que las puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2024, según actitud en la LM, en su dimensión afectiva, el 97,21% su nivel es regular (174 puérperas), mientras que el 1,68% un nivel deficiente (03 puérperas) y el 1,12% un nivel es óptimo (02 puérperas).

Los hallazgos encontrados en la dimensión afectiva son un factor importante en el cambio comportamental de la madre, pues promueve la motivación en la aplicación de técnicas adecuadas de LM. Las actividades de las enfermeras en el ámbito comunitario deben estar encaminadas a proporcionar información suficiente para llevar a cabo la LM, logrando que las madres adopten competencias afectivas y cognitivas que faciliten esta práctica.

Los hallazgos son parecidos a los reportes peruanos de Arroyo N. (29), quien determinó un nivel regular en las actitudes afectivas hacia la LME, donde 39,81% de madres presentaban actitudes afectivas regulares; mientras que el 37,04% mostraban un nivel deficiente y solo el 23,15% un nivel óptimo. Sin embargo, son diferentes a los informes de Masabel V. (43), el cual indicó que la actitud afectiva fue 80% indiferente, el 12,2% positiva y 7,8% negativa, reflejando que las puérperas no se encontraban satisfechas con la práctica de LME, pues no sentían un adecuado vínculo de apego madre-hijo.

En relación a la actitud en su dimensión afectiva, el 71,18% de madres manifiestan sentirse satisfechas al conocer que la LM es beneficiosa para mejorar el estado nutricional y prevenir enfermedades en su niño; asimismo, el 76,54% manifiesta indica que la LM es esencial para fortalecer el apego precoz; sin embargo, el 83,80% refiere que se siente

incomoda al amamantar frecuentemente al RN; al 80,45% no les gusta amamantar debido a que sienten dolor de pezones, y al 83,24% les incomoda despertar al niño en la noche para la lactancia (Anexo 4)

Los resultados respecto a esta dimensión indican que las puérperas tienen mayormente reacciones positivas hacia la LM, lo que hace ver que la afectividad de la madre hacia su RN es evidente; sin embargo, existen algunas aseveraciones que hacen reflexionar sobre cómo es que a la mayoría le incomoda tener que dar de lactar y despertar al RN constantemente por las noches.

Asimismo, que les incomoda amamantar debido al dolor de pezones que sienten durante esta práctica. Ello hace observar que la técnica de amamantamiento no es la correcta, quizá debido a la posición de los labios del niño, donde el superior e inferior, el agarre completo de la areola manteniendo la boca abierta del RN es esencial; por lo que se deberá trabajar en la técnica correcta de amamantamiento.

Entonces estos aspectos negativos que van en contra de poder ejercer una autoeficacia positiva para la LM se deben superar con información oportuna durante la etapa de gestación preparando a la madre para el momento que tenga que dar de lactar a su bebé. Recordando que el alimento más completo para el RN es la leche materna y que el vínculo materno afectivo con su RN es fundamental para ambos; esto generará seguridad psicológica y asegura un crecimiento y desarrollo óptimo. Se puede observar que cada población tiene una realidad diferente, aunque comparten características similares. Sin embargo, hay que tener en cuenta que una actitud positiva en la dimensión afectiva promueve cuidados integrales y potencia la interacción madre-hijo, dado que la madre motivada por el afecto al niño, tomará la decisión de amamantarlo.

La actitud de este grupo de madres hacia la LM guarda similitud con los postulados de Ramona Mercer; asumiendo que el rol materno es un proceso que ocurre en el tiempo por medio de la interiorización del afecto que se crea entre madre-hijo. Proceso que implica adquirir conocimientos, habilidades, relaciones maternas, experiencias de placer y disfrute, y la alegría de crear una identidad materna. Según estudios, una actitud conductual materna está referida a las actividades realizadas, en donde se evidencia la actitud que adopta la madre para cuidar adecuadamente al niño.

Sota L. (62), sostiene que la afectividad es el elemento más distintivo de las actitudes, siendo este sentimiento capaz de manifestarse a favor o en contra de ellas, experimentando vivencias que pueden ser positivas o negativas. Así, la afectividad se considera un componente emocional que integra los sentimientos y emociones asociadas al objeto de la actitud, generando una respuesta que influye en la predisposición del individuo a la acción, ya sea de forma positiva o negativa.

En esta dimensión se han identificado actitudes positivas, lo que refuerza el apoyo de las enfermeras en sus actividades de promoción. La actitud afectiva materna esta referida a los sentimientos y emociones de la madre a su hijo. Esto se refleja en el nivel de amor que una madre obtiene a través de vínculos emocionales con su hijo durante el contacto piel con piel, lo que se reforzará mediante la práctica de la LM y del cuidado que ella le brindará al RN.

Es de importancia mencionar que el apoyo familiar y conyugal hacia la puérpera es fundamental; así como también del equipo de salud, especialmente del profesional de enfermería, quien está en contacto directo con la gestante al momento que llega al servicio para el parto, recordar que la confianza que se le genere a la mujer le dará la seguridad para sobre llevar el cuidado del recién nacido.

Tabla 8. Actitud en la lactancia materna (dimensión conductual), de las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2024.

Actitud LM (dimensión conductual)	N°	%
Deficiente	01	0,56
Regular	171	95,53
Óptimo	07	3,91
Total	179	100,00

Fuente: Encuesta aplicada por autora

En la tabla 8 se evidencia que las puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2024, según actitud en la LM en su dimensión conductual, el 95,53% presentaron un nivel regular (171 puérperas), mientras que el 3,91% un nivel óptimo (7 puérperas) y el 0,56% un nivel deficiente (01 puérpera).

Hallazgos que difieren con Arroyo N. (29), donde el 48,15% de madres evidenciaron actitud regular en la dimensión conductual; dado que el 52,5% no realiza prácticas correctas de LM, el 57,6% interrumpe la lactancia de forma incorrecta, el 61% se inclina por alimentar a su hijo con fórmula láctea o leche artificial, esto es más frecuente cuando la madre trabaja; además, el 52,5% práctica la lactancia mixta (125). Asimismo, Masabel V. (43), en la actitud conductual, el 57,3% tuvieron actitud indiferente y 42,2% actitud positiva, indicando que no tienen suficiente conocimiento sobre las técnicas de amamantamiento y LME.

Respecto a la actitud en la LM en su dimensión conductual, el 88,27% de madres se aseguró que el RN tenga un buen agarre del pezón (boca abierta rodeando la areola y pezón, labio evertido), el 87,15% estimuló el reflejo de búsqueda con su pezón. Sin embargo, el 69,27% dio de lactar solo cuando el niño permaneció despierto aún por las noches; y el 75,98% agregó leche artificial después del amamantamiento, esto bajo la escuda que mejora la nutrición del niño (Anexo 5)

De acuerdo a los resultados podemos decir que las madres muestran actitud conductual

positiva al asegurarse de que la boca del RN esté ubicada correctamente agarrando toda la areola para obtener un buen agarre, ello asegura la succión; sin embargo, un porcentaje manifiesta que debió dar de lactar cuando el bebé estuvo despierto y además la mayoría manifestaron que adicionó leche artificial para asegurar una mejor nutrición. Estos aspectos se tienen que reforzar porque no se asegura una práctica correcta de LM, justamente el porcentaje de madres que desconocen estos aspectos fundamentales hacen aparecer en los resultados de autoeficacia que su nivel es medio porque se está demostrando que si las madres no cuentan con el conocimiento adecuado sus actitudes van a ser negativas, por lo tanto, no hay una práctica adecuada de la LM.

Según las investigaciones, la actitud materna en la dimensión conductual está determinada por sus acciones y su tendencia a cuidar adecuadamente al niño. Los hallazgos identificados en la dimensión afectiva son un factor favorable para cambiar el comportamiento materno, lo que promueve el interés por conocer y aplicar técnicas adecuadas de LM.

Es importante el compromiso paterno en el cuidado del niño, pues permite a este adaptarse a las relaciones afectivas de la familia y a ser un integrante más a quién hay que proteger; esto facilita el proceso de lactancia a la madre. Los cuidados de enfermería se diseñarán en función al historial materno-perinatal e infantil, donde se evaluará las competencias de la madre y el infante antes, durante y después de la lactancia (126).

Las enfermeras deben considerar el lado emocional y psicológico de la madre para comprenderla y poder resolver sus dudas frecuentes y utilizar una comunicación más convincente y comprensible para que la madre se sienta segura de que su práctica al dar de lactar a su hijo es óptima y que le dé la certeza que lo está haciendo bien.

Los resultados de la presente investigación reflejan que la conducta materna en la actitud hacia la lactancia, en su mayoría es regular, indicando la necesidad de realizar un trabajo de educación respecto a la lactancia materna, a través de la consejería personalizada y de carácter práctico que le permita a la madre observar una técnica de amamantamiento correcto y le pueda genera confianza y seguridad al momento de realizarla al contar con los conocimientos a cerca de la lactancia materna.

Sobre todo, cuando sale de alta y en casa tenga que dar los cuidados al recién nacido y dar de lactar, esto generará en la puérpera una autoconfianza en la práctica de LM; claro está que la preparación debe darse durante la etapa prenatal o en las visitas domiciliarias de seguimiento que se le realiza a la gestante. Estas acciones permitirán cambios de conducta en la gestante para la LM, asegurando la LME y su práctica continuada como mínimo hasta dos años.

Por lo que, las actividades de las enfermeras en el ámbito comunitario deben estar encaminadas a proporcionar información suficiente para llevar a cabo la LM con autoeficacia, buscando que las madres adquieran competencias que promuevan de forma exitosa esta práctica.

Tabla 9. Autoeficacia y actitud en lactancia materna de las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2024

Autoeficacia LM	Actitud en LM						Total	
	Deficiente		Regular		Óptimo		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Media	0	0,00	105	58,66	0	0,00	105	58,66
Alta	0	0,00	74	41,34	0	0,00	74	41,34
Total	0	0,00	179	100,00	0	100,00	179	100,00

Fuente: Encuesta aplicada por autora

En la tabla 9 se muestra que las puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2024, según autoeficacia y actitud en LM, el 58,56% tienen un nivel de autoeficacia media y actitud regular, y el 41,34% un nivel de autoeficacia alta y actitud regular.

Además, se determinó relación significativa entre variables, empleando la prueba estadística T de Student (coeficiente de spearman), con un nivel de significancia del 5%, arrojando un $p=0.000$. Datos que indican que las variables están relacionadas y que la actitud depende de la autoeficacia que tenga la gestante para la LM.

Los resultados guardan relación con los de Flores E; Naves M. (2019), donde 60,8% de madres mostraron autoeficacia percibida de nivel medio; el 21,7% de nivel bajo, y el 17,5% de nivel alto; además 81,7% mostraron práctica de LM incorrecta y, 3% buena; concluyendo que el nivel de autoeficacia muestra relación significativa con la práctica del amamantar ($p=0,0355$) (20).

Los resultados de este estudio no están relacionados con Monteiro J et.al. (2020), donde encontraron que la modalidad del parto, los problemas posparto, la religión y la asistencia para el cuidado infantil se asociaron con una mayor confianza materna en su capacidad para amamantar (33).

Según Vidal D. (México, 2019), sugiere que la autoeficacia y actitud materna favorables juegan un papel importante en la LM (34). Aquí, Bayona J. (2022), identificó que la autoeficacia y el rechazo del RN es baja, esto posiblemente a la autoestima adecuada con la que contaban las madres participantes. Además, los factores que inciden directamente

en el abandono de la LM son, limitaciones de alimentación neonatal, falta de controles prenatales y la desinformación sanitaria sobre LM (35).

Al respecto, Jesús E y Yuncacallo J. (2018), en cuanto a la autoeficacia percibida en las dimensiones de desempeño de la práctica de amamantamiento materno, encontraron que 51,0% de madres tienen autoeficacia percibida media y 42,3% técnica incorrecta para amamantar (38).

Así, los resultados de este estudio sobre la reconocida teórica Ramona Mercer muestran cómo su comprensión de que una mujer asume el rol de madre, fortalece el vínculo con el niño, esto se puede lograr a través de un período de lactancia bien desarrollado donde aprendan a identificar factores que inciden positivamente en su confianza para cumplir su rol como cuidadora principal del niño; cuanto aprenden a disfrutar lo que hacen (127).

La teoría de la adopción del rol materno no se inicia con el nacimiento, sino que comienza desde la gestación. Al nacer el RN, la madre pone en práctica lo aprendido previamente o desarrolla sus propias maneras de cuidar al niño, asumiendo su rol como madre. Por otro lado, según la teoría de Cindy Lee sobre la LM, esta se consolida a través de la experiencia, ya sea directa o indirecta, y mediante la práctica de la lactancia, la madre va adquiriendo nuevos conocimientos, mejorando sus habilidades y conociendo su importancia y las ventajas que esta proporciona tanto a ella como al niño. A medida que avanza en este proceso, se establece un vínculo afectivo más fuerte con su hijo mientras amamanta (47) (48).

De igual forma, es importante considerar a lo que se refiere Hernández A (2019), quien concluyó que las madres carecen de experiencia en LM, pues más del 50% fueron primigrávidas, las cuales deben asumir su rol materno de acuerdo a Mercer, lo que justifica fortalecer las estrategias preventivas y comunicativas sobre la lactancia (88).

Refiere que todo RN tiene derecho a una nutrición adecuada para asegurar su bienestar. Es necesario ofrecer y facilitar la LM, donde el equipo sanitario tiene gran parte de la responsabilidad para promover la implementación de programas dirigidos al cuidado de la madre y el niño, incidiendo en actitudes que tiendan positivamente a ofrecer lactancia materna exclusiva, recomendaciones de la OMS en primigrávidas (88). Es sabido que la intervención correcta durante la atención prenatal y posnatal aumenta la confianza en la

LM. Por ello, estas acciones deben motivar a las gestantes a la práctica del amamantamiento; además de educarlas sobre sus ventajas y los daños que pueden causar la utilización de otros productos lácteos (92).

Una revisión sistemática comparó los tipos de asesoramiento sobre LM (individual versus grupal) para determinar su efecto sobre la LME dentro de las 48 horas posteriores al nacimiento, en el primer mes y entre uno y cinco meses. Los hallazgos encontraron que las madres que recibieron asesoramiento individualizado experimentaron incremento de más del 42% en la LME dentro de las 48 horas posteriores al parto. Por lo tanto, la información correcta sobre la LM aumenta la confianza materna para iniciar la lactancia de manera oportuna (128).

Por eso es importante reconocer la autoeficacia de las madres, porque a partir de ahí sabemos qué deficiencias deben corregirse, para que cada una pueda elegir por sí misma una base sólida, apoyo emocional y seguridad durante la lactancia; porque la lactancia materna es un aspecto que aborda muchas cuestiones fisiológicas y emocionales. Este proceso está respaldado por investigaciones que se utilizan para identificar el comportamiento y el impacto de diversas variables relacionadas con la lactancia materna, lo cual se refleja en su comportamiento, apariencia fisiológica y experiencias pasadas (127).

CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

HIPÓTESIS

Hipótesis nula:

No existe relación significativa entre autoeficacia y actitud en lactancia materna en mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2024.

Hipótesis alternativa:

Existe relación significativa entre autoeficacia y actitud en lactancia materna en mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2024.

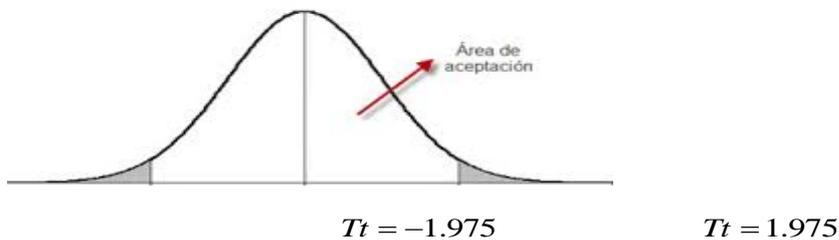
Nivel de significancia: $\alpha = 0,05$

Estadística de prueba: T de Student (Coeficiente de Spearman)

$$T = \frac{\rho}{\sqrt{\frac{(1-\rho^2)}{n-2}}} = \frac{0.982}{\sqrt{\frac{(1-(0.982)^2)}{179-2}}} = 69.1688$$

Grado de libertad $n-2=179-2=177$ Tabla=1,975 con un nivel de significancia del 5%

Regiones



Decisión: H_0 se rechaza, indicando que existe relación significativa entre autoeficacia y actitud en lactancia materna en puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2024, mediante la prueba estadística T de Student (coeficiente de Spearman), a 5% de significancia y $p=0,000$

Correlaciones		Autoeficacia	Actitud
Rho Spearman	de Autoeficacia	Coeficiente de correlación	de 1,000
		Sig. (bilateral)	,982**
		N	,000
	Actitud	Coeficiente de correlación	de ,982**
		Sig. (bilateral)	1,000
		N	,000

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

CONCLUSIONES

1. Las puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2024, en su mayoría tienen entre 24 y 34 años, son convivientes, proceden de la zona rural, cuentan con educación secundaria, y dieron de lactar previamente a un hijo.
2. Según la actitud para la lactancia materna en las puérperas, el total de las participantes evidenciaron un nivel regular; mientras que, según las dimensiones cognitiva, afectiva y conductual tienen un nivel regular.
3. Según la actitud para la lactancia materna en las puérperas, el total de las participantes evidenciaron un nivel regular; mientras que, según las dimensiones cognitiva, afectiva y conductual tienen un nivel regular.
4. Al comprobar la hipótesis se determinó que existe relación significativa entre autoeficacia y actitud hacia la lactancia materna en puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, mediante la prueba estadística T de Student (coeficiente de Spearman $p=0,000$). Concluyendo, que la actitud hacia la lactancia materna va a depender de la autoeficacia que tenga la madre respecto a esta.

RECOMENDACIONES

A los Directivos del Hospital Regional Docente de Cajamarca:

Se recomienda a los directivos del Hospital Docente Regional de Cajamarca, que se tenga en cuenta los resultados de la investigación, y sean tomados en cuenta en la formulación de sus planes operativos y lograr que la práctica de la lactancia materna mejore.

Implementar y ejecutar programas de capacitación en lactancia materna continua, dirigidos a los profesionales de enfermería, con el fin de mejorar e incentivar la práctica de la lactancia materna.

Fortalecer la educación sanitaria sobre prácticas de lactancia materna, orientando a las madres que son atendidas en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital Regional Docente de Cajamarca.

Mejorar las coberturas de información sanitaria respecto a la lactancia, implementando un programa sobre la lactancia materna para ser transmitido en los diferentes medios de comunicación, incluidas las redes sociales, a fin de lograr un mayor alcance en cuanto al número de mujeres o madres.

A la Universidad Nacional de Cajamarca

Especialidad en Enfermería en Neonatología:

Promover investigaciones para explorar ciertas creencias y hábitos que pueden impedir la autoeficacia de las madres, sobre todo en lo relacionado a la lactancia materna.

Realizar estudios de intervención que permitan evaluar el impacto y la efectividad de las acciones que se implementen y ejecuten sobre la lactancia materna.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González I, Pileta B. Lactancia Materna. Revista Cubana de Enfermería.18(1):15-22 [En línea].; Cuba, 2011 [citado 29 de marzo 2023. Disponible.URL.http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S08-03192002000100003&script=sci_abstract.
2. Tintaya-Condori P. Psicología y personalidad. Revista de Psicología n°21.La POaz jun. Universidad Mayor de San Andrés UniversidadAndina de Barcelona [En línea]. 2019. [citado 02 abril 2023. disponible URL: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2223-30322019000100009.
3. MINSA. Guía técnica para la consejería en lactancia materna / Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Promoción de la Salud -- Lima: Ministerio de Salud; 2017. [En línea]. [citado 30 abril 2023. Disponible URL: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/471230/130173163268756829820191231-7797-gbg6j.pdf?v=1577827973>.
4. UNICEF. Lactancia materna. México. [En línea]. [citado 22 julio 2023. Disponible URL: <https://www.unicef.org/mexico/lactancia-materna>.
5. Wu, S.-F. V., Chen, S.-C., Liu, H.-Y., Lee, H.-L., & Lin, Y.-E. (2021). Knowledge, Intention, and Self-Efficacy Associated with Breastfeeding: Impact of These Factors on Breastfeeding during Postpartum Hospital Stays in Taiwanese Women. International Jour. [En línea].; Journal of Environmental Research and Public Health, 18(9), 5009 [citado 27 de junio 2024. Disponible: URL: <https://doi.org/10.3390/ijerph18095009>.
6. Barbosa GEF, Silva VB da, Pereira JM, Soares MS, Medeiros Filho RA dos, Pereira LB, et al. Dificuldades iniciais com a técnica da amamentação e fatores associados a problemas com a mama em puérperas. Rev Paul Pediatr.35(3).julio.setp En línea].; 2017 [citado 24 junio 2024. Disponible URL: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/XtsYg9R64YjSGTwyZw9yhLG/abstract/?lang=pt>
7. Moimaz SAS, Rós D de T, Saliba TA, Saliba NA. Estudo quanti-qualitativo sobre amamentação exclusiva por gestantes de alto risco. Cien Saude Colet. Scielo[En línea].; 2020 [citado 27 junio 2024. Disponible URL:

- <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.30002018>.
8. United Nations Children's Fund (UNICEF). Global Breastfeeding Scorecard, 2019: Increasing commitment to breastfeeding through funding and improved policies and programmes. [En línea].; 27 julio 2019 [citado 27 julio 2024]. Disponible URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326049>.
 9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos. Brasília[En línea].; 2019 [citado 27 junio 2024]. Disponible URL: https://www.svb.org.br/images/guia_da_crianca_2019.pdf.
 10. Organización Mundial de la Salud. Protección de la lactancia materna en Perú. [En línea].; 2020 [citado 27 junio 2024]. Disponible URL: https://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=2370:proteccion-lactancia-materna-peru&Itemid=900.
 11. Monteiro, J. C. dos S., Guimarães, C. M. de S., Melo, L. C. de O., & Bonelli, M. C. P. (2020). Breastfeeding self-efficacy in adult women and its relationship with exclusive maternal breastfeeding. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 28, e3364. [En línea].; 2020 Sep 30:28:e3364 [citeado 27 junio 2024]. Disponible URL: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3652.3364>.
 12. Economou, M., Kolokotroni, O., Paphiti-Demetriou, I., Kouta, C., Lambrinou, E., Hadjigeorgiou, E., Hadjiona, V., & Middleton, N. (2021). The association of breastfeeding self-efficacy with breastfeeding duration and exclusivity: Longitudinal assessment of. [En línea].; of the predictive validity of the Greek version of the BSES-SF tool. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 421. (2021) [citado 27 junio 2024]. Disponible URL:<https://doi.org/10.1186/s12884-021-03878-3>.
 13. Oliveira, A. M. de F., Andrade, P. R. de, Pinheiro, E. M., Avelar, A. F. M., Costa, P., & Belela-Anacleto, A. S. C. (2020). Risk and protective factors for sudden infant death syndrome. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 73(2), e20190458. [En línea].; 2020 [citado 27 junio 2024]. Disponible URL: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0458>.
 14. OMS. Metas mundiales de nutrición 2025: Documento normativo sobre lactancia. [En línea]. [citado 9 setiembre 2023].Disponible URL:

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255731/WHO_NMH_NHD_14.7_spa.pdf;jsessionid=CAB2BF39C3AFEF86A3F323DC06F.

15. UNICEF y OMS, The Extension of the 2025 Maternal, Infant and Young Child nutrition Targets to 2030 (La extensión de los objetivos de nutrición para madres, infantes y niños pequeños de 2025 hasta 2030), 19 de julio del 2019. [En línea].; 19 de julio del 2019 [citado 5 enero 2023. Disponible URL:
Http://reliefweb.int/report/world/whounicef-discussion-paper-extension-2025-maternal-infant-and-young-child-nutrition?gclid=CjwKCAjw67ajBhAVEiwA2g_jENKhV0XMA8SVUJYX_NV-6ciu7zgbZLj9o2g5Kgrq5Io_Vwrk7Xn_jhoCa00QAvD_BwE.
16. OIT, World Social Protection Report 2017-19: Universal Social Protection to Achieve the Sustainable Development Goals [Executive summary] (Informe de protección mundial social de 2017-2019: Protección social universal para alcanzar los objetivos. [En línea].; de desarrollo sostenible (Resumen ejecutivo). Noviembre 2017 [citado 8 enero 2023. Disponible URL:
https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_624890.pdf.
17. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. (ENDES) Lactancia y Nutrición de Niñas, Niños y Madres. Perú. 2017. [En Línea]. [citado 26 de julio 2023. Disponible URL: http://cnp.org.pe/wp-content/uploads/2018/08/Indicadores-de-Resultados-de-los-ProgramasPresupuestales_ENDES_Primer-Semestre-2018.pdf.
18. Muñoz R, Rodríguez M. Autoeficacia de la Lactancia Materna en Mujeres Primíparas de Madrid. Enfermería Cuidado Humanizados 2017;6(1):19. Montevideo. [En línea]. [citado 12 enero 2023. Disponible URL:
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062017000100019.
19. Vieira, E., Caldeira, N., Eugênio, D., Lucca, M., & Silva, I(2018). Autoeficacia para el amamantamiento y depresión post-parto: estudio de cohorte. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 26. [En línea].; 2018 [citado 18 enero 2023. Disponible URL:
<https://www.scielo.br/j/rlae/a/JvF9LnsJdxkykMtXjptGyQR/?format=html&lan>

g=es.

20. Flores E, Naves M. Autoeficacia percibida y práctica del amamantamiento en madres adolescentes. Hospital. Belén de Trujillo.2019. [En línea].; 2020 [citado 20 febrero 2023]. Disponible URL:
<http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/11649/1871.pdf?sequence=3&isAllowed=y>.
21. González, M. D. R., Marrón, H. O., Cañedo-Argüelles, C. A., Olcina, M. J. E., Rico, O. C., Claramonte, M. T., & Gavín, M. O. (2018). Prevalencia de la lactancia materna y factores asociados con el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva.; y factores asociados con el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en la Comunidad de Madrid entre los participantes en el estudio ELOIN. In *Anales de pediatría* (Vol. 89, No. 1, pp. 32-43). Elsevier Doyma[En línea] [citado 14 enero 2023]. Disponible URL:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403317303144>.
22. Griswold, M; Palmquist, A. UNICEF. Lactancia materna y políticas orientadas a la familia un informe de evidencias. [En línea].; Julio 2019 [citado 5 enero 2023]. Disponible URL: <https://www.unicef.org/lac/media/11371/file/Lactancia-materna-pol%C3%ADticas-orientadas-familia.pdf.pdf>.
23. Chai, Yan, Nandi, Arijit y Heymann, Jody, ‘Does Extending the Duration of Legislated Paid Maternity Leave Improve Breastfeeding Practices? Evidence from 38 low-income and middle-income countries..; (¿Extender la duración de la licencia por maternidad remunerada contemplada en la ley mejora las prácticas de lactancia materna? Evidencias de 38 países de ingresos bajos y medios), *BMJ Global Health*, vol. 3, n.º 5, octubre de 2018, pp.e001032 [En línea] [citado 23 enero 2023]. Disponible URL:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6195155>.
24. Atabay, Efe, Moreno, Gonzalo y Nandi, Arijit, citado por Griswold M y Palmquist A. ‘Facilitating Working Mothers’ Ability to Breastfeed: Global trends in guaranteeing breastfeeding breaks at work’.; (Facilitación de la capacidad de amamantar de las mujeres trabajadoras: Tendencias mundiales para garantizar los descansos para amamantar en el trabajo), *Journal of Human Lactation*, vol. 31, n.º 1, octubre de 2015, pp. 81–88. [En línea]. [ciado 10 de enero 2023]. Disponible URL:<http://www.unicef.org>. Lactancia materna.

25. Abbass-Dick J, Stern S. Coparenting Apoyo a la lactancia materna y la lactancia materna exclusiva: un ensayo controlado aleatorio. *Pediatría*. 2017; 135 (1): p. 135-147.
26. García N, Fernández P. Conocimientos y actitudes de las madres ante la lactancia materna en un hospital IHAN. *Metas de Enfermería* 2018;21(1): 50-58. [En línea]. [citado 16 febrero 2023. Disponible URL: <https://medes.com/publication/133810>].
27. Alvarado A, Baldeón E. Factores socioculturales sobre LME y actitud de las madres de niños de 0 a 6 meses en el centro de salud Chilca- Huancayo – 2017. Callao: Universidad Nacional del Callao; 2018. [En línea].; Tesis para optar el título de segunda especialidad. Callao Octubre 20218 [citado 16 febrero 2023. Disponible URL: <http://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/2832>].
28. Castillo M. Nivel de conocimiento y actitud frente a la LME y ablactancia en madres atendidas en el Centro De Salud Pedro Pablo Atusparia en el período de octubre - diciembre 2018. [En línea].; Universidad de Chiclayo; 2019 [citado 16 febrero 2023. Disponible URL: <http://repositorio.udch.edu.pe/bitstream/UDCH/300/1/TESIS%20FINA%20L%20CASTILLO%20-%20JUNIO%202019.pdf>].
29. Arroyo N. Actitudes de la lactancia materna exclusiva en un Centro de Salud de Lima, 2020. [En línea].; 2021. Universidad autónoma de Ica facultad de ciencias de la salud Programa Académico de enfermería. Tesis [citado 18 febrero 2023. Disponible URL: <http://repositorio.autonomadeica.edu.pe/bitstream/autonomadeica/842/1/Alicia%20Garc%C3%ADa>].
30. Li, L Determinates de la autoeficacia en la lactancia materna entre mujeres posparto en zonas rurales de China, 2022.
31. INEI. Encuesta demográfica y de Salud Familiar. [En línea].; 2020 [citado 16 de agosto 2023. Disponible URL: <http://www.gob.pe/uploads/document/file/4570183/Resumen%3A%20Per%C3%BA.%20Encuesta%20Demogr%C3%A1fica%20y%20de%20Salud%20Familiar%20-%20ENDES%202022.pdf?v=1684342928>].
32. Campos P. Conocimientos sobre Lactancia Materna Exclusiva en madres de niños menores de seis meses. centro de Salud de Pachacutec. Cajamaraca. Tesis

- para optar el Título profesional de Licenciado en Enfermería. Cajamarca Perú. [En línea].; 2019 [citado 16 de agosto 2023. Disponible. En URL: <https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/3404/Tesis%20pvc.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
33. Monteiro J, Guimarães C, Oliveira L, Bonelli M. Autoeficacia en el amamantamiento en mujeres adultas: relación con la lactancia materna exclusiva. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2020;28:e3364. [En línea].; 2021 [citado 3 de marzo 2023. Disponible URL: <http://cielo.br/j/rlae/a/PSKcd85NYhfnGYz3X97Jtcw/?lang=es&format=pdf>.
 34. Vidal D. Autoeficacia y actitud en lactancia materna en mujeres puérperas del Hospital de la Mujer Puebla [Tesis de grado] [En línea]. ; México: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla; 2019. [citado 16 marzo 2023. Disponible URL: https://repositorioinstitucional.buap.mx/bitstream/handle/20.500.12371/10246/2020_0729130252-4923-T.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
 35. Bayona, J. Relación Entre La Lactancia Materna Exclusiva Y Autoeficacia En Madres Lactantes De Recién Nacidos En una Institución Prestadora de servicio de Salud de I Nivel de Atención. Universidad Cooperativa de Colombia. [En línea].; Universidad Cooperativa de Colombia facultad de Enfermería. semillero de Investigación Colombia 2022 [citado 20 marzo 2023. Disponible URL: repositorio.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/24a070b7-797d-40fa-8bba-dd3b08e82678/content.
 36. Dorantes X. Autoeficacia Y Actitud En Lactancia Materna En Mujeres Puérperas Del Hospital De La Mujer Puebla”. [En línea].; Facultad De Medicina Hospital General De Puebla. “Dr. Eduardo Vázquez Navarro. Tesis Para Obtener El Diploma De Especialidades En: Pediatría Presenta: [citado 02 de julio 2024. Disponible URL: <https://ecosistema.buap.mx/server/api/core/bitstreams/aec1b4e1-2ef8-4e76-a0b5-7bc35743b17f/content>.
 37. Marquina R. Autoeficacia de la lactancia materna según percepción de madres de 20 a 40 años de la Urbanización Mirones - Cercado de Lima. 2020. Para obtener el título Profesional de Licenciada en Enfermería. Lima, 2020: Universidad Cesar Vallejo, Enfermería; 2021. Report No.: repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/54222

38. Poma, E; Junccallo H. “Autoeficacia percibida y práctica de lactancia materna en madres de menores de 2 años usuarias del Centro de Salud la Libertad Huancayo 2018” Callao- Perú. [En línea].; Universidad Universidad Nacional del Callao Facultad de Ciencias de La Salud Escuela Profesional de Enfermería [citado 25 marzo 2023. Disponible URL:
http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/3060/Jesus%20y%20Yuncacallo_TESIS2DA_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y
39. Vizcarra Y. Autoeficacia Percibida Y Práctica De Amamantamiento En Madres Primigestas Hospital Minsa Ilo Ii-1 2021. [En línea].; Universidad José Carlos Mariátegui Vicerrectorado De Investigación Facultad De Ciencias De La Salud Escuela Profesional De Enfermería. Para Optar El Título Profesional De Licenciada En Enfermería Moquegua – Perú 2022 [citado 3 de julio 2023. Disponible URL:
https://repositorio.ujcm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12819/1778/Yackelin_tesis_titulo_2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
40. Ibáñez J. “Actitud Sobre La Lactancia Materna Exclusiva En Las Madres De Niños De 0 – 6 Meses Que Acuden Al Servicio De Crecimiento Y Desarrollo En El C.S Santa Fe, Callao 2021”. [En línea].; 2022 [citado 03 de julio 2023. Disponible URL: <https://acortar.link/rf1gCr>.
41. Bernal E. Actitudes Hacia La Lactancia Materna Exclusiva En Madres De Niños De Hasta 6 Meses De Edad Del Centro De Salud Miraflores-Bagua Grande, 2022. [En línea]. [citado 02 de julio 2024. Disponible URL:
<https://acortar.link/05g2Na>.
42. Malca M. Autoeficacia Sobre La Lactancia Materna en Madres Primigestas Que Acuden Al Centro De Salud Cochabamba, 2022. [En línea].; Universidad Nacional de Cajamarca Facultad Ciencias de La Salud. Para obtener el Título Profesional de Licenciada en Enfermería [citado 28 de marzo 2023. Disponible URL: <https://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/5491>.
43. Masabel, V. 2023. Factores socioculturales y actitud hacia la lactancia materna exclusiva en puérperas del Centro de Salud Pachacútec -Cajamarca 2023. [En línea]. [citado 02 de julio 2024. Disponible URL:
<https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/6477/MILAGRO>

- S%20VANESSA%20MASABEL%20RODR%C3%8DGUEZ.pdf?sequence=5.
44. Busot I. Teoría de la Autoeficacia (A. Bandura): Un basamento para el proceso instruccional. Departamento de Psicología, Escuela de Educación, Facultad de Humanidades, Universidad de Zulia. [En línea].; 1997 [citado 12 mayo 2023. Disponible URL: <https://es.scribd.com/document/389426276/teoria-de-la-autoeficacia-de-bandura-1997-pdf>.
 45. Fauxs S. Desarrollo psicométrico: Escala de autoeficacia en la lactancia materna. Revista Nurse Salud. [En línea].; España 2008.22 (5); 99 – 409. [citado 12 de julio 2023. Disponible URL: http://distancia.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/377/T047_46652841_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
 46. Oliveira P; Oliveira M. Conocimiento sobre alimento materno. Revista de Enfermagem UFPI. [En línea].; Brasil, 2012 [citado 14 julio 2023. Disponible URL:<http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/706>.
 47. Alegría M; Martínez D; Muñoz J; Ortiz I; Oliver A y Martínez M. Valores de Referencias españolas para la versión reducida de la Escala de Autoeficacia para la Lactancia Materna BSES-SF. Anales Sis San Navarra. Madrid, 2014. [En línea].; 2015 [citado 22 marzo 2023. Disponible URL: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272014000200003.
 48. Raile M. Raile M. Modelos y teorías en enfermería [En línea]. 8va ed. Barcelona, España: Ediciones Elsevier; 2014. [En línea]. [citado 29 marzo 2023. Disponible URL: Raile M. Modelos y teorías en enfermería [En línea]. 8va ed. Barcelona, España: Ediciones Elsevier; 2014.
 49. Basilio R; Morales B. Factores sociodemográficos de madres lactantes en la autoeficacia de la lactancia materna.; Universidad Nacional de Trujillo Facultad de Enfermería Escuela Profesional de Enfermería. [En línea].; 2022 [citado 28 mayo 2023. Disponible URL: <https://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/15941>.
 50. Dennis C. Autoeficacia de la Lactancia Materna. [En línea].; 2024. P.734-44 [citado 15 setiembre 2024. Dispónible URL: <http://cindyleedennis.ca/research/1-breastfeeding/breastfeeding-self-rficacy>.

51. Alegría M; Martínez D; Muñoz MJ; Ortiz I; Oliver A y Martínez M. Valores de Referencias españolas para la versión reducida de la Escala de Autoeficacia para la Lactancia Materna BSES-SF. Anales Sis San Navarra. Madrid, 2014. [En línea]. [citado 30 marzo 2023. Disponible URL:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272014000200003.
52. Vásquez R. Conocimiento, actitudes y prácticas en lactancia materna de las madres que acuden al centro de Salud de San Luis, 2022. [En línea]. [citeado 15 setiembre 2024. Disponible URL:
<http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/2477/1/Vasquez>.
53. UNICEF. Beneficios de la lactancia materna. [En línea].; 2023 [citado 15 setiembre 2024. Disponible URL:
[https://www.unicef.org/Beneficios_de_la_Lactancia_Materna\(1\).pdf](https://www.unicef.org/Beneficios_de_la_Lactancia_Materna(1).pdf).
54. Unicef. Lactancia materna. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. 2018. [En línea]. [citado 06 abril 2023. Disponible URL
https://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.html.
55. Obregón J. Conocimientos y prácticas sobre lactancia materna exclusiva de las madres primíparas en un centro materno infantil de Lima, 2018. [En línea].; Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2019. (Tesis de titulación) [citado 7 abril 2023. Disponible URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/323344124.pdf>.
56. Organización Panamericana de la Salud. Lactancia materna exclusiva Beneficios. OPS. 2018. [En línea]. [citado 10 abril 2023. Disponible URL:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9328:breastfeeding-benefits&Itemid=42403&lang=es.
57. Martínez E. Leche artificial: Qué es, historia y tipos. Mapfre Salud canales Mapfre. 2018. [En línea]. [citado 12 abril 2023. Disponible URL:
<https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/bebe/nutricion-bebe/leche-artificial-que-es-historia-y-tipos/>.
58. Alba Lactancia Materna. Cómo se puede inducir la lactancia materna. 2019. [En línea]. [citado 14 abril 2023. Disponible URL:
<https://albalactanciamaterna.org/lactancia/tema-2-como-superar-dificultades/como-relactar-o-inducir-una->.

59. Asociación Española de Pediatría. Técnicas de lactancia materna. 2018. [En línea]. [citado 18 abril 2023. Disponible URL: <http://lactanciamaterna.aeped.es/tecnicas-de-lactancia-materna/>].
60. Vásquez M, Romero A, Rivas A. Motivaciones de la madre para amamantar: una experiencia a partir de la capacidad de escucha. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud. Duazary 9(2) 2012. [En línea]. [citado 20 abril 2023. Disponible URL: <https://doi.org/10.21676/2389783X.172>].
61. Cuentas G, Quispe N. Conocimientos y Actitudes hacia la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes con niños de 0 - 6 meses que acuden al puesto de Salud Canchi Grande Juliaca 2015. Universidad Peruana Unión. 2016 (Tesis de titulación). [En línea]. [citado 15 setiembre 2024. Disponible URL: https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/243/Gladys_Tesis_bachiller_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y].
62. Sota L. Actitudes y prácticas de lactancia materna exclusiva en madres primerizas que acuden al Hospital Antonio Lorena – Cusco, 2017. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería. Cusco Perú 2017. [En línea]. [citado 15 setiembre 2024. Disponible URL: [Repositorio.uandina.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12557/1156/Liseth_Tesis_bachiller_2017.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://repositorio.uandina.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12557/1156/Liseth_Tesis_bachiller_2017.pdf?sequence=3&isAllowed=y)].
63. Cañamero S. Vínculo madre e hijo y lactancia. [En línea]. [citado 25 abril 2023. Disponible URL: <https://www.guiainfantil.com/articulos/bebes/vinculo-afectivo/vinculo-madre-e-hijo-y-lactancia/>].
64. Healthy Children. Incomodidad durante la lactancia materna. [En línea].; 2016 [citado 28 de abril 2023. Disponible URL: <https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/baby/breastfeeding/Paginas/Discomfort-When-Breastfeeding.aspx>].
65. Sáez E. Dolor en los pezones: ¿debo preocuparme? 2018. [En línea]. [citado 28 abril 2023. disponible URL: <https://www.enfemenino.com/salud/dolor-en-los-pezones-s4009341.html>].
66. Alba El papel de la pareja en la lactancia. 2019. [En línea]. [citado 29 abril 2023. Disponible URL: <https://albalactanciamaterna.org/lactancia/claves-para-amamantar-con-exito/embarazo-y-parto-un-buen-inicio-de-la-lactancia/el->

- papel-del- padre-en-la-lactacia/.
67. Candano S. Cómo estimular el instinto de succión. 2019. [En línea]. [citado 30 abril 2023]. Disponible URL:
<https://www.serpadres.es/bebe/0-3-meses/articulo/como-estimular-el- instinto-de-succion-891473932577>.
 68. Unicef. Lactancia materna. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. 2018. [En línea]. [citado 30 abril 2023]. Disponible URL:
https://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.html.
 69. Asociación Española de Pediatría. Recomendaciones sobre lactancia materna del Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. 2015. [En línea]. [citado 29 abril 2023]. Disponible URL:
<https://www.aeped.es/comite-nutricion-y-lactancia-materna/lactancia-materna/documentos/recomendaciones-sobre- lactancia-materna>.
 70. Niño E. Mitos y realidades en la Lactancia. Fundación Bengoa para la Alimentación y Nutrición. Venezuela. [En línea]. [citado 30 abril 2023]. Disponible URL:
<https://www.fundacionbengoa.org/noticias/2017/mitos-y-realidades-en-la-lactancia.asp#:~:text=Realidad%3A%20Ning%C3%BAn%20alimento%20aumenta%20la,provoque%20mientras%20amamanta%2C%20sin%20problemas>.
 71. Organización Mundial de la Salud (OMS). Protección de la Lactancia Materna [En línea]. Suiza, Organización Mundial de la Salud; 2021. [En línea]. [citado 18 abril 2023]. Disponible URL:
http://www.who.int/features/2013/peru_breastfeeding/es/.
 72. El estilo de vida Saludable. Salud. Lactancia. [En línea]. España, 2019. [citado 23 de mayo 2023]. Disponible URL: [<http://www.salud180.com/salud-z/lactancia>].
 73. Ministerio de Salud (MINSA), Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Libro de Promoción del Apoyo de la Lactancia Materna en establecimientos de Salud Amigos de la Madre y el Niño. Perú; 2009. [En línea]. [citado 3 de mayo 2023]. Disponible URL:
<http://www.unicef.org/peru/spanish/search.php?q=LIBRO+DE+PRO>

MOCION+DEL+APOYO+DE+LA+LACTANCIA+MATERNA&Go.x=0
&Go.y=0.

74. Organización Mundial de la Salud. Lactancia Materna. Perú; Organización Mundial de la Salud; 2014. [En línea]. [citado 5 mayo 2023. Disponible URL: <http://www.who.int/topics/breastfeeding/es>.
75. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Manual de Lactancia para Profesionales de la Salud. [En línea].; Londres 2017 [citado 5 de mayo 2023. Disponible URL: <http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod01/Mod%201beneficios%20m anual.pdf>.
76. Guía familiar de lactancia materna y alimentación complementaria. Publicación del Ministerio de Salud a través de la Comisión Nacional para el Fomento de la Lactancia Materna con asistencia técnica de PMA, UNICEF, INCAPY OPS/OMS. [En línea].; 2020 [citado 5 mayo 2023. Disponible URL: Unicef.org/panama/media/2636/file/LACTANCIA%20MATERNA%20GUÍA%20.pdf.
77. Instituto Nacional de Estadística e Informática. INEI. Definiciones y Conceptos Censales Básicos. [En línea]. [citado 22 julio 2023. Disponible URL: <http://proyectos.inei.gob.pe/web/biblioineipub/bancopub/est/lib0862/anexo04.pdf>.
78. Williams. Obstetricia. Sección 10 Puerperio. McGraw Hill Medical. 24 ed, por F Gary Cunn. [En línea]. [citado 22 julio 2024. Disponible URL: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?sectionid=100460837&bookid=1525>.
79. Valderrama, S. M. C., & Duque, P. A. (2019). Lactancia materna: factores que propician su abandono. Archivos de Medicina (Manizales), 19(2). [En línea]. [citado 22 julio 2023. Disponible URL: <https://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/article/view/3379>.
80. Cruz, Rafael Muñoz, & Mármol, María Rodríguez. (2017). Autoeficacia de la lactancia materna en mujeres primíparas de madrid. Enfermería: Cuidados Humanizados, 6(1), 19-. [En línea]. [citado 9 setiembre 2023. Disponible URL:

- <https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/enfermeriacuidadoshumanizados/article/view/1366>.
81. Gómez J. “Autoeficacia sobre lactancia materna en madres primigestas que acuden al Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2016”. Tesis. Huánuco: Universidad de Huánuco, Programa Académico de Enfermería; 2017.
 82. Hospital Regional Docente de Cajamarca. Analisis de la SITUACION de de Salud 2019.pdf. citado 15 de julio de 2021. [En línea]. [citado 22 julio 2023. Disponible URL:http://www.hrc.gob.pe/media/portal/BRGKY/documento/9033/ASIS_HRDC_A%C3%91O_2019.pdf?r=1606503282.
 83. Hernández S, Fernández C, Baptista L. Metodología de la investigación. 6ª edición. México D.F, México: McGrawHill Education/ Interamericana Editores, S.A. de C.V; 2014. [En línea]. [citado 26 noviem,bre 2021.Disponible URL: <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>.
 84. Goddard B. "Adaptación Transcultural de la Escala de Autoeficacia para el amamantamiento-Formato Corto, al Contexto Chileno". 2010.
 85. Observatorio De B El informe Belmont. Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación comisión nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento U.S.A. Abril 18 de 1979. [En línea]. [citado 22 julio. Disponible URL: <https://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>.
 86. Declaración de Helsinki de la AMM. Principios éticos para las investigaciones médicas en participantes humanos. [En línea]. [citado 3 de noviembre 2024. Disponible URL: <https://www.ma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>.
 87. Santos FS, Souza RC, Candido PGG, Santos LH dos, Pascoal LM, Santos Neto M. Autoeficácia do aleitamento materno em puérperas de uma maternidade pública do nordeste brasileiro. Rev. enferm. Cent.-Oeste Min. [En línea].; 2020 [citado 28 de junio 2024.

- Disponible URL:<http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/3910>.
88. Hernández A. Actitud y Autoeficacia de las madres adolescentes relacionadas con la lactancia materna en el Hospital General Pachuca Hidalgo. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Instituto de ciencias de la Salud. Area Académica de Enfermería Neonatal. Para obte. el Diplona de la Especialidad de enfermería neonatal, 2019
 89. Saffari M, Pakpour AH, Chen H. Factors influencing exclusive breastfeeding among Iranian mothers: a longitudinal population-based study. *Health Promot Int* [Internet]. 2017 [cited 14 jun 2021]; 7(1). [En línea]. [citado 28 junio 2024]. Disponible URL:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5209648/>.
 90. Manuel Gil-Vargas,*,+ Xitlalitl Dorantes-Vidal,* Magdalena León-López,* Sandra Maldonado-Castañeda*. [En línea].; Encuesta a mujeres puérperas de autoeficacia y actitud hacia la lactancia materna en un hospital de tercer nivel de atención. Vol. 87, No. 4 Julio-Agosto 2020 pp 132-136 [citado 28 julio 2024]. Disponible URL: ww.medigraphic.com/rmp.
 91. Dos Santos J. Autoeficacia en el amamantamiento en mujeres adultas: relación con la lactancia materna exclusiva. *Revista Latino Americana de Enfermeria*. 2020; 28(33).
 92. Ferreira FA, Silva AM da, Silva SR de M, Santos MCS dos, Freitas R de SC, Santos REA dos, et al Aleitamento materno exclusivo: empecilhos apresentados por primíparas. *Rev. enferm.* [En línea].; UFPE ON LINE [citado 28 de julio 2024]. Disponible URL: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a236599p3205-3211-2018>.
 93. Instituto de Estadística e Informática INEI. Estado civil de la población peruana [En línea].; 2023 [citado 01 julio 2024]. DFisponible URL:<https://inei.gob>.
 94. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Lactancia y nutrición en niños y niñas, Perú. 2020. [En línea].; [citado 28 de julio 2024]. Disponible URL:chrome-extension://efaidnbmninnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1795/pdf/cap009.pdf
 95. Siqueira LS, Santos FS, Santos RM de MS, Santos LFS, Santos LH dos, Pascoal LM, et al. [En línea].; Factores Asociados A La Autoeficacia De La Lactancia Materna En El Puerperio Inmediato En Una Maternidad Pública. *Cogitare*

- Enferm[citado 28 junio 2024. Disponible URL:
<https://dx.doi.org/10.1590/ce.v28i0.88970>.
96. Brahm P, Valdés V. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. *Rev Chil Pediatr*. 2017;88(1):15–21.
 97. Wan-Yim I, Ling-Ling G, Kai-Chow C, Pak-Chun Chau J, Yang X,. The Short Form of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale as a Prognostic Factor of Exclusive Breastfeeding among Mandarin-Speaking Chinese Mothers. *Journal of Human Lactation*. 2016;1(1):1-10.
 98. Mirghafourvand M, Malakouti J, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Faridvand F* Predictors of Breastfeeding Self-efficacy in Iranian Women: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*. 2018;6(3):380–385. 2018.
 99. Alianmoghaddam N, Phibbs S, Benn C. Resistance to breastfeeding: A Foucauldian analysis of breastfeeding support from health professionals. *Women and Birth [Internet]*. 2017;30(6):e281–91.
 100. OMS. Metas mundiales de nutrición 2025: Documento normativo sobre lactancia materna. *Who.int*. [En línea]. [citado 29 junio 2024. Disponible URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255731/WHO_NMH_NHD_14.7_spa.pdf;jsessionid=696FB5207FA89A9BD35D2A1F4F3FBD84?sequence=1%0Ahttp://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255731/WHO_NMH_NHD_14.7_spa.pdf;jsessionid=CAB2BF39C3AFEF86A3F323DC.
 101. Asociación Pro Lactancia Materna , A. C. (APROLAM) APROLAM y la tecnología al servicio de la comunidad., 2024. [En línea]. [citado 29 junio 2024. Disponible URL: <https://www.aprolam.mx/biblioteca/libro-lactancia-humana-claves-para-lograr-su-exito/>
 102. Cortés-Rúa L, Díaz-Grávalos GJ. Early interruption of breastfeeding. A qualitative study. *Enferm Clin [En línea]*. 2019;(xx); 2019 [citado 29 junio 2024. Disponible URL: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli>.
 103. Pereyra Girardi CI1RPCdV,RA, Trueba DA, Mur JA, Páez Vargas N. Autoeficacia: Una Revisión aplicada a diversas Áreas de La Psicología. *Scielo*.

- Vol 16 N° 2 2018; [En línea]. [citado 29 junio 2024. Disponible URL 16(2).
<https://ajayu.ucb.edu.bo/a/article/view/25>
104. Villareal, C., Placencia, M. y Nolberto, V. (2020). Lactancia materna exclusiva y factores asociados en madres que asisten a establecimientos de salud de lima centro. *Revista Facultad de Medicina Humana*, 20(2), 287-294. [En línea]. [citado 29 junio 2024. Disponible URL: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rfmh/v20n2/2308-0531-rfmh-20-02-287.pdf> doi: 10.25176/RFMH.v20i2.2765.
 105. Martínez, P., Martín, E., Macarro, D., Martínez, E. y Manrique, J. (2017). Educación prenatal e inicio de la lactancia materna: Revisión de la literatura. *Enfermería universitaria*. [En línea]. [citado 29 junio 2024. Disponible URL: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?scrip>.
 106. Fallahi, M., Shafiei, S. y Taleghani, N. (2021). Administration of breast milk cell fractions to neonates with birthweight equal to or less than 1800 g: a randomized controlled trial. *Int Breastfeed J.* 16(63). [En línea]. [citado 29 junio 2024. Disponible URL: <https://doi.org/10.1186/s13006-021-00405-0>.
 107. Vizzari, G., Morniroli, D., Ceroni, F., Verduci, E., Consales, A. y Colombo, L. (2021). Human Milk, More Than Simple Nourishment. *Children (Basel)*. 8(10), 863. [En línea]. [citado 29 junio 2024. Disponible URL: <https://doi.org/10.3390/children8100863>.
 108. Torquato RC, Silva VMGN, Lopes AP de A, Rodrigues L do N, Silva WCP da, Chaves EMC. Perfil de nutrices e lactentes atendidos na Unidade de Atenção Primária de Saúde. *Esc Anna Nery*. [En línea]. [citado 29 junio 2024. Disponible URL:»
<https://www.scielo.br/j/ean/a/4YwH5mCFD7zmYrSjghyjwzt/?lang=pt&format=pdf>.
 109. Gómez J. “Autoeficacia sobre lactancia materna en madres primigestas que acuden al Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2016”. Tesis. Huánuco: Universidad de Huánuco, Programa Académico de Enfermería; 2017.
 110. Aydin A, Pasinlioglu T. Reliability and validity of a Turkish version of the prenatal breastfeeding self-efficacy scale. *Midwifery*. 2018; 64: 11-16.
 111. Becerra-Bulla F, Rocha-Calderón L, Fonseca-Silva DM, Bermúdez-Gordillo

- LA. El entorno familiar y social de la madre como factor que promueve o dificulta la lactancia materna. *Rev. Fac. Med.* 2015;63(2): 217-227.
112. Mamani A et.al. Actitudes Y Conocimientos Sobre Lactancia Materna Exclusiva En Puérperas De Un Hospital De Huancayo 2022. Tesis. para optar el Título de Licenciada en Enfermería. Universidad Peruana “Los Andes” Facultad De Ciencias De La Salud Escuela Profesional De Enfermería
113. Mohseni H, Jahanbin I, Sekhavati E, Tabrizi R, Kaviani M, Ghodsbin F. An Investigation Into the Effects of Prenatal Care Instruction at Home on Breast-Feeding Self-Efficacy of First-Time Pregnant Women Referred to Shiraz Clinics, Iran. [En línea].; agosto, 2017 [citado 30 junio 2024. Disponible URL: https://ijwhr.net/pdf/pdf_IJWHR_250.pdf.
114. Boateng GO, Martin SL, Tuthill EL, Collins SM, Cindy-Lee D, Natamba BK, et al. Adaptation and psychometric evaluation of the breastfeeding self-efficacy scale to assess exclusive breastfeeding. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 2019;19(73):1-14.
115. Matare, C. R., Mbuya, M. N., Dickin, K. L., Constan, M. A., Peltó, G., Chasekwa, B., Humphrey, J. H., & Stoltzfus, R. J. (2021). Maternal Capabilities Are Associated with Child Caregiving Behaviors Among Women in Rural Zimbabwe. *The Journal of Nutrition.* [En línea]. [citado 30 junio 2024. Disponible URL: <https://doi.org/10.1093/jn/nxaa255>.
116. Nisa, F., Damayanti, N., Suhariadi, F., Anggasari, Y., Dewi, F. E., Arini, D., & Rahman, F. S. (2021). Breastfeeding based on Breastfeeding Self-efficacy and Social Support in Wonokromo Surabaya. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 9(E), 1. [En línea]. [citado 30 junio 2024. Disponible URL: <https://doi.org/10.3889/oamjms.2021.6381>.
117. Song, J.-E., Chae, H.-J., Ko, J. M., In Yang, J., & Kim, T. (2020). Effects of a maternal role adjustment program for first time mothers who use postpartum care centers (Sanhujoriwon) in South Korea: A quasiexperimental study. *BMC Pregnancy and Childbirth.* [En línea]. [citado 30 junio 2024. Disponible URL: <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02923->.
118. Gharaei, T., Amiri-Farahani, L., Haghani, S., & Hasanpoor-Azghady, S. B. (2020). The effect of breastfeeding education with grandmothers' attendance on

- breastfeeding self-efficacy and infant feeding pattern in Iranian primiparous women: A quasi-experiment. [En línea]. [citado 30 junio 2024. Disponible URL: <https://doi.org/10.1186/s13006-020-00325-5>.
119. Manuel Gil-Vargas,*,+ Xitlalitl Dorantes-Vidal,* Magdalena León-López,* Sandra Maldonado-Castañeda*. [En línea]. [citado 30 junio 2023. Disponible URL: www.medigraphic.com/rmp.
120. Ibáñez J. “Actitud Sobre La Lactancia Materna Exclusiva En Las Madres De Niños De 0 – 6 Meses Que Acuden Al Servicio De Crecimiento Y Desarrollo En El C.S Santa Fe, Callao 2021”. [En línea].; Tesis Para Optar El Título Profesional De Licenciada En Enfermería Lima – Perú 2022 [citado 01 julio 2024. Disponible URL: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/10887/Iba%C3%BAlez_MJF.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
121. Arroyo N., García A. Actitudes de la lactancia materna exclusiva en un centro de salud de lima, 2020. [En línea].; Universidas Autónoma de Ica-2021 [citado 01 julio 2024. Disponible URL: <http://repositorio.autonomadeica.edu.pe/bitstream/autonomadeica/842/1/Alicia%20Garc%C3%ADa%20Huam%C3%A1n.pdf>.
122. Ugarte Y. Actitud materna durante la primera infancia en la Comunidad Urbana Autogestionaria de Huaycán - Ate Vitarte. [En línea].; tesis para obtener el título profesional en Internet.Universidad Ricardo Palma, 2018-Ñima [citado 01 julio 2024. Disponible URL:<https://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/1518>.
123. UNICEF. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. [En línea].; 2021 [citado 01 julio 2024. Disponible URL: <https://acortar.link/WNfF7g>.
124. Campos PV. Conocimientos Sobre Lactancia Materna Exclusiva En Madres De Niños Menores De Seis Meses. Centro De Salud Pachacutec, Cajamarca. Tesis para optar el título profesional de Licenciado en Enfermería.Cajamarca-Perù. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca, Escuela Académico profesional de Enfermería; 2022.
125. Fernando Pinto L. Apego y lactancia natural. Apeg. Y lac. Nat. [En línea].; 2022 [citado 01 julio 2024. Disponible URL: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v78s1/art08.pdf>.

126. Cerda Muñoz L. Lactancia materna y gestión del cuidado. *Lact. Mat. Y gest. Del cuid.* [En línea].; 2021 [citado 01 julio 2024]. Disponible URL: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192011000400010.
127. Girón L; Gonzales D. Autoeficacia percibida de las madres en lactancia materna exclusiva. Unidad Central del Valle del Cauca Facultad Ciencias de la Salud Enfermería Tuluá, Colombia 2023.
128. Marques BL, Tomasi YT, Saraiva S dos S, Boing AF, Geremia DS. Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. *Esc. Anna Nery Rev. de Enferm.* [En línea].; 2021 [citado 02 julio 2024]. Disponible URL: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0098>.

ANEXOS

ANEXO 01

RESULTADOS: DIMENSIÓN TÉCNICA EN LA LACTANCIA MATERNA

Tabla 1. Distribución de las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2024 según pregunta ¿Cuán segura te sientes de poder determinar que tu bebé está tomando suficiente leche de tu pecho?

Pregunta 1	N°	%
Insegura	11	6.15
Poca segura	63	35.20
Segura	104	58.10
Muy segura	1	0.56
Total	88	100.00

Fuente: Encuesta aplicada por la autora

En la Tabla 1, se observa que las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2024 según pregunta **¿Cuán segura te sientes de poder determinar que tu bebé está tomando suficiente leche de tu pecho?**, el 58.10% es segura, el 35.20% es poca segura y el 0.56% es muy segura y el 6.15% es insegura.

Tabla 2. Distribución de las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2024 según pregunta ¿Cuán segura te sientes de poder reconocer que tu bebé está apropiadamente agarrado a tu pecho mientras se encuentra lactando?

Pregunta 2	N°	%
Insegura	6	3.35
Poca segura	42	23.46
Segura	130	72.63
Muy segura	1	0.56
Total	88	100.00

Fuente: Encuesta aplicada por la autora

La Tabla 2, muestra que las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2024 según pregunta **¿Cuán segura te sientes de poder reconocer que tu bebé está apropiadamente agarrado a tu pecho mientras se encuentra lactando?**, el 72.63% es segura, el 23.46% es poca segura y el 0.56% es muy segura y el 3.35% es insegura.

Tabla 3. Distribución de las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2024 según pregunta **¿Cuán segura te sientes de poder terminar de amamantar a tu bebé en un pecho, antes de cambiar al otro pecho?**

Pregunta 3	N°	%
Muy insegura	1	0.56
Insegura	3	1.68
Poca segura	79	44.13
Segura	94	52.51
Muy segura	2	1.12
Total	88	100.00

Fuente: Encuesta aplicada por la autora

La Tabla 3, muestra que las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2024 según pregunta **¿Cuán segura te sientes de poder terminar de amamantar a tu bebé en un pecho, antes de cambiar al otro pecho?** el 52.51% es segura, el 44.13% es poca segura y el 1.12% es muy segura y el 1.68% es insegura.

Tabla 4. Distribución de las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2024 según pregunta **¿Cuán segura te sientes de poder reconocer cuando tu bebé ha terminado de lactar o se encuentra llenito?**

Pregunta 4	N°	%
Insegura	9	5.03
Poca segura	66	36.87
Segura	103	57.54
Muy segura	1	0.56
Total	88	100.00

Fuente: Encuesta aplicada por la autora

En la Tabla 4, se observa que las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2024 según pregunta **¿Cuán segura te sientes de poder reconocer cuando tu bebé ha terminado de lactar o se encuentra llenito?** el 57.54% es segura, el 36.87% es poca segura y el 0.56% es muy segura y el 5.03% es insegura.

Tabla 5. Distribución de las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2024 según pregunta ¿Cuán segura te sientes de poder calmar a tu bebé cuando está llorando para poder amamantarlo?

Pregunta 5	N°	%
Insegura	4	2.23
Poca segura	67	37.43
Segura	105	58.66
Muy segura	3	1.68
Total	88	100.00

Fuente: Encuesta aplicada por la autora

En la Tabla 5, se observa que las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2024 según pregunta **¿Cuán segura te sientes de poder calmar a tu bebé cuando está llorando para poder amamantarlo?** el 58.66% es segura, el 37.43% es poca segura y el 1.68% es muy segura y el 2.23% es insegura.

Tabla 6. Distribución de las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2024 según pregunta ¿Cuán segura te sientes de poder amamantar a tu bebé cada vez que éste lo necesite?

Pregunta 6	N°	%
Insegura	2	1.12
Poca segura	65	36.31
Segura	106	59.22
Muy segura	6	3.35
Total	88	100.00

Fuente: Encuesta aplicada por la autora

En la Tabla 6, se observa que las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2024 según pregunta **¿Cuán segura te sientes de poder amamantar a tu bebé cada vez que éste lo necesite?** el 59.22% es segura, el 36.31% es poca segura y el 3.35% es muy segura y el 1.12% es insegura.

ANEXO 02

RESULTADOS: DIMENSIÓN PENSAMIENTOS INTERPERSONALES

Tabla 1. Distribución de las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2024 según pregunta ¿Cuán segura te sientes de poder amamantar cómodamente a tu bebé cuando los miembros de tu familia se encuentran presentes?

Pregunta 7	N°	%
Insegura	5	2.79
Poca segura	17	9.50
Segura	149	83.24
Muy segura	8	4.47
Total	88	100.00

Fuente: Encuesta aplicada por la autora

En la Tabla 1, se observa que las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2024 según pregunta **¿Cuán segura te sientes de poder amamantar cómodamente a tu bebé cuando los miembros de tu familia se encuentran presentes?** el 83.24% es segura, el 9.50% es poca segura y el 4.47% es muy segura y el 2.79% es insegura.

Tabla 2. Distribución de las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2024 según pregunta ¿Cuán segura te sientes poder siempre dar de lactar a tu bebé solo con tu pecho sin tener que utilizarla leche artificial como suplemento?

Pregunta 8	N°	%
Insegura	2	1.12
Poca segura	17	9.50
Segura	149	83.24
Muy segura	11	6.15
Total	88	100.00

Fuente: Encuesta aplicada por la autora

En la Tabla 2, se observa que las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2024 según pregunta **¿Cuán segura te sientes poder siempre dar de lactar a tu bebé solo con tu pecho sin tener que utilizarla leche artificial como suplemento?** el 83.24% es segura, el 9.50% es poca segura y el 6.15% es muy segura y el 1.12% es insegura.

Tabla 3. Distribución de las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2024 según pregunta ¿Cuán segura te sientes de poder organizar tus necesidades personales de acuerdo a las necesidades de la lactancia materna de tu bebé?

Pregunta 9	N°	%
Insegura	4	2.23
Poca segura	69	38.55
Segura	105	58.66
Muy segura	1	0.56
Total	88	100.00

Fuente: Encuesta aplicada por la autora

En la Tabla 3, se observa que las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2024 según pregunta **¿Cuán segura te sientes de poder organizar tus necesidades personales de acuerdo a las necesidades de la lactancia materna de tu bebé?** el 58.66% es segura, el 38.55% es poca segura y el 0.56% es muy segura y el 2.23% es insegura.

Tabla 4. Distribución de las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2024 según pregunta ¿Cuán segura te sientes de poder cumplir siempre con los requerimientos de amamantamiento de tu bebé?

Pregunta 10	N°	%
Insegura	2	1.12
Poca segura	85	47.49
Segura	90	50.28
Muy segura	2	1.12
Total	88	100.00

Fuente: Encuesta aplicada por la autora

En la Tabla 4, se observa que las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2024 según pregunta **¿Cuán segura te sientes de poder cumplir siempre con los requerimientos de amamantamiento de tu bebé?** el 50.28% es segura, el 47.49% es poca segura, el 1.12% es muy segura y el 1.12% es insegura.

Tabla 5. Distribución de las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2024 según pregunta ¿Cuán segura te sientes de poder enfrentar que el hecho de brindar lactancia materna a tu bebé te quitará tiempo?

Pregunta 11	N°	%
Muy insegura	1	0.56
Insegura	76	42.46
Poca segura	50	27.93
Segura	52	29.05
Total	88	100.00

Fuente: Encuesta aplicada por la autora

En la Tabla 5, se observa que las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2024 según pregunta **¿Cuán segura te sientes de poder enfrentar que el hecho de brindar lactancia materna a tu bebé te quitará tiempo?** el 29.05% es segura, el 27.93% es poca segura y el 42.46% es insegura.

Tabla 6. Distribución de las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2024 según pregunta ¿Cuán segura te sientes de sentirte siempre satisfecha con la experiencia de amamantar a tu bebé?

Pregunta 12	N°	%
Insegura	17	9.50
Poca segura	61	34.08
Segura	96	53.63
Muy segura	5	2.79
Total	88	100.00

Fuente: Encuesta aplicada por la autora

En la Tabla 6, se observa que las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2024 según pregunta **¿Cuán segura te sientes de sentirte siempre satisfecha con la experiencia de amamantar a tu bebé?** el 53.63% es segura, el 34.08% es poca segura, el 2.79% es muy segura y el 9.50% es insegura.

Tabla 7. Distribución de las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2024 según pregunta **¿Cuán segura te sientes de poder enfrentar con éxito el amamantamiento igual como has enfrentado otros retos en tu vida?**

Pregunta 13	N°	%
Insegura	2	1.12
Poca segura	85	47.49
Segura	90	50.28
Muy segura	2	1.12
Total	88	100.00

Fuente: Encuesta aplicada por la autora

En la Tabla 7, se observa que las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2024 según pregunta **¿Cuán segura te sientes de poder enfrentar con éxito el amamantamiento igual como has enfrentado otros retos en tu vida?** el 50.28% es segura, el 47.49% es poca segura, el 1.12% es muy segura y el 1.12% es insegura.

Tabla 8. Distribución de las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2024 según pregunta **¿Cuán segura te sientes que vas a poder mantener el deseo de amamantar a tu bebé?**

Pregunta 14	N°	%
Insegura	1	0.56
Poca segura	73	40.78
Segura	101	56.42
Muy segura	4	2.23
Total	88	100.00

Fuente: Encuesta aplicada por la autora

En la Tabla 8, se observa que las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2024 según pregunta **¿Cuán seguraste sientes que vas a poder mantener el deseo de amamantar a tu bebé?** el 56.42% es segura, el 40.78% es poca segura, el 2.23% es muy segura.

ANEXO 03

RESULTADOS: ACTITUD EN LA LACTANCIA MATERNA: DIMENSIÓN COGNITIVA

Tabla 1. Distribución de las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2024 según enunciado: Durante los 6 primeros meses de vida, él bebé debe ser alimentado solo con leche materna para ser sano, fuerte e inteligente

Enunciado 1	N°	%
Totalmente en desacuerdo	3	1.68
En desacuerdo	2	1.12
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	5	2.79
De acuerdo	133	74.30
Totalmente de acuerdo	36	20.11
Total	179	100.00

Fuente: Encuesta aplicada por la autora

En la Tabla 1, se observa que las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2024 según enunciado: **Durante los 6 primeros meses de vida, él bebé debe ser alimentado solo con leche materna para ser sano, fuerte e inteligente** el 74.30% precisa estar de acuerdo, el 20.11% precisa estar totalmente de acuerdo.

Tabla 2. Distribución de las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2024 según enunciado: La lactancia materna exclusiva no previene enfermedades diarreicas y respiratorias en él bebé

Enunciado 2	N°	%
Totalmente en desacuerdo	4	2.23
En desacuerdo	99	55.31
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	21	11.73
De acuerdo	50	27.93
Totalmente de acuerdo	5	2.79
Total	179	100.00

Fuente: Encuesta aplicada por la autora

En la Tabla 2, se observa que las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2024 según enunciado: **La lactancia materna exclusiva no previene enfermedades diarreicas y respiratorias en él bebé**, el 27.93% precisa estar

de acuerdo, el 2.79% precisa estar totalmente de acuerdo.

Tabla 3. Distribución de las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2024, según enunciado: La leche artificial es la mejor opción para las madres

Pregunta 3	N°	%
Totalmente en desacuerdo	16	8.94
En desacuerdo	145	81.01
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	13	7.26
De acuerdo	5	2.79
Total	179	100.00

Fuente: Encuesta aplicada por la autora

En la Tabla 3, se observa que las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2024 según enunciado: **La leche artificial es la mejor opción para las madres**, el 2.79% precisa estar de acuerdo, el 81.01% precisa estar totalmente en desacuerdo.

Tabla 4. Distribución de las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2024 según enunciado: La succión por parte del bebé en la Lactancia Materna estimula la secreción de leche en la madre

Enunciado 4	N°	%
Totalmente en desacuerdo	1	0.56
En desacuerdo	3	1.68
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	4	2.23
De acuerdo	150	83.80
Totalmente de acuerdo	21	11.73
Total	179	100.00

Fuente: Encuesta aplicada por la autora

En la Tabla 4, se observa que las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2024 según enunciado: **La succión por parte del bebé en la Lactancia Materna estimula la secreción de leche en la madre**, el 83.80% precisa estar de acuerdo, el 11.73% precisa estar totalmente de acuerdo.

Tabla 5. Distribución de las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2024 según enunciado: Durante la lactancia materna exclusiva el buen agarre y la posición del bebé evitan grietas y dolor en los pezones

Enunciado 5	N°	%
En desacuerdo	5	2.79
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	6	3.35
De acuerdo	150	83.80
Totalmente de acuerdo	18	10.06
Total	179	100.00

Fuente: Encuesta aplicada por la autora

En la Tabla 5, se observa que las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2024 según enunciado **Durante la lactancia materna exclusiva el buen agarre y la posición del bebé evitan grietas y dolor en los pezones**, el 83.80% precisa estar de acuerdo, el 10.06% precisa estar totalmente de acuerdo.

ANEXO 04

RESULTADOS: ACTITUD EN LA LACTANCIA MATERNA: DIMENSIÓN AFECTIVA

Tabla 1. Distribución de las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2024 según enunciado: Le produce alegría y satisfacción al saber que la lactancia materna ayuda en el crecimiento y desarrollo del bebé

Enunciado 6	N°	%
Totalmente en desacuerdo	1	0.56
En desacuerdo	1	0.56
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	1	0.56
De acuerdo	131	73.18
Totalmente de acuerdo	45	25.14
Total	179	100.00

Fuente: Encuesta aplicada por la autora

En la Tabla 1, se observa que las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2024 según enunciado: **Le produce alegría y satisfacción al saber que la lactancia materna ayuda en el crecimiento y desarrollo del bebé**, el 73.18% precisa estar de acuerdo, el 25.14% precisa estar totalmente de acuerdo.

Tabla 2. Distribución de las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2024 según enunciado: La lactancia materna me ayuda a crear lazos de amor con mi bebé.

Enunciado 7	N°	%
Totalmente en desacuerdo	1	0.56
En desacuerdo	1	0.56
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	0	0.00
De acuerdo	137	76.54
Totalmente de acuerdo	40	22.35
Total	179	100.00

Fuente: Encuesta aplicada por la autora

En la Tabla 2, se observa que las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2024 según enunciado **La lactancia materna me ayuda a crear lazos de amor con mi bebé**, el 76.54% precisa estar de acuerdo, el 22.35% precisa estar totalmente de acuerdo.

Tabla 3. Distribución de las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2024 según enunciado: Me incomoda tener que dar de lactar a mi bebé constantemente.

Pregunta 8	N°	%
Totalmente en desacuerdo	21	11.73
En desacuerdo	150	83.80
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	6	3.35
De acuerdo	2	1.12
Total	179	100.00

Fuente: Encuesta aplicada por la autora

En la Tabla 4, se observa que las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2024 según enunciado: **Me incomoda tener que dar de lactar a mi bebé constantemente**, el 83.80% precisa estar desacuerdo, el 11.73% precisa estar totalmente desacuerdo.

Tabla 4. Distribución de las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2024 según enunciado: Me desagrada dar de lactar porque me produce dolor en los pezones durante la lactancia materna.

Enunciado 9	N°	%
Totalmente en desacuerdo	17	9.50
En desacuerdo	144	80.45
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	13	7.26
De acuerdo	5	2.79
Total	179	100.00

Fuente: Encuesta aplicada por la autora

En la Tabla 4, se observa que las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2024 según enunciado: **Me desagrada dar de lactar porque me produce dolor en los pezones durante la lactancia materna**, el 80.45% precisa estar desacuerdo, el 9.50% precisa estar totalmente desacuerdo.

Tabla 5. Distribución de las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2024 según enunciado: Me disgusta despertar a mi bebé por las noches para darle de lactar.

Enunciado 10	N°	%
Totalmente en desacuerdo	16	8.94
En desacuerdo	149	83.24
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	7	3.91
De acuerdo	7	3.91
Total	179	100.00

Fuente: Encuesta aplicada por la autora

En la Tabla 5, se observa que las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2024 según enunciado: **Me disgusta despertar a mi bebé por las noches para darle de lactar**, el 83.24% precisa estar en desacuerdo, el 8.94% precisa estar totalmente desacuerdo.

ANEXO 05

RESULTADOS: ACTITUD EN LA LACTANCIA MATERNA: DIMENSIÓN CONDUCTUALES

Tabla 1. Distribución de las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2024 según enunciado: Vigilo la boca de mi bebé que debe estar abierta agarrando toda la areola y el pezón con ella bio inferior hacía afuera.

Enunciado 11	N°	%
En desacuerdo	3	1.68
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	5	2.79
De acuerdo	158	88.27
Totalmente de acuerdo	13	7.26
Total	179	100.00

Fuente: Encuesta aplicada por la autora

En la Tabla 1, se observa que las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2024 según enunciado: **Vigilo la boca de mi bebé que debe estar abierta agarrando toda la areola y el pezón con ella bio inferior hacía afuera**, el 88.27% precisa estar de acuerdo, el 7.26% precisa estar totalmente de acuerdo.

Tabla 2. Distribución de las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2024 según enunciado: Estimulo el reflejo de búsqueda acercando el pezón a la comisura labial del bebe para obtener un buen agarre.

Enunciado 12	N°	%
En desacuerdo	3	1.68
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	8	4.47
De acuerdo	156	87.15
Totalmente de acuerdo	12	6.70
Total	179	100.00

Fuente: Encuesta aplicada por la autora

Se observa que las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2024 según enunciado: **Estimulo el reflejo de búsqueda acercando el pezón a la comisura labial del bebe para obtener un buen agarre**, el 87.15% precisa estar de acuerdo, el 6.70% precisa estar totalmente de acuerdo.

Tabla 3. Distribución de las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2024 según enunciado Debo brindar lactancia materna solo cuando él bebé está despierto sin tomar en cuenta la cantidad de horas que duerme.

Enunciado 13	N°	%
Totalmente en desacuerdo	4	2.23
En desacuerdo	124	69.27
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	28	15.64
De acuerdo	23	12.85
Total	179	100.00

Fuente: Encuesta aplicada por la autora

En la Tabla 3, se observa que las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2024 según enunciado: **Debo brindar lactancia materna solo cuando él bebé está despierto sin tomar en cuenta la cantidad de horas que duerme**, el 69.27% precisa estar desacuerdo, el 12.85% precisa estar de acuerdo.

Tabla 4. Distribución de las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2024 según enunciado Coloco la mano en el pecho en forma poniendo el dedo pulgar encima del pecho y los cuatro dedos por debajo cuando doy de lactar.

Enunciado 14	N°	%
En desacuerdo	5	2.79
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	31	17.32
De acuerdo	133	74.30
Totalmente de acuerdo	10	5.59
Total	179	100.00

Fuente: Encuesta aplicada por la autora

En la Tabla 4, se observa que las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2024 según enunciado: **Coloco la mano en el pecho en forma poniendo el dedo pulgar encima del pecho y los cuatro dedos por debajo cuando doy de lactar**, el 74.30% precisa estar de acuerdo, el 5.59% precisa estar totalmente de acuerdo.

Tabla 5. Distribución de las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2024 según enunciado: Después de lactar a mi bebé le adiciono con leche artificial para lograr una mejor nutrición.

Enunciado 15	N°	%
Totalmente en desacuerdo	20	11.17
En desacuerdo	136	75.98
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	9	5.03
De acuerdo	14	7.82
Total	179	100.00

Fuente: Encuesta aplicada por la autora

En la Tabla 5, se observa que las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2024 según enunciado: **Después de lactar a mi bebé le adiciono con leche artificial para lograr una mejor nutrición**, el 75.98% precisa estar desacuerdo, el 11.17% precisa estar totalmente desacuerdo.

ANEXO 06

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

PROYECTO:

**AUTOEFICACIA Y ACTITUD EN LACTANCIA MATERNA EN MUJERES
PUÉRPERAS HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA, 2024.**

CUESTIONARIO

Estimada señora, las siguientes preguntas tienen como propósito obtener datos acerca de la **AUTOEFICACIA Y ACTITUD EN LACTANCIA MATERNA EN MUJERES PUÉRPERAS HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA, 2024**. La información que usted me brinde será anónima, solamente utilizada para la investigación

Muchas gracias.

Instrucciones:

Marque con un aspa (X) la alternativa que usted considere es la correcta o rellene el espacio, según sea necesario.

I. DATOS GENERALES

1. Edad (años):.....

2. Estado Civil:

- a) Soltera ()
- b) Casada ()
- c) Divorciada ()

3. Procedencia:

- d) Urbana ()
- e) Rural ()

4. Grado de instrucción

- f) Sin instrucción ()
- g) Primaria ()
- h) Secundaria ()
- i) Superior ()

5. Lactancia previa:

II. AUTOEFICACIA SOBRE LA LACTANCIA MATERNA

ESCALA AUTOEFICACIA PARA LA LACTANCIA MATERNA:

1	Muy insegura
2	Insegura
3	Poco segura
4	Segura
5	Muy segura

Nº	REACTIVOS	1	2	3	4	5
I.	AUTOEFICACIA EN LA TÉCNICA DE LACTANCIA MATERNA					
1.	¿Cuán segura te sientes de poder determinar que tu bebé está tomando suficiente leche de tu pecho?					
2.	¿Cuán segura te sientes de poder reconocer que tu bebé está apropiadamente agarrado a tu pecho mientras se encuentra lactando?					
3.	¿Cuán segura te sientes de poder terminar de amamantar a tu bebé en un pecho, antes de cambiar al otro pecho?					
4.	¿Cuán segura te sientes de poder reconocer cuando tu bebé ha terminado de lactar o se encuentra lleno?					
5.	¿Cuán segura te sientes de poder calmar a tu bebé cuando está llorando para poder amamantarlo?					
6.	¿Cuán segura te sientes de poder amamantar a tu bebé cada vez que éste lo necesite?					
II.	AUTOEFICACIA Y LOS PENSAMIENTOS INTRAPERSONALES SOBRE LA LACTANCIA MATERNA					
7.	¿Cuán segura te sientes de poder amamantar cómodamente a tu bebé cuando los miembros de tu familia se encuentran presentes?					
8.	¿Cuán segura te sientes de poder siempre dar de lactar a tu bebé solo con tu pecho sin tener que utilizar la leche artificial como suplemento?					
9.	¿Cuán segura te sientes de poder organizar tus necesidades personales de acuerdo a las necesidades de la lactancia materna de tu bebé?					
10.	¿Cuán segura te sientes de poder cumplir siempre con los requerimientos de amamantamiento de tu bebé?					
11.	¿Cuán segura te sientes de poder enfrentar que el hecho de brindar lactancia materna a tu bebé te quitará tiempo?					
12.	¿Cuán segura te sientes de sentirte siempre satisfecha con la experiencia de amamantar a tu bebé?					
13.	¿Cuán segura te sientes de poder enfrentar con éxito el amamantamiento igual como has enfrentado otros retos en tu vida?					
14.	¿Cuán segura te sientes que vas a poder mantener el deseo de amamantar a tu bebé?					

La medición de la variable de autoeficacia en la lactancia materna se hizo de la siguiente manera:

Autoeficacia alta: 52 - 70 puntos

Autoeficacia media: 33 - 51 puntos

Autoeficacia baja: 14 - 32 puntos

Respecto al nivel de autoeficacia en la lactancia materna según la dimensión técnica de lactancia materna, la medición fue:

Autoeficacia alta: 22 - 30 puntos

Autoeficacia media: 14 - 21 puntos

Autoeficacia baja: 06 - 13 puntos

En cuanto al nivel de autoeficacia en la lactancia materna en la dimensión pensamiento interpersonal, la medición se realizó:

Autoeficacia alta: 30 - 40 puntos

Autoeficacia media: 19 - 29 puntos

Autoeficacia baja: 08 - 18 puntos

III. ESCALA ACTITUDES HACIA LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

Instrumento validado por autora. Sota Peña Liseth Enma (2017)

ESCALA

5	Totalmente de acuerdo
2	De acuerdo
3	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
2	En desacuerdo
1	Totalmente en desacuerdo

Enunciado		5	4	3	2	1
Actitudes cognitivas						
1	Durante los 6 primeros meses de vida, él bebé debe ser alimentado solo con leche materna para ser sano, fuerte e inteligente					
2.	La lactancia materna exclusiva no previene enfermedades diarreicas y respiratorias en élbebé					
3	La leche artificial es la mejor opción para las madres					
4.	La succión por parte del bebé en la lactancia materna estimula la secreción de leche en la madre					
5.	Durante la lactancia materna exclusiva el buen agarre y la posición del bebé evitan grietas y dolor en los pezones					
Actitudes afectivas						
6.	Le produce alegría y satisfacción al saber que la lactancia materna ayuda en el crecimiento y desarrollo del bebé					
7.	La lactancia materna me ayuda a crear lazos de amor con mi bebé.					
8.	Me incomoda tener que dar de lactar a mi bebé constantemente.					
9	Me desagradaba dar de lactar porque me produce dolor en los pezones durante la lactancia materna.					
10.	Me disgusta despertar a mi bebé por las noches para darle de lactar.					
Actitudes conductuales						
11	Vigilo la boca de mi bebé que debe estar abierta agarrando toda la areola y el pezón con el labio inferior hacia afuera.					
12.	Estimulo el reflejo de búsqueda acercando el pezón a la comisura labial del bebé para obtener un buen agarre.					
13	Debo brindar lactancia materna solo cuando él bebé está despierto sin tomar en cuenta la cantidad de horas que duerme.					
14	Coloco la mano en el pecho en forma C poniendo el dedo pulgar encima del pecho y los cuatro dedos por debajo cuando doy de lactar.					
15	Después de lactar a mi bebé le adicioné con leche artificial para lograr una mejor nutrición.					

Muchas gracias.

La medición fue:

Dimensiones:

Actitudes cognitivas: 5 ítems

Actitudes afectivas: 5 ítems

Actitudes conductuales: 5 ítems

Escala valorativa:

Totalmente de acuerdo:	05 puntos
De acuerdo:	04 puntos
Ni de acuerdo Ni en desacuerdo:	03 puntos
En desacuerdo:	02 puntos
Totalmente en desacuerdo:	01 puntos

Resultado:**Actitudes de la lactancia materna:**

Deficiente:	15 a 35 puntos
Regular:	36 a 55 puntos
Óptimo:	56 a 75 puntos

Actitudes cognitivas

Deficiente:	05 a 11 puntos
Regular:	12 a 18 puntos
Óptimo:	19 a 25 puntos

Actitudes afectivas

Deficiente:	05 a 11 puntos
Regular:	12 a 18 puntos
Óptimo:	19 a 25 puntos

Actitudes conductuales

Deficiente:	05 a 11 puntos
Regular:	12 a 18 puntos
Óptimo:	19 a 25 puntos

ANEXO 07

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, de años de edad, acepto de manera voluntaria que se me incluya como participante en el proyecto de investigación denominado: **AUTOEFICACIA Y ACTITUD EN LACTANCIA MATERNA EN MUJERES PUÉRPERAS HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA, 2024**; luego de haber recibido la información del presente proyecto, el propósito, beneficios de mi participación y estando segura que:

1. No habrá ninguna acción negativa hacia mi persona en caso de no aceptar participar en la investigación.
2. Puedo retirarme del proyecto en el momento que lo decida, previamente informando las razones para tal decisión.
3. La información es confidencial solo para la investigación y no se hará conocer mi nombre ni apellido, firmo el presente.

Cajamarca, _____ de _____ del 2024.

Firma del participante
DNI _____

ANEXO 08

ASENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:

AUTOEFICACIA Y ACTITUD EN LACTANCIA MATERNA EN MUJERES PUÉRPERAS HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA, 2024

El estudio tiene por objetivo, determinar la relación entre la autoeficacia y la actitud en lactancia materna en mujeres puérperas. Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2024. Su participación es voluntaria consiste en responder las preguntas de un cuestionario y dos escalas de Likert sobre Autoeficacia y Actitud en lactancia materna en mujeres puérperas, esta será de carácter confidencial la información será solo para el estudio.

Si tuviera alguna pregunta durante el desarrollo de la investigación puede consultarme en cualquier momento, mi nombre es Martha Vicenta Abanto Villar y mi número de celular es: 951404408.

Si desea participar en el estudio, escriba su nombre, edad y firma en esta página.

Nombre y apellidos
Participante

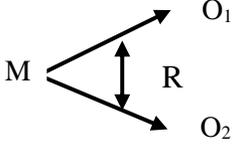
Edad: _____

Fecha: _____

Martha V. Abanto Villar
Investigadora

Fecha: _____

ANEXO 09
MATRIZ DE CONSISTENCIA

Problema general	Objetivo General	Hipótesis general	Variables	Tipo de estudio	Instrumento
<p>¿Cuál es la relación que existe entre la autoeficacia y la actitud hacia la lactancia materna en mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2024?</p>	<p>General Determinar la relación entre la autoeficacia y la actitud hacia la lactancia materna en mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2024.</p> <p>Específicos Identificar las características sociodemográficas de las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2024.</p> <p>Establecer la autoeficacia de la lactancia materna de las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2024.</p> <p>Analizar la autoeficacia de la lactancia en las dimensiones: Técnica de la Lactancia materna y pensamientos intrapersonales de las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2024.</p> <p>Reconocer la actitud hacia la lactancia materna de las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2024.</p> <p>Detallar la actitud hacia la lactancia materna en sus dimensiones: cognitivas, afectivas y conductuales de las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2024.</p>	<p>Hipótesis</p> <p>H₁: Existe relación entre la autoeficacia de la lactancia materna y la actitud de las puérperas hacia la lactancia materna atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2024.</p> <p>H₂: No existe relación entre la autoeficacia de la lactancia materna y la actitud de las puérperas hacia la lactancia materna atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2024.</p>	<p>Variable 1 Autoeficacia de la lactancia materna</p> <p>Variable 2 Actitud de las puérperas hacia la lactancia materna.</p> <p>Variable 3 Características sociodemográficas: Edad Estado civil Procedencia Grado de instrucción</p>	<p>Cuantitativo, no experimental, transversal, descriptivo, observacional y correlacional</p> <p>En este caso entre la variable 1. Autoeficacia de la lactancia materna y la variable 2 que corresponde a la actitud de las puérperas hacia la lactancia materna.</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p>El diagrama indica: M: Puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca. O1: Autoeficacia de la lactancia materna O2: Actitud de las puérperas hacia la lactancia materna. R: Relación entre ambas variables</p>	<p>Cuestionario Escala de Likert Autoeficacia para la lactancia materna</p> <p>Escala de Likert: Actitud hacia la lactancia materna</p>

NOMBRE DEL TRABAJO

**TESIS AUTOEFICACIA Y ACTITUD EN LA
CTANCIA MATERNA MUJERES PUÉRPE
RAS. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE
CA**

AUTOR

Martha Vicenta Abanto Villar

RECUENTO DE PALABRAS

21643 Words

RECUENTO DE CARACTERES

112953 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

81 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

584.0KB

FECHA DE ENTREGA

Nov 12, 2024 9:18 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Nov 12, 2024 9:19 AM GMT-5

● 13% de similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 9% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 10% Base de datos de trabajos entregados
- 2% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

- Bloques de texto excluidos manualmente