



Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), Noviembre-Diciembre 2025,
Volumen 9, Número 6.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i6

IMPACTO DE LA AUTOEFICACIA EN LA LACTANCIA MATERNA EN EMBARAZADAS POSTERIOR A UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA

**IMPACT OF SELF-EFFICACY ON BREASTFEEDING IN
PREGNANT WOMEN AFTER AN EDUCATIONAL
INTERVENTION**

Flores Martínez Nayelli Merced
UMF 9 Tehuacán Puebla, México

Xochipa Osorio José Antonio
UMF9 Tehuacán Puebla, México

Zavaleta Martínez Mitzi Eréndira
UMF9 Tehuacán Puebla, México

López Pacheco Ramsés Ricardo
UMF9 Tehuacán Puebla, México

Mariana Anahí Del Rio Reyes
UMF9 Tehuacán Puebla, México

Impacto de la Autoeficacia en la Lactancia Materna en Embarazadas Posterior a una Intervención Educativa

Flores Martínez Nayelli Merced¹

dra.nayelli.flores@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0007-1991-7467>

Residente de tercer año medicina familiar
adscrito UMF 9 Tehuacán Puebla
Tehuacán Puebla
México

Xochipa Osorio José Antonio

xochipa_antonio@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-8795-1479>

Médico familiar adscrito UMF9
Tehuacán Puebla
México

Zavaleta Martínez Mitzi Eréndira

eremitzavmar@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0003-4121-6545>

Residente de tercer año medicina familiar
adscrito UMF 9 Tehuacán Puebla
Tehuacán Puebla
México

López Pacheco Ramsés Ricardo

ramsessantaella@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0001-1659-2384>

Residente de tercer año medicina familiar
adscrito UMF 9 Tehuacán Puebla
Tehuacán Puebla
México

Mariana Anahí Del Rio Reyes

adrr85@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0002-5337-6661>

Residente de tercer año medicina familiar
adscrito UMF 9 Tehuacán Puebla
Tehuacán Puebla
México

RESUMEN

Introducción: La autoeficacia en la lactancia materna debido a que es un factor modificable, mejora las tasas de lactancia materna. **Objetivo:** Evaluar el impacto de la autoeficacia en la lactancia materna en embarazadas posterior a una intervención educativa. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio de tipo longitudinal, prospectivo, cuasi experimental, homogéneo, unicéntrico y analítico en pacientes embarazadas entre las semanas 28 a 36 de gestación, se dividió a la población en 2 grupos, en el grupo A se aplicó el cuestionario de Escala de Autoeficacia de la Lactancia Materna Prenatal, con un coeficiente Alpha de Cronbach de 0.91, en 2 ocasiones, en el grupo (B) se realizó una intervención educativa, al terminar se aplicó una evaluación pre y post Intervención en los 2 grupos, los datos se analizaron con un programa de análisis estadístico. **Resultados:** la intervención educativa prenatal demostró un aumento en los niveles de autoeficacia en la lactancia materna y demostró el impacto de la autoeficacia en la lactancia en la práctica de la lactancia materna. **Conclusión:** la intervención educativa en el periodo prenatal ayuda a mejorar la autoeficacia en lactancia materna por lo tanto a mejorar las tasas de lactancia materna.

Palabras clave: lactancia materna, autoeficacia en lactancia materna, intervención educativa en embarazadas

¹ Autor principal

Correspondencia: dra.nayelli.flores@gmail.com

Impact of self-efficacy on breastfeeding in pregnant women after an educational intervention

ABSTRACT

Introduction: Self-efficacy in breastfeeding is a modifiable factor that improves breastfeeding rates. **Objective:** To evaluate the impact of self-efficacy on breastfeeding in pregnant women after an educational intervention. **Methods:** A longitudinal, prospective, quasi-experimental, homogeneous, unicentric, and analytical study was conducted on pregnant patients between weeks 28 and 36 of gestation. The population was divided into 2 groups: in group A, the Prenatal Breastfeeding Self-Efficacy Scale questionnaire was applied, with a Cronbach's Alpha coefficient of 0.91, on 2 occasions; in group B, an educational intervention was conducted. Afterward, a pre and post-intervention evaluation was applied in both groups, and the data were analyzed using SPSS version 22. **Results:** The prenatal educational intervention demonstrated an increase in self-efficacy levels in breastfeeding compared to the control group, as well as showing the impact of self-efficacy on breastfeeding practices in the group where the intervention took place. **Conclusion:** the educational intervention during the prenatal period helps to improve self-efficacy in breastfeeding, and therefore improves breastfeeding rates. It is recommended to follow up until the baby is 6 months old to assess adherence to exclusive breastfeeding.

Keywords: breastfeeding, self-efficacy in breastfeeding, educational intervention for pregnant women

*Artículo recibido 10 diciembre 2025
Aceptado para publicación: 10 enero 2026*



INTRODUCCIÓN

De acuerdo con ENSANUT 2022, se encontró que el 61.9 % de los menores de 2 años recibió lactancia materna exclusiva (LME) durante los primeros 3 días de vida, y solo el 33.6% menores de 5 meses recibieron LME (1), las directrices de la OMS establecen que para el 2030, apunten a alcanzar un 70% de LME (2). Se estima que la falta de lactancia materna (LM) adecuada contribuye al 16% de las muertes infantiles anuales (3), los recién nacidos que comenzaron a amamantar dentro de las primeras 24 horas de vida tuvieron menor riesgo de mortalidad neonatal, la alimentación con LM la primera hora de vida se asoció con una mayor probabilidad de prolongar la LM hasta los 4 meses (4). Es fundamental que el personal de salud proporcione información sobre las ventajas de la LM y los peligros asociados con la utilización de sustitutos de leche materna (5)(6). La LM ha adquirido un estigma en la sociedad actual, debido a que diversos factores transformaron la percepción de las madres sobre la práctica de LM (7). La LM fomenta un desarrollo cerebral saludable y desempeña un papel esencial en una prevención triple de desnutrición, enfermedades infecciosas y mortalidad (8). Los múltiples beneficios relacionados con la LM se derivan de la interacción de componentes tanto nutricionales como bioactivos (9) es fundamental que la madre adapte su alimentación de acuerdo con los cambios que experimenta la leche materna a lo largo de la LM (10), sin embargo existen 3 contraindicaciones absolutas verdaderas para continuar con la LM: la presencia de sida, excepto en países con alta mortalidad por malnutrición infantil, la presencia de herpes simple con lesiones en mama y la galactosemia (11), en el recién nacido es una contraindicación absoluta, debido a que desencadena una patología que ocasionar la muerte (12). Las fórmulas infantiles se elaboran por la combinación de leche de vaca, aceites vegetales, vitaminas y minerales con el propósito de imitar la composición de la leche materna (13). El conocimiento de las madres sobre la LME se basa en su experiencia personal y la información que han obtenido a través de los servicios de salud y fuentes de información como comunidad y familia (14). Es importante identificar a madres que podrían estar en riesgo de interrumpir la LM (15). La autoeficacia en la LM, se trata de la percepción de una madre sobre sus habilidades para amamantar a su bebé con éxito (16), la autoeficacia se ve influida por 4 factores que son las experiencias previas en LM, la observación de madres que tienen éxito en la LM, el apoyo de familiares y amigos y la presencia de enfermedades físicas y mentales (17).



La escala PBSES-s fue desarrollada por Wells y su equipo, consta de 20 preguntas, con alfa de Cronbach de 0.91. las puntuaciones varían de 20 a 100 reflejando un mayor nivel de autoeficacia percibida.

Gayle M. Shipp y colaboradores realizaron un estudio en 2022 en familias afroamericanas en EE. UU, encontrando que la autoeficacia se asoció con un aumento del 0.125 en la intensidad de la lactancia materna (20). Erin M. McKinley en 2021 llevo a cabo una investigación con mujeres embarazadas en un centro médico de Alabama utilizando la escala PREP to BF, llegaron a la conclusión de que las embarazadas se inclinan a asumir decisiones de las técnicas de alimentación durante el periodo gestacional (21). Nada Alyyouseli et al. desarrollaron un estudio en la universidad King Saud, Raid Arabia Saudita, en 2021, utilizando el cuestionario PBSES versión árabe en mujeres con Diabetes gestacional, encontrando que la autoeficacia en LM en mujeres con este diagnóstico estaba reducida (22). Farahana Mohamaad Pilus y equipo, realizaron un estudio en Malasia en el año 2022, utilizando la escala SeBF, diseñada para optimizar la autoeficacia en la LM, llevando a cabo una intervención educativa por medio de mensajes de WhatsApp hasta las 4 semanas post parto (23). Mariel A. Juárez-Castelán y equipo realizaron una investigación en México para validar un instrumento para medir la autoeficacia para lactar en mujeres embarazadas mexicanas, observando que las mujeres que habían optado por la LME para su primer hijo obtuvieron puntajes más altos en comparación con aquellas que no lo habían llevado a cabo (24). Manuel Gil-Vargas y equipo realizaron un estudio en 2019 en México, utilizando la escala PBSES se observó que el 94.9% de las mujeres tenía una baja confianza en la LM y solo 5.1% tenía alta confianza.

Planteamiento de problema, se ha demostrado que la lactancia materna ha demostrado ser el alimento ideal para el recién nacido, a pesar de las campañas de concientización, las tasas de lactancia materna siguen siendo bajas debido a diversos factores, en los que se encuentra la autoeficacia en la lactancia materna y debido a que es un factor que es un factor modificable y a que influye en los patrones de la lactancia materna, es importante realizar intervenciones en el periodo prenatal para aumentar la autoeficacia y valorar el impacto que tiene la autoeficacia en la lactancia materna en las tasas de práctica de la lactancia materna.

Objetivo evaluar el impacto que tiene la autoeficacia en la lactancia materna en embarazadas, posterior a una intervención educativa.



MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio: se llevó a cabo en la Unidad Médico Familiar número 9, en Tehuacán Puebla durante el periodo de marzo a septiembre del 2024, se realizó un estudio de tipo prospectivo, longitudinal, cuasi experimental, homogéneo, unicéntrico y analítico con un grupo control y grupo en el cual se llevó a cabo una intervención educativa.

Consideraciones éticas: La presente investigación se sometió a evaluación y aprobación por parte Comité Local Ética e Investigación obteniendo el de registro R-2024-2104-004, apegándose a las normas de bioética internacionales, la información fue tratada en forma confidencial según la normativa médica y bioética, los nombres de las pacientes no fueron expuestos ni publicados, todos los datos proporcionados son confidenciales y resguardados por el investigador, y solamente se utilizaron para este estudio.

Población de estudio y tamaño de muestra: Participo el total de población de mujeres embarazadas que se encontraban cursando entre las semanas 28 a 36 de gestación, se excluyó a embarazadas menores de 18 años, pacientes con patología mamaria, mujeres con contraindicación para lactar, madres con recién nacido con contraindicación para llevar a cabo lactancia materna, mujeres que presentaron parto prematuro, la población fue de 82 mujeres, que fueron asignadas aleatoriamente en 2 grupos: control (A) y experimental (B).

Intervención: Se utilizó la Escala de autoeficacia en la lactancia materna prenatal desarrollada por Wells y adaptada al español por Piñero Albero, la cual consta de 20 preguntas y utiliza una escala de Likert de 5 puntos que va desde 1 (poco segura) hasta 5 (muy segura), con alfa de Cronbach de 0.91. las puntuaciones varían de 20 a 100. De los 20 ítems, 18 se agrupan en 4 categorías: habilidades y demandas necesarias para amamantar (7 ítems), búsqueda de información sobre la lactancia materna (5 ítems), sentimientos de vergüenza durante la lactancia en público (4 ítems) y presión social (2 ítems). Los 2 ítems restantes son independientes y evalúan la confianza para amamantar durante el primer año de vida del bebé y la importancia de la lactancia materna para la pareja.

El presente estudio se realizó con un total de 82 pacientes, dividido aleatoriamente en 2 grupos de 41 pacientes cada uno, denominados grupo A y grupo B.



En el grupo A en la semana 1 se aplicó la escala de evaluación y en la semana 6 se realizó una encuesta posterior. En el grupo B se aplicó la misma escala, en la semana 1, posteriormente se realizó una intervención educativa por 4 semanas, dividida en 4 sesiones, y en la semana 6 se aplicó la encuesta posterior a la intervención educativa.

Para valorar el impacto de la autoeficacia en la lactancia materna, el grupo A y el grupo B fueron monitorizados en el postparto temprano a las 12 semanas posteriores al nacimiento, para verificar el inicio de la lactancia materna.

Los datos se analizaron con un programa de análisis estadísticos, se utilizaron estadísticos descriptivos (frecuencia, porcentaje, media y desviación estándar), para este estudio se llevaron a cabo un total de 4 pruebas, primero se realizó la prueba de Wilcoxon para comparar si hay cambios significativos en la calificación inicial y la final en el cuestionario en cada uno de los grupos, posteriormente se utilizó la prueba U de Mann-Whitney, para comparar si las distribuciones son significativamente diferentes entre los 2 grupos. Para valorar el impacto de la autoeficacia se estudiaron los datos obtenidos acerca del inicio de práctica de lactancia materna por lo que se utilizó la prueba exacta de Fisher-Freeman-Halton, para determinar la asociación entre los niveles de autoeficacia y el inicio de la lactancia materna, en cada uno de los grupos, por último se utilizó la prueba de homogeneidad de chi-cuadrada para determinar si la distribución de la variable (el inicio de la lactancia materna) es o no la misma en cada una de las muestras para los 2 grupos.

RESULTADOS

El grupo A conformado por 41 pacientes, conformado de la siguiente manera, edad: 70.7% 18 a 30 años, 26.8% (29 pacientes) edad de 31 a 40 años, y 2.4 (1 paciente) mayor a 40 años, escolaridad: primaria 7.3% (3 pacientes), secundaria 29.2% (12 pacientes), bachillerato 46.3% (19 pacientes), licenciatura 17.07% (7 pacientes); estado civil: casada 36.5% (15 pacientes), soltera 7.3% (3 pacientes), unión libre 56.09% (23 pacientes); con embarazo previo 56.09% (23 pacientes) y el 43.9% (18 pacientes) era gesta 1, lactancia previa llevada a cabo 41.4% (17 pacientes) y sin lactancia previa 58.53% (24 pacientes).

El grupo B conformado por 41 pacientes, conformado de la siguiente manera, edad: 80.4% (33 pacientes) 18 a 30 años, 17.07% (7 pacientes) edad de 31 a 40 años, y 2.4% (1 paciente) mayor a 40



años, escolaridad: primaria 4.8% (2 pacientes), secundaria 26.8% (11 pacientes), bachillerato 41.46% (17 pacientes), licenciatura 26.8% (11 pacientes); estado civil: casada 24.3% (10 pacientes), soltera 31.7% (13 pacientes), unión libre 43.9% (18 pacientes); con embarazo previo 51.2 % (21 pacientes) y el 48.75 % (20) era gesta 1, lactancia previa llevada a cabo 39.02% (16) y sin lactancia previa 60.9 (25)%.

Tabla 1. Población del grupo A y B

	Grupo A	Grupo B
Edad	18 – 39 años (70.7%)	18-39 años (80.48%)
Escolaridad	Bachillerato (46%)	Bachillerato (41.46%)
Estado civil	Unión libre (56.09%)	Unión libre (43.90%)
Embarazo previo	Embarazo previo (58.53%)	Embarazo previo (51.21%)
Lactancia previa	Lactancia previa (58.53%)	Lactancia previa (60.97%)

Se estudió cada grupo por separado, utilizando la prueba no paramétrica Wilcoxon. Para el grupo A, se obtuvo en la evaluación inicial una media de 64.29, una desviación de 14.905, un puntaje mínimo de 37 y máximo de 86 y para la evaluación final, se obtuvo una media de 67.32, una desviación de 14.740, un puntaje mínimo de 39 y un máximo de 90. Para la prueba de rangos con signo de Wilcoxon, se obtuvo 2 rangos negativos, con rango promedio de 11.5, rangos positivos 35 con rango promedio de 19.43 y 4 empates. La hipótesis nula es que la mediana de diferencias entre la calificación inicial y final es igual a 0, con la prueba de rangos con signo de Wilcoxon, se obtuvo una significancia de <.001, siendo menor a 0.050, con lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna

Tabla 2. Prueba de rangos con signos de wilcoxon, grupo B.

	Grupo A		Grupo B	
	Mínima	Máxima	Mínima	Máxima
Calificación inicial	37	86	25	84
Calificación final	39	90	60	100
Media	64.29	67.32	60.88	84.85
Desviación estándar	14.905	14.740	16.817	9.364
Estadísticos de prueba estandarizado	-4.978		-5.460	
P	<.001		<.001	

El grupo B se estudió con la prueba no paramétrica de Wilcoxon, obteniendo en la evaluación inicial una media de 60.88, una desviación de 16.817, un puntaje mínimo de 25 y máximo de 84, y para la evaluación posterior se obtuvo una media de 84.85, una desviación de 9.364, un puntaje mínimo de 60 y máximo de 100. para la prueba de rangos con signos de Wilcoxon, se obtuvo un rango negativo, con rango promedio de 4, 39 rangos positivos con un rango promedio de 20.92, 1 empate. Para los estadísticos de prueba con signos de Wilcoxon, se obtuvo una significancia de $<.001$, la cual es menor a 0.05, rechazando la hipótesis nula y aceptando la hipótesis alterna.

Se aplicó la prueba U de Mann-Whitney para comprobar si existe una diferencia entre los dos grupos. En la evaluación inicial, se obtuvo para el grupo A un rango promedio de 43.94 y del grupo B un rango promedio de 39.06, obteniéndose una p de .353 lo que sugiere que la distribución entre los 2 grupos es la misma. Para la evaluación final en el grupo A se obtuvo un rango promedio de 27.49 y para el grupo B se obtuvo un rango promedio de 55.51, con una p de $<.001$ que demuestra que la distribución entre la calificación inicial y final no es la misma entre los grupos.

Tabla 3. U de Man-Whitney grupo A y B.

	Grupo	Rango promedio	Suma de rangos	U de Man-Whitney	P
Evaluación inicial	A	43.94	1801.50	740.500	.353
	B	39.06	1601.50		
Evaluación final	A	27.49	1127.00	266.000	$<.001$
	B	55.51	2276.00		

Se realizó un seguimiento de la población estudiada en el periodo de postparto entre las 8 y 12 semanas posteriores al nacimiento, para evaluar el impacto de la autoeficacia con la lactancia materna por lo que se comparó el nivel de autoeficacia con la práctica de lactancia materna, se utilizó la prueba exacta de Fisher para verificar si existe asociación entre las 2 variables en cada uno de los grupos.

Para el estudio del grupo A, se realizó el análisis con la exacta de Fisher, obteniendo que de los 41 participantes 26 practicaron la lactancia materna y 15 no llevaron a cabo lactancia materna. Se realizaron las pruebas de chi cuadrada, para obtener la prueba exacta de Fisher-Freeman-Halton con un valor de 30.515 y una significancia exacta bilateral de .013, siendo menor 0.5, que demuestra significancia importante que existe asociación entre las 2 variables

Para el grupo B se llevó a cabo el mismo procedimiento para el grupo B, se obtuvo que 34 pacientes practicaron lactancia materna y 7 pacientes no llevaron a cabo la lactancia materna. Para la prueba exacta de Fisher-Freeman.Halton se obtuvo un valor de 28.819 y una significancia $<.001$.

		Grupo A		Grupo B	
		Lactancia	No lactancia	Lactancia	No lactancia
Nivel de autoeficacia	Nulo	0	0	0	0
	Bajo	2	3	0	0
	Intermedio	8	11	0	3
	Alto	16	1	34	5
Exacta de Fisher		30.515		28.819	
p		0.013		<0.001	

Por último, se comparó los resultados de los 2 grupos con Chi cuadrada, se observó que de los 82 participantes 60 pacientes llevaron a cabo la lactancia materna y 22 pacientes no practicaron la lactancia. Se obtuvo un valor de 59.926 y una significancia asintótica de 0.013.

Tabla 5. Prueba chi cuadrada

	Valor	GI	VALOR p
Chi-cuadrado	59.926	38	.013

DISCUSIÓN

La lactancia materna exclusiva es actualmente considerada la forma óptima de alimentación para los recién nacidos durante los primeros seis meses de vida, como lo destacan diversas organizaciones de salud. Este enfoque no solo garantiza la provisión de todos los nutrientes esenciales para el crecimiento y desarrollo del bebé, sino que también fortalece su sistema inmunológico y fomenta un vínculo afectivo entre la madre y el hijo. Además, la lactancia materna ofrece beneficios para la madre, suficientemente documentados, como la prevención de enfermedades como la diabetes y ciertos tipos de cáncer. Sin embargo, a pesar de la importancia de la lactancia materna, las tasas de cumplimiento de las metas establecidas por la OMS no han alcanzado los niveles deseados.

El estudio realizado en Cuba en 2021 por Avila C. y su equipo resalta la efectividad de implementar intervenciones educativas durante el embarazo, observando un impacto positivo en las tasas de lactancia materna. Esta observación se alinea con los hallazgos de Gayle M. Ship en 2018, quien identificó una asociación entre la autoeficacia en lactancia materna durante el embarazo y la práctica de la lactancia en el posparto. Sus resultados indican que la confianza materna es un predictor fundamental para la lactancia, y que las intervenciones educativas pueden aumentar esta autoeficacia, lo que también se refleja en nuestro estudio. Encontramos que a mayor nivel de autoeficacia, se corresponden mayores tasas de lactancia materna, lo que resalta la importancia de trabajar en la formación y empoderamiento de las madres.

Asimismo, la investigación realizada en Alabama por Erin M. en 2020 enfatiza la necesidad de identificar a las embarazadas con niveles bajos de autoeficacia para implementar intervenciones que brinden el apoyo necesario. Nuestro estudio corroboró esta necesidad, hallando que las mujeres con bajos niveles de autoeficacia presentaban una frecuencia menor de lactancia, aunque la intervención educativa logró aumentar sus niveles de autoeficacia.

En línea con estos hallazgos, el estudio de Alyousefi N. en Arabia Saudita en 2021 demostró que la aplicación de intervenciones educativas incrementa significativamente los niveles de autoeficacia y conocimiento sobre la lactancia materna. En nuestro análisis, también observamos que los niveles más altos de autoeficacia se produjeron en el grupo que recibió la intervención, sugiriendo que estas iniciativas son efectivas para preparar a las madres en su camino hacia la lactancia.

Finalmente, los estudios de Serrano A. y de Juárez C. en México sobre las variables en la toma de decisiones prenatales y la validación de instrumentos para medir la autoeficacia, respectivamente, subrayan que la autoeficacia es un factor modificable que puede influir de manera positiva en la intención y la duración de la lactancia materna. Gil-Vargas y equipo, al identificar los bajos niveles de autoeficacia entre las puérperas, sugieren la implementación de estrategias para mejorar estas cifras y, por ende, aumentar las tasas de lactancia materna.

La evidencia disponible refuerza la necesidad de intervenciones educativas orientadas a aumentar la autoeficacia de las madres en relación con la lactancia materna, lo que podría contribuir significativamente a mejorar las tasas de lactancia y los beneficios asociados tanto para el niño como



para la madre. La promoción de estas prácticas debe ser una prioridad en la atención prenatal y postnatal, con un enfoque en la educación y el empoderamiento maternal.

CONCLUSIÓN

La intervención educativa para aumentar los niveles de autoeficacia en lactancia materna en el periodo prenatal, es un factor importante para lograr aumentar las tasas de lactancia materna en el periodo postnatal temprano, la autoeficacia posterior a la intervención educativa aumento de manera importante, y se observó que a mayor nivel de autoeficacia aumentan las tasas en la práctica de lactancia materna en el postparto temprano, la población estudiada fue valorada en la práctica de lactancia materna en el periodo postparto a las 4 y 8 semanas posteriores al parto, se sugiere alargar la investigación a un periodo mínimo de 6 meses, postparto para evaluar la adherencia a la práctica de lactancia materna exclusiva recomendada por 6 meses, debido a que ofrece una línea de investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Aburto ZR. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2022. *Salud Pública México*. 2023;65: s1-s4. doi:10.21149/15087
2. González-Castell LD, Unar-Munguía M, Bonvecchio-Arenas A, Ramírez-Silva I, Lozada-Tequeanes AL. Prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria en menores de dos años de edad en México. *Salud Pública México*. 2023;65:s204-s210. doi:10.21149/14805
3. World Health Organization & United Nations Children's Fund (UNICEF). Global breastfeeding scorecard 2022: protecting breastfeeding through further investments and policy actions. World Health Organization & United Nations Children's Fund (UNICEF). Accessed October 15, 2023. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-HEP-NFS-22.6>
4. Río GRF del, Paredes-Melesio N. Repercusiones de la alimentación temprana en la lactancia materna exclusiva. *Ginecol Obstet México*.
5. DOF - Diario Oficial de la Federación. PROYECTO DE NORMA OFICIAL MEXICANA PROY-NOM-050-SSA2-2018, PARA EL FOMENTO, PROTECCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA MATERNA. Accessed October 14, 2023. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5521251&fecha=02/05/2018#gsc.tab=0



6. MTRO. MIKEL ANDONI ARRIOLA PEÑALOSANavarro DMM. Control prenatal con atención centrada en la paciente. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, IMSS. 2017. Published online 2017.
7. Jiménez-Corona AE, Hernández-Lara R, Olivares-Palacios E, Zavaleta-Chi I del C. Influencia del estado nutrimental materno sobre la lactancia materna exclusiva: Revisión de la literatura. *Cienc Huasteca Bol Científico Esc Super Huejutla*. 2022;10(20):9-19. doi:10.29057/esh.v10i20.8466
8. Pérez-Escamilla R, Tomori C, Hernández-Cordero S, et al. Breastfeeding: crucially important, but increasingly challenged in a market-driven world. *The Lancet*. 2023;401(10375):472-485. doi:10.1016/S0140-6736(22)01932-8
9. Morales López S, Colmenares Castaño M, Cruz Licea V, et al. Recordemos lo importante que es la lactancia materna. *Rev Fac Med*. 2022;65(2):9-25. doi:10.22201/fm.24484865e.2022.65.2.02
10. Alarcón RAY, Loor CLP, Sánchez RMB, et al. Patrones alimentarios, composición corporal y contenido calórico de la leche materna en madres lactantes. *Nutr Clínica Dietética Hosp*. 2022;42(4). doi:10.12873/424yaguachi
11. Lineamientos Técnicos Médicos de la Lactancia Materna, Medina Camarena. *lineamientos del Instituto Mexicano del Seguro Social*, edicion 20202.
12. Badiu Tişa I, Achim AC, Cozma-Petruţ A. The Importance of Neonatal Screening for Galactosemia. *Nutrients*. 2023;15(1):10. doi:10.3390/nu15010010
13. Andresen EC, Hjelkrem AGR, Bakken AK, Andersen LF. Environmental Impact of Feeding with Infant Formula in Comparison with Breastfeeding. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(11):6397. doi:10.3390/ijerph19116397
14. Cortez JCP, Marcos RA. Conocimientos y Prácticas sobre la Lactancia Materna Exclusiva en madres de Menores de 6 Meses atendidos en el Centro de Salud Collique Iii Zona, Comas 2023. *Cienc Lat Rev Científica Multidiscip*. 2023;7(3):2406-2426. doi:10.37811/cl_rcm.v7i3.6357
15. Translation to Spanish and validation of a scale for the observation of breastfeeding: The Bristol Breastfeeding Assessment Tool. Accessed October 15, 2023. <https://www.analesdepediatria.org/en-pdf-S2341287922000709>



16. Andrade R. D, Bustos N. C, Brito C. H, et al. Evaluación psicométrica de la escala de autoeficacia de la lactancia materna. *Andes Pediatr.* 2022;93(4):470. doi:10.32641/andespediatr.v93i4.3474
17. Mohammadi F, Basiri B, Barati M, et al. Effectiveness of kangaroo mother care on maternal resilience and breastfeeding self-efficacy using the role-play method in a neonatal intensive care unit. *Bol Méd Hosp Infant México.* 2022;79(4):7853. doi:10.24875/BMHIM.21000193
18. Rodríguez GDD, Laredo S, Soriano JM. Cuestionarios validados en español para la investigación en lactancia materna: Una revisión sistemática. *Nutr Clínica Dietética Hosp.* 2022;42(2). doi:10.12873/422soriano
19. Ávila CRG, Mejias-Arencibia RA, Vázquez-Carvajal L, Frías-Pérez AE, Cruz-Pérez JL, Cruz-Morales R de la C. Efectividad de una intervención educativa sobre el nivel de conocimiento de lactancia materna en gestantes. *Rev 16 Abril.* 2021;60(280):1244.
20. Shipp GM, Weatherspoon LJ, Comstock SS, et al. Breastfeeding Self-Efficacy as a Predictor of Breastfeeding Intensity Among African American Women in the Mama Bear Feasibility Trial. *Breastfeed Med.* 2022;17(5):453-458. doi:10.1089/bfm.2021.0301
21. McKinley E, Knol L, Turner L, et al. Enhancing Patient-Provider Breastfeeding Conversations: Breastfeeding Intention and Prenatal Breastfeeding Self-Efficacy among a Sample of Pregnant Women. *South Med J.* 2021;114:223-230. doi:10.14423/SMJ.0000000000001238
22. Alyousefi N, Alemam A, Altwaijri D, Alarifi S, Alessa H. Predictors of Prenatal Breastfeeding Self-Efficacy in Expectant Mothers with Gestational Diabetes Mellitus. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(7):4115. doi:10.3390/ijerph19074115
23. Mohamad Pilus F, Ahmad N, Mohd Zulkefli NA, Mohd Shukri NH. Effect of Face-to-Face and WhatsApp Communication of a Theory-Based Health Education Intervention on Breastfeeding Self-Efficacy (SeBF Intervention): Cluster Randomized Controlled Field Trial. *JMIR MHealth UHealth.* 2022;10(9):e31996. doi:10.2196/31996
24. Juárez Castelán MA, Rojas Russell ME, Serrano Alvarado K, Gómez García JA, Huerta Ibáñez A, Ramírez Aguilar M. Diseño y validación de un instrumento para medir la autoeficacia para lactar de mujeres embarazadas mexicanas. *Psychologia.* 2018;12(1):25-34. doi:10.21500/19002386.3344



25. Gil-Vargas M, Dorantes-Vidal X, León-López M, Maldonado-Castañeda S. Encuesta a mujeres púerperas de autoeficacia y actitud hacia la lactancia materna en un hospital de tercer nivel de atención. *Rev Mex Pediatría*. 2020;87(4):132-136. doi:10.35366/95822

