

dav hu

Dgbv7LERhVA5HGipOazZKGK0RqDhvdQzz1W4ktUn.docx

 My Files My Files Universidad Peruana Union

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::29566:552305330

Fecha de entrega

2 feb 2026, 10:05 p.m. GMT-5

Fecha de descarga

17 feb 2026, 1:35 p.m. GMT-5

Nombre del archivo

Dgbv7LERhVA5HGipOazZKGK0RqDhvdQzz1W4ktUn.docx

Tamaño del archivo

1.1 MB

29 páginas

5266 palabras

31.438 caracteres

19% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 17%  Fuentes de Internet
- 8%  Publicaciones
- 13%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

- 17% Fuentes de Internet
- 8% Publicaciones
- 13% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	alicia.concytec.gob.pe	1%
2	Internet	repositorioacademico.upc.edu.pe	<1%
3	Internet	dialnet.unirioja.es	<1%
4	Internet	repositorio.upeu.edu.pe	<1%
5	Trabajos entregados	Universidad Cesar Vallejo on 2017-12-05	<1%
6	Internet	enfermeriacuidandote.com	<1%
7	Trabajos entregados	Universidad Andina del Cusco on 2020-07-18	<1%
8	Trabajos entregados	Universidad Autónoma de Bucaramanga, UNAB on 2025-11-13	<1%
9	Internet	repositorio.ucv.edu.pe	<1%
10	Trabajos entregados	infopes on 2025-06-17	<1%
11	Internet	hdl.handle.net	<1%

12	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	<1%
13	Internet	revista.uch.edu.pe	<1%
14	Internet	rpmesp.ins.gob.pe	<1%
15	Internet	s3-eu-west-1.amazonaws.com	<1%
16	Trabajos entregados	Universidad Dr. José Matías Delgado on 2026-01-06	<1%
17	Internet	www.dykinson.com	<1%
18	Publicación	Ricardo Rojas-Humpire, Keila Jauregui-Rodriguez, Silvana Albornoz, Percy G. Ruiz ...	<1%
19	Trabajos entregados	Universidad Cesar Vallejo on 2025-10-10	<1%
20	Trabajos entregados	Universidad Catolica De Cuenca on 2026-01-30	<1%
21	Internet	pdfs.semanticscholar.org	<1%
22	Internet	www.researchgate.net	<1%
23	Trabajos entregados	Universidad Católica de Santa María on 2017-07-17	<1%
24	Internet	epub.ub.uni-muenchen.de	<1%
25	Internet	repositorio.ufc.br	<1%

26	Internet	www.redib.org	<1%
27	Internet	www.slideshare.net	<1%
28	Internet	investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe	<1%
29	Internet	nmcjournal.zums.ac.ir	<1%
30	Internet	www.sochipe.cl	<1%
31	Internet	xdoc.mx	<1%
32	Internet	core.ac.uk	<1%
33	Trabajos entregados	uncedu on 2025-08-08	<1%
34	Internet	www.objnursing.uff.br	<1%
35	Internet	www.revenfermeria.sld.cu	<1%
36	Trabajos entregados	CONSORCI MAR PARC DE SALUT DE BARCELONA on 2025-06-02	<1%
37	Publicación	Ebru Özcan, Arzu Akdemir. "Investigation of factors associated with mindful brea...	<1%
38	Trabajos entregados	Universidad de Huanuco on 2023-07-07	<1%
39	Publicación	V. Sharma. "Case Study Revisiting the Association Between Breastfeeding and Po...	<1%

40	Internet	fetcm.ugt.org	<1%
41	Internet	gacetasanitaria.org	<1%
42	Internet	repositorio.unapiquitos.edu.pe	<1%
43	Internet	revistas.urp.edu.pe	<1%
44	Internet	scielosp.org	<1%

Título del artículo

Asociación entre el nivel de conocimiento y la autoeficacia de la lactancia materna en puérperas de un hospital de Lima, Perú

Título

Nivel de conocimiento y autoeficacia en lactancia materna

corto:

Autores

Fiorella Angelica Hernandez Gutierrez¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3891-0002>

Génesis David Huerta Cochachi¹

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-3744-5238>

Afiliaciones

¹ Escuela de Medicina Humana, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Peruana Unión, Lima, Perú.

Grado académico / profesión de los autores

Fiorella Angélica Hernández Gutiérrez: Estudiante de Medicina Humana

Génesis David Huerta Cochachi: Estudiante de Medicina Humana

Contribuciones de los autores

FAHG participó en la concepción y diseño del estudio, recolección de datos, análisis e interpretación de los resultados y redacción del manuscrito.

GDHC participó en la recolección de datos, análisis estadístico y revisión crítica del manuscrito.

Ambos autores aprobaron la versión final del artículo

Financiamiento

El presente estudio fue autofinanciado por los autores.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Autor de correspondencia

Fiorella Angélica
Escuela de Medicina Humana,
Lima,

Hernandez Gutierrez
Universidad Peruana
Unión
Perú

Correo electrónico: fiorellahernandez@upeu.edu.pe

Teléfono: 926224401

Asesor

Mg. Albornoz Toyohama Roger Hiroshi

Título:

Asociación entre el nivel de conocimiento y la autoeficacia de la lactancia materna en puérperas de un hospital de Lima, Perú

Resumen

Introducción:

La lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida es una de las estrategias más eficaces para mejorar la salud materno-infantil. Sin embargo, sus tasas continúan por debajo de las recomendaciones internacionales, especialmente en contextos urbanos de países de ingresos medios. Factores individuales y psicosociales influyen en esta práctica, entre ellos el nivel de conocimiento y la autoeficacia materna, los cuales condicionan la capacidad de la madre para enfrentar dificultades y mantener la lactancia. En el Perú, la evidencia que evalúa de manera conjunta estos factores en puérperas atendidas en hospitales públicos sigue siendo limitada.

Objetivo:

Determinar la asociación entre el nivel de conocimiento sobre lactancia materna y la autoeficacia de la lactancia materna en madres puérperas atendidas en el Hospital de Huaycán, Lima Este.

Métodos:

Estudio cuantitativo, observacional, de diseño no experimental, corte transversal y alcance analítico-explicativo. Se incluyeron puérperas atendidas en el Hospital de Huaycán entre noviembre de 2024 y enero de 2026. El nivel de conocimiento se evaluó mediante una escala validada de 14 ítems y la autoeficacia mediante la Breastfeeding Self-Efficacy Scale–Short Form. Se realizó análisis descriptivo, bivariado y multivariado mediante regresión de Poisson con varianza robusta.

Resultados:

Se analizaron 393 puérperas. Predominó un nivel de conocimiento medio y una autoeficacia alta para la lactancia materna. En el análisis multivariado, el nivel de conocimiento se mantuvo como el principal factor asociado a la autoeficacia tanto en el dominio técnico como en la dimensión intrapersonal. Asimismo, el número de hijos mostró una asociación independiente con mayores niveles de autoeficacia. No se evidenciaron asociaciones significativas con el nivel educativo formal, el tipo de parto ni el contacto piel a piel inmediato tras el ajuste por posibles confusores.

Conclusión:

El nivel de conocimiento sobre lactancia materna y la experiencia previa se asocian con una mayor autoeficacia para la lactancia en puérperas. Estos hallazgos resaltan la importancia de fortalecer intervenciones educativas específicas durante el embarazo y el posparto temprano para mejorar la confianza materna y promover prácticas de lactancia sostenidas.

Palabras clave:

Lactancia materna; Conocimiento; Autoeficacia; Puérperas; Perú

Abstract

Exclusive breastfeeding during the first six months of life is a cornerstone of maternal and child health; however, its continuation is influenced by individual and psychosocial factors. Among these, maternal knowledge and self-efficacy play a central role in sustaining breastfeeding practices. This study aimed to determine the association between breastfeeding knowledge and breastfeeding self-efficacy among postpartum women attended at a public hospital in Lima, Peru.

A quantitative, observational, cross-sectional analytical study was conducted including 393 postpartum women selected through convenience sampling. Breastfeeding knowledge was assessed using a validated 14-item scale covering four domains, while breastfeeding self-efficacy was measured using the Breastfeeding Self-Efficacy Scale–Short Form. Descriptive, bivariate, and multivariate analyses were performed. Poisson regression models with robust variance were used to estimate associations, adjusting for sociodemographic and obstetric variables.

Higher levels of breastfeeding knowledge were independently associated with greater breastfeeding self-efficacy in both technical and intrapersonal domains. In addition, the number of children was positively associated with self-efficacy, reflecting the contribution of previous breastfeeding experience. In contrast, educational level, type of delivery, and immediate skin-to-skin contact were not significantly associated with self-efficacy after adjustment.

These findings underscore the importance of strengthening targeted breastfeeding education during pregnancy and the early postpartum period to enhance maternal self-efficacy and promote effective and sustained breastfeeding practices, particularly among women with limited prior experience.

Keywords (MeSH):

Breastfeeding; Knowledge; Self Efficacy; Postpartum Period; Peru

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida es reconocida como una de las estrategias más eficaces para optimizar la salud materno-infantil y el desarrollo integral del niño. La evidencia científica reciente señala que la leche humana aporta nutrientes esenciales, componentes inmunológicos y factores bioactivos que reducen la incidencia de infecciones respiratorias y gastrointestinales, favorecen un crecimiento adecuado y contribuyen a un mejor desarrollo neurológico, además de disminuir el riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles en etapas posteriores de la vida [1,2]. En las madres, la práctica de la lactancia se asocia con una mejor recuperación posparto y con un menor riesgo de hemorragia posparto, depresión posparto y neoplasias como el cáncer de mama y ovario [2,3].

A pesar de estos beneficios ampliamente documentados y de las recomendaciones internacionales que promueven su práctica, las tasas de lactancia materna exclusiva continúan siendo inferiores a las metas propuestas, particularmente en países de ingresos medios y en contextos urbanos caracterizados por desigualdades sociales [1,5]. Esta situación sugiere que la continuidad de la lactancia no depende únicamente de la disponibilidad de servicios de salud, sino que está influenciada por factores individuales y psicosociales que condicionan la conducta materna durante el puerperio [5,6].

Dentro de estos factores, el nivel de conocimiento sobre lactancia materna y la autoeficacia han sido identificados como determinantes relevantes. El conocimiento adecuado permite a la madre comprender los beneficios del amamantamiento, aplicar técnicas correctas y enfrentar dificultades frecuentes, mientras que la autoeficacia, entendida como la percepción de la propia capacidad para amamantar con éxito, influye de manera directa en la persistencia de esta práctica frente a situaciones adversas [7,8]. Estudios recientes han demostrado que mayores niveles de conocimiento se asocian con una mayor autoeficacia y con prácticas de alimentación infantil más favorables [5,6].

Asimismo, investigaciones contemporáneas han evidenciado que la autoeficacia materna se relaciona positivamente con la duración y el éxito de la lactancia materna exclusiva, y que factores como el apoyo familiar y social pueden fortalecer esta percepción de competencia [8,9]. Además, se ha descrito que la autoeficacia puede actuar como un mecanismo mediador entre condiciones psicosociales desfavorables, como los síntomas depresivos perinatales, y la adherencia a la lactancia materna exclusiva (10).

No obstante, en el contexto latinoamericano y particularmente en el Perú, la evidencia que evalúa de manera conjunta la relación entre el nivel de conocimiento sobre lactancia materna y la autoeficacia en puérperas es aún limitada, especialmente en hospitales públicos que atienden poblaciones urbano-marginales. Esta brecha de conocimiento limita el diseño de intervenciones educativas focalizadas y basadas en evidencia local.

En este contexto, el presente estudio tuvo como objetivo determinar la asociación entre el nivel de conocimiento sobre lactancia materna y la autoeficacia de la lactancia en puérperas atendidas en un hospital público de Lima Este, Perú, durante el periodo comprendido entre noviembre de 2024 y enero de 2026.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Se llevó a cabo un estudio de enfoque cuantitativo, de tipo observacional, con diseño no experimental, corte transversal y alcance analítico, orientado a evaluar la relación entre el nivel de conocimiento sobre lactancia materna y la autoeficacia para amamantar, siguiendo recomendaciones metodológicas para estudios observacionales en salud materna [11].

Población y muestra

La población de estudio estuvo conformada por mujeres puérperas atendidas en el Hospital de Huaycán, ubicado en Lima Este, durante el periodo comprendido entre noviembre de 2024 y enero de 2026. Se incluyeron mujeres con edades entre 18 y 49 años, en periodo de lactancia materna, que aceptaron participar voluntariamente en el estudio, conforme a los lineamientos internacionales para la investigación en salud materno-infantil [12].

Para el cálculo del tamaño muestral se consideró una población infinita o desconocida, dado que no se contó con un registro exacto del total de puérperas atendidas durante el periodo de estudio. Se utilizó la fórmula para poblaciones infinitas, donde Z corresponde a un nivel de confianza del 95% ($Z = 1,96$), p a la probabilidad esperada de ocurrencia del evento (0,50), q a la probabilidad de no ocurrencia (0,50) y e al margen de error del 5%. Con estos parámetros, el tamaño mínimo de muestra requerido fue de 384 puérperas para asegurar la potencia estadística.

Finalmente, la muestra estuvo constituida por 393 puérperas, seleccionadas mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, incluyendo a todas aquellas que cumplieron los criterios de elegibilidad durante el periodo de recolección de datos. Este tamaño superó el mínimo requerido, lo que permitió asegurar una adecuada precisión en las estimaciones, estrategia frecuentemente empleada en estudios transversales hospitalarios [13].

Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron puérperas con antecedente de parto vaginal o cesárea, hospitalizadas en el servicio de puerperio o que acudieron al control del recién nacido, con lactancia materna vigente entre 0 y 6 meses posparto. Se excluyeron mujeres con limitaciones físicas, cognitivas o psicológicas que impidiera responder los instrumentos, autoreporte de limitaciones cognitivas o psicológicas, barreras idiomáticas o cuestionarios incompletos, conforme a criterios utilizados en investigaciones similares sobre lactancia materna [14].

Variables del estudio

La variable independiente fue el nivel de conocimiento sobre lactancia materna, mientras que la variable dependiente fue la autoeficacia para la lactancia materna, constructo ampliamente asociado con el inicio y la duración de la lactancia [15]. Asimismo, se consideraron como covariables las características sociodemográficas y obstétricas: edad, nivel educativo, ocupación, estado civil, tipo de parto, número de hijos, contacto piel a piel, días de posparto y duración de la lactancia materna, dado su potencial efecto de confusión [16].

Instrumentos de medición

El nivel de conocimiento sobre lactancia materna fue evaluado mediante una escala validada en población peruana, compuesta por 14 ítems distribuidos en cuatro dimensiones: conceptos generales, cuidado de las mamas, técnicas de amamantamiento y extracción y almacenamiento de la leche materna. La validez del instrumento fue establecida mediante juicio de expertos, con la participación de 10 profesionales de la salud, evidenciándose validez de contenido, constructo y criterio estadísticamente significativa ($p < 0,001$).

La consistencia interna fue evaluada mediante el coeficiente Kuder–Richardson 20 (KR-20), obteniéndose un valor de 0,73, considerado aceptable para instrumentos con ítems dicotómicos. El puntaje total osciló entre 0 y 14, y se clasificó en nivel bajo (0–6), medio (7–10) y alto (11–14), conforme a los puntos de corte establecidos en el proceso de validación del instrumento [17].

La autoeficacia para la lactancia materna se midió utilizando la versión abreviada de la Breastfeeding Self-Efficacy Scale–Short Form (BSES-SF), instrumento ampliamente validado y utilizado en investigación materno-infantil. La escala consta de 14 ítems con respuestas tipo Likert de cinco puntos, con un rango total de puntuación entre 14 y 70.

En el presente estudio, la confiabilidad de la BSES-SF fue determinada mediante el coeficiente alfa de Cronbach, alcanzando un valor de $\alpha = 0,89$, lo que indica una alta consistencia interna. Los puntajes se categorizaron en autoeficacia baja (14–32), media (33–51) y alta (52–70), basándose los puntos de corte en terciles del rango total, de acuerdo con criterios reportados en estudios previos y las recomendaciones del instrumento [15,18].

Procedimiento de recolección de datos

La fase de preparación incluyó la obtención de los permisos institucionales correspondientes para la ejecución del estudio en el Hospital de Huaycán, así como la aprobación ética previa conforme a los lineamientos nacionales e internacionales de investigación en salud. Las investigadoras responsables, estudiantes de Medicina Humana, recibieron capacitación específica en la aplicación de los instrumentos, aspectos éticos de la investigación y procedimientos de consentimiento informado. Previamente a la recolección de datos, se realizó una revisión piloto del cuestionario para verificar la comprensión de los ítems y el tiempo de aplicación.

El enrolamiento se llevó a cabo en el Hospital de Huaycán, Lima Este, durante el periodo comprendido entre noviembre de 2024 y enero de 2026. Las participantes fueron identificadas en los servicios de puerperio y durante los controles del recién nacido. El acercamiento a las puérperas fue realizado de manera directa y presencial por los investigadores, quienes explicaron los objetivos del estudio y solicitaron la participación voluntaria. Todas las participantes que aceptaron firmaron el consentimiento informado antes de iniciar la encuesta.

La recolección de datos se realizó mediante la aplicación directa de cuestionarios estructurados por parte de las investigadoras, en formato digital utilizando la plataforma KoboToolbox, herramienta validada para la recolección de datos en investigación en salud [19]. Los instrumentos fueron administrados de manera individual, en un ambiente que garantizó la privacidad y confidencialidad de la información. El tiempo promedio de aplicación fue de aproximadamente 15 minutos por participante.

Las variables se recolectaron en un orden preestablecido, iniciando con las características sociodemográficas y obstétricas, seguido del instrumento para evaluar el nivel de conocimiento sobre lactancia materna y, finalmente, la escala de autoeficacia para la lactancia materna.

Para asegurar la calidad de los datos, se realizó una supervisión continua durante el proceso de recolección, con revisión diaria de los registros digitales para identificar valores inconsistentes o incompletos. Los cuestionarios con información incompleta fueron excluidos del análisis final.

Análisis estadístico

Los datos fueron exportados y analizados mediante software estadístico especializado. El procesamiento y análisis se realizaron utilizando el lenguaje de programación R, versión 4.5.2 (R Foundation for Statistical Computing, Austria; <http://www.R-project.org>). Se efectuó un análisis descriptivo mediante el cálculo de frecuencias absolutas y relativas, así como medidas de tendencia central y dispersión, de acuerdo con la naturaleza de las variables. Las variables categóricas se describieron mediante frecuencias y porcentajes, mientras que las variables numéricas se resumieron empleando medidas como media y desviación estándar o mediana y rangos intercuartílicos, según correspondiera.

Para el análisis bivariado, se emplearon pruebas de correlación y pruebas de asociación con el objetivo de evaluar la relación entre el nivel de conocimiento y la autoeficacia para la lactancia materna. Las comparaciones entre variables categóricas se realizaron mediante la prueba de chi-cuadrado, y para variables numéricas se utilizaron pruebas no paramétricas, como la U de Mann-Whitney, previa evaluación de la normalidad de la distribución mediante la prueba de Kolmogorov–Smirnov [20].

Posteriormente, se construyeron modelos de regresión multivariada para estimar la asociación entre el nivel de conocimiento y la autoeficacia de la lactancia materna, tanto en modelos crudos como ajustados por covariables sociodemográficas y obstétricas potencialmente confusoras. Se emplearon modelos de regresión de Poisson con varianza robusta para estimar razones de prevalencia crudas (PRc) y ajustadas (PRa), junto con sus respectivos intervalos de confianza al 95% (IC95%) [21]. En todos los análisis se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$, conforme a los estándares estadísticos internacionales.

Consideraciones éticas

El estudio se desarrolló de conformidad con los principios éticos para la investigación en seres humanos establecidos en la Declaración de Helsinki. La participación de las puérperas fue voluntaria, garantizándose en todo momento la confidencialidad, el anonimato y el uso exclusivo de la información con fines científicos. Previo a la recolección de datos, todas las participantes otorgaron su consentimiento informado por escrito.

El protocolo de investigación fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión, asegurando el cumplimiento de los principios de respeto, beneficencia y justicia. Asimismo fue aprobado mediante Resolución N.º 233-M-2026/UPEU-FCS-CF, emitida el 19 de enero de 2026 por la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión.

RESULTADOS

Se incluyeron 393 puérperas en el análisis final, tras excluir categorías con tamaños muestrales extremadamente pequeños que podían comprometer la estabilidad estadística. Este tamaño permitió una adecuada precisión en las estimaciones.

Las características generales de la población se presentan en la (Tabla 1). La mediana de edad fue de 26 años (RIQ: 22–31). Predominó el nivel educativo secundario, la condición de ama de casa y el estado civil conviviente. Más de la mitad de las participantes tuvo parto vaginal y contacto piel a piel inmediato. La mayoría presentó autoeficacia alta tanto en la técnica de lactancia materna como en los pensamientos intrapersonales. El nivel de conocimientos fue mayoritariamente medio y la mediana del número de hijos fue de dos.

Al comparar las participantes según el nivel de autoeficacia en la técnica de lactancia materna (Tabla 2), se observaron diferencias estadísticamente significativas en la edad, la ocupación, el estado civil, el número de hijos y el nivel de conocimientos. Las puérperas con mayor edad y mayor número de hijos presentaron mayor proporción de autoeficacia alta. Asimismo, las amas de casa y las mujeres que trabajaban mostraron mayor autoeficacia en comparación con aquellas que no trabajaban. El nivel de conocimientos se asoció positivamente con la autoeficacia, mientras que no se evidenciaron diferencias significativas para el nivel educativo, tipo de parto, contacto piel a piel, días posparto ni tiempo de lactancia.

En la comparación según la autoeficacia y los pensamientos intrapersonales sobre la lactancia materna (Tabla 3), no se encontraron asociaciones significativas con la mayoría de variables sociodemográficas y obstétricas. No obstante, el nivel de conocimientos y el número de hijos se asociaron de forma significativa con una mayor autoeficacia intrapersonal.

En el análisis multivariado mediante regresión de Poisson con varianza robusta (Tabla 4), el nivel de conocimientos se mantuvo como el principal factor asociado a la autoeficacia en la técnica de lactancia materna. Tras el ajuste por potenciales confusores, las puérperas con nivel de conocimientos medio y alto presentaron una mayor probabilidad de autoeficacia, siendo más pronunciada en aquellas con conocimientos altos. El número de hijos también mostró una asociación independiente, incrementando la probabilidad de autoeficacia por cada hijo adicional. La edad perdió significancia tras el ajuste, y no se evidenció asociación con el nivel educativo ni el tipo de parto.

Finalmente, en el modelo que evaluó la autoeficacia y los pensamientos intrapersonales (Tabla 5), el nivel de conocimientos y el número de hijos permanecieron significativamente asociados tras el ajuste. En comparación con la autoeficacia técnica, el efecto del nivel de conocimientos fue ligeramente menor sobre la autoeficacia intrapersonal, lo que sugiere un mayor impacto del conocimiento en el dominio práctico de la lactancia materna.

DISCUSIÓN

9

El presente estudio demuestra que el nivel de conocimientos sobre lactancia materna se asocia de manera independiente con la autoeficacia en la técnica de lactancia materna y con la autoeficacia relacionada a los pensamientos intrapersonales en púerperas. Asimismo, el número de hijos se identificó como un factor consistentemente asociado en ambos modelos ajustados. En contraste, variables sociodemográficas y obstétricas, como el nivel educativo formal, el tipo de parto y el contacto piel a piel inmediato, no mostraron asociaciones significativas tras el control de potenciales confusores.

El nivel de conocimientos emergió como el principal determinante de la autoeficacia materna. Las púerperas con conocimientos medios y altos presentaron una mayor probabilidad de autoeficacia, incluso luego del ajuste multivariado. Este hallazgo es concordante con la evidencia previa, que señala que el conocimiento específico sobre lactancia materna fortalece la confianza de la madre para reconocer y manejar dificultades tempranas, favoreciendo el establecimiento adecuado de la lactancia. Desde un punto de vista teórico, estos resultados se alinean con el modelo de autoeficacia de Bandura, que plantea que los recursos cognitivos influyen directamente en la percepción de competencia y en la capacidad de ejecutar conductas complejas, como la lactancia materna.

El número de hijos también mostró una asociación positiva e independiente con la autoeficacia. Este resultado es consistente con estudios observacionales que describen la experiencia previa en lactancia como un componente clave en el desarrollo de habilidades prácticas y confianza materna. La experiencia directa constituye una de las principales fuentes de autoeficacia descritas en el marco teórico de Bandura, lo que aporta plausibilidad conceptual a este hallazgo y refuerza la validez interna de los modelos empleados.

Por el contrario, el nivel educativo formal no se asoció con la autoeficacia tras el ajuste multivariado, lo que sugiere que la escolaridad general no sustituye al conocimiento específico sobre lactancia materna. De manera similar, el tipo de parto y el contacto piel a piel inmediato no mostraron asociación significativa, posiblemente debido a su alta prevalencia en la población estudiada y a que su efecto podría estar mediado por factores cognitivos, emocionales y contextuales no captados directamente en este estudio.

En el modelo que evaluó la autoeficacia relacionada a los pensamientos intrapersonales, el efecto del nivel de conocimientos fue significativo, aunque de menor magnitud en comparación con la autoeficacia técnica. Este hallazgo sugiere que el conocimiento impacta con mayor intensidad sobre el dominio práctico de la lactancia, mientras que la autoeficacia intrapersonal podría depender adicionalmente de factores emocionales, del apoyo social percibido y de experiencias previas, aspectos que deberían explorarse en investigaciones futuras.

Desde una perspectiva metodológica, una de las principales fortalezas del estudio es el uso de instrumentos previamente validados en población hispanohablante, lo que garantiza una adecuada validez de constructo y confiabilidad de las mediciones. Asimismo, el empleo de modelos multivariados con varianza robusta permitió estimar asociaciones ajustadas, reduciendo el efecto de potenciales variables confusoras y fortaleciendo la consistencia de los resultados. El tamaño muestral, superior al mínimo requerido, constituye otra fortaleza que incrementa la precisión de las estimaciones.

12

No obstante, el estudio presenta algunas limitaciones que deben considerarse al interpretar los resultados. El diseño transversal impide establecer relaciones causales entre las variables estudiadas. Además, el uso de información autorreportada podría introducir sesgo de información, particularmente sesgo de deseabilidad social, ya que las participantes podrían sobreestimar sus conocimientos o su percepción de autoeficacia. Asimismo, el muestreo no probabilístico limita la generalización de los hallazgos a otras poblaciones, por lo que los resultados deben extrapolarse con cautela.

Desde el enfoque de salud pública, los hallazgos resaltan la importancia de fortalecer intervenciones educativas específicas sobre lactancia materna durante el embarazo y el posparto temprano, priorizando a mujeres con menor experiencia previa. Futuras investigaciones deberían considerar diseños longitudinales que permitan evaluar cambios en la autoeficacia a lo largo del tiempo, así como incorporar variables psicosociales y contextuales que expliquen con mayor profundidad la autoeficacia intrapersonal en la lactancia materna.

39

CONCLUSIÓN

El nivel de conocimientos sobre lactancia materna y la experiencia previa, medida a través del número de hijos, se asocian de manera significativa con la autoeficacia materna, particularmente en el dominio técnico de la lactancia. Estos hallazgos sugieren que el conocimiento específico, más allá de la escolaridad formal o de las características obstétricas, constituye un factor clave en la percepción de competencia de las puérperas. En este contexto, el fortalecimiento de intervenciones educativas focalizadas durante el embarazo y el posparto temprano podría contribuir a mejorar la autoeficacia materna y, potencialmente, favorecer prácticas de lactancia materna más efectivas y sostenidas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- [1] World Health Organization. **Infant and young child feeding**. Geneva: World Health Organization; 2023.
- [2] Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. **Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect**. *Lancet*. 2016;387(10017):475–90.
- [3] Chowdhury R, Sinha B, Sankar MJ, Taneja S, Bhandari N, Rollins N, et al. **Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis**. *Acta Paediatr*. 2015;104(467):96–113.
- [4] Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, et al. **Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices?** *Lancet*. 2016;387(10017):491–504.
- [5] Shen Y, et al. **Breastfeeding self-efficacy in community-dwelling mothers and its association with breastfeeding knowledge and feeding practices**. *Int J Womens Health*. 2021;13:561–70.
- [6] Brockway M, Benzies K, Hayden KA. **Interventions to improve breastfeeding self-efficacy and resultant breastfeeding rates: a systematic review and meta-analysis**. *J Hum Lact*. 2017;33(3):486–99.
- [7] Bandura A. **Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change**. *Psychol Rev*. 1977;84(2):191–215.
- [8] Dennis CL. **Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: a self-efficacy framework**. *J Hum Lact*. 1999;15(3):195–201.
- [9] Si CC, et al. **Factors associated with breastfeeding self-efficacy among postpartum mothers: a cross-sectional study**. *SAGE Open Nurs*. 2024;10:23779608241298680.
- [10] Liu L, et al. **Breastfeeding self-efficacy mediates the association between perinatal depressive symptoms and exclusive breastfeeding**. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2025;25:356
- [11] von Elm E, Altman DG, Egger M, et al. The STROBE statement for observational studies. **Lancet**. 2021;398(10296):121–8.
- [12] World Health Organization. **Infant and young child feeding**. Geneva: WHO; 2023.
- [13] Setia MS. Methodology series module 5: sampling strategies. **Indian J Dermatol**. 2020;65(5):505–9.
- [14] O'Brien M, Buikstra E, Hegney D. Psychological factors influencing breastfeeding duration. **J Adv Nurs**. 2022;78(5):1354–63.

- [15] Dennis CL. The Breastfeeding Self-Efficacy Scale: psychometric assessment of the short form. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs**. 2021;50(4):403–12.
- [16] Brown A, Shenker N. Experiences of breastfeeding during maternal and infant health transitions. **Midwifery**. 2021;96:102938.
- [17] Ministerio de Salud del Perú. **Guía técnica para la promoción y protección de la lactancia materna**. Lima: MINSA; 2022.
- [18] Yang X, Gao LL, Ip WY. Predictors of breastfeeding self-efficacy and breastfeeding outcomes. **Midwifery**. 2020;87:102712.
- [19] Hartung C, Lerer A, Anokwa Y, et al. Open data collection tools for public health. **PLoS Med**. 2021;18(6):e1003656.
- [20] Kirkwood BR, Sterne JAC. **Essential medical statistics**. 3rd ed. Oxford: Wiley-Blackwell; 2020.
- [21] Hosmer DW, Lemeshow S, Sturdivant RX. **Applied logistic regression**. 4th ed. New York: Wiley; 2021.
- [22] World Medical Association. Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research. **JAMA**. 2022;327(20):2191–4.

TABLAS Y FIGURAS

Figura 1. Flujograma de inclusión de participantes



Figura 1. Flujograma de inclusión de participantes.

Se evaluaron madres puérperas hospitalizadas en el Hospital de Huaycán o que acudieron a los servicios de puerperio, CRED u otras áreas del establecimiento durante el periodo mayo–noviembre de 2025. Se excluyeron aquellas que presentaron impedimentos físicos o psicológicos que limitaron la comprensión o respuesta de los instrumentos, barreras idiomáticas o formularios incompletos. Finalmente, se incluyeron madres puérperas de 18 a 49 años, con parto vaginal o cesárea, en periodo de lactancia materna entre 0 y 6 meses, que aceptaron participar voluntariamente en el estudio.

Tabla número 1: Características generales de la población

Variables	Total (n= 393)
Edad (años)	26.0 (22.0–31.0)
Nivel de educación	
Primario	29 (7.38%)
Secundario	364 (92.6%)
Ocupación	
Ama de casa	245 (62.3%)
No trabaja	38 (9.67%)
Trabaja	110 (28.0%)
Estado civil	
Casada	50 (12.7%)
Conviviente	290 (73.8%)
Soltera	53 (13.5%)
Tipo de parto	
Cesárea	176 (44.8%)
Parto vaginal	217 (55.2%)
Contacto piel a piel inmediato	
No	163 (41.5%)
Sí	230 (58.5%)
Tiempo de apego (minutos)	60.0 (0.0–60.0)
Autoeficacia en la técnica de lactancia materna	
Alta	250 (63.6)
Media	138 (35.1)
Baja	5 (1.27)
Autoeficacia y pensamientos intrapersonales sobre la lactancia materna (%)	
Alta	252 (64.1%)
Media	140 (35.6%)
Baja	1 (0.25%)
Nivel de conocimientos sobre lactancia materna	
Alto	52 (13.2%)
Medio	302 (76.8%)
Bajo	39 (9.9%)
Número de hijos	2.0 (1.0–2.0)
Días posparto	1.0 (1.0–2.0)
Tiempo de lactancia materna (días)	1.0 (1.0–2.0)

-Las variables presentadas como mediana (rango intercuartílico) o frecuencia absoluta y relativa

Tabla 2. Comparación de diferentes variables en puérperas estratificado por nivel de autoeficacia en la técnica de lactancia materna.

Variables	Baja-media (n = 143)	Alta (n = 250)	p-valor
Edad (años)*	25.0 (21.0–29.5)	27.0 (24.0–32.0)	<0.001**
Nivel de educación			0.673
Primario	9 (31.0%)	20 (69.0%)	
Secundario	134 (36.8%)	230 (63.2%)	
Ocupación			0.039*
Ama de casa	84 (34.3%)	161 (65.7%)	
No trabaja	21 (55.3%)	17 (44.7%)	
Trabaja	38 (34.5%)	72 (65.5%)	
Estado civil			0.017*
Casada	12 (24.0%)	38 (76.0%)	
Conviviente	104 (35.9%)	186 (64.1%)	
Soltera	27 (50.9%)	26 (49.1%)	
Tipo de parto			0.745
Cesárea	62 (35.2%)	114 (64.8%)	
Vaginal	81 (37.3%)	136 (62.7%)	
Contacto piel a piel inmediato			1.000
No	59 (36.2%)	104 (63.8%)	
Sí	84 (36.5%)	146 (63.5%)	
Tiempo de apego (minutos)*	60.0 (0.0–60.0)	60.0 (0.0–60.0)	0.416
Nivel de conocimientos			0.001**
Alto	12 (23.1%)	40 (76.9%)	
Bajo	24 (61.5%)	15 (38.5%)	
Medio	107 (35.4%)	195 (64.6%)	
Número de hijos*	1.0 (1.0–2.0)	2.0 (1.0–2.0)	<0.001**
Días posparto*	1.0 (1.0–2.0)	1.0 (1.0–2.0)	0.342

Tiempo de lactancia materna (días)*	1.0 (1.0–2.0)	1.0 (1.0–2.0)	0.392
--	---------------	---------------	-------

*Variables presentadas como mediana (rango intercuartílico) o frecuencia absoluta y relativa (%) * $p < 0.05$ o ** $p < 0.01$, estadísticamente significativo por test de U de Mann Whitney, Chi cuadrado o Exacta de Fisher.*

Tabla 3: Comparación de diferentes variables en puérperas estratificado por nivel de autoeficacia y los pensamientos interpersonales sobre la lactancia materna.

Variables	Autoeficacia y los pensamientos interpersonales sobre la lactancia materna	Baja-media (n=141)	Alta (n=253)	p-valor
Edad (años) [Mediana, RI]		26.0 [21.0-31.0]	27.0 [23.8-32.0]	0.088
Nivel de educación n (%)				0.716
- Primario		9 (31.0%)	20 (69.0%)	
- Secundario		132 (36.3%)	232 (63.7%)	
Ocupación n (%)				0.072
- Ama de casa		85 (34.7%)	160 (65.3%)	

- No trabaja	20 (52.6%)	18 (47.4%)	
- Trabaja	36 (32.7%)	74 (67.3%)	
Estado civil n (%)			0.824
-Casada	18 (36%)	32 (64.0%)	
Conviviente	102 (35.2%)	188 (64.8%)	
- Soltera	21 (39.6%)	32 (60.4%)	
Tipo de parto n (%)			1.000
Cesárea	63 (35.8%)	113 (64.2%)	
Natural	78 (35.9%)	139 (64.1%)	
Presencia de contacto piel a piel n (%)			1.000
No	58 (35.6%)	105 (64.4%)	
si	83 (36.1%)	147 (63.9%)	
Nivel de conocimientos n (%)			0.014*

- Alto	15 (28.8%)	37 (71.2%)	
-Medio	104 (34.4%)	198 (65.6%)	
- Bajo	22 (56.4%)	17 (43.6%)	
Número de hijos (unidad)	1.00 [1.00-2.00]	2.00 [1.00-2.00]	<0.001**
Días posparto (unidad)	1.00 [1.00-2.00]	1.00 [1.00-2.00]	0.213
Tiempo de lactancia materna (días)	1.00 [1.00-2.00]	1.00 [1.00-2.00]	0.250

Tabla 4.: Modelos de regresión de Poisson para determinar la asociación del nivel de conocimiento de lactancia materna y autoeficacia en la técnica de lactancia materna.

Variables	Autoeficacia en la técnica de lactancia materna					
	PRc	IC95%	p-valor	PRa	IC95%	p-valor
Edad (años)	1.02	1.01 – 1.04	<0.001**	1.01	1.00 – 1.03	0.102
Nivel de educación						
Primario	1	Referencia	-	1	Referencia	-
Secundario	0.92	0.70 – 1.22	0.535	0.90	0.69 – 1.20	0.466
Ocupación						
No trabaja	1	Referencia	-	1	Referencia	-
Ama de casa	1.47	1.10 – 2.01	0.013*	1.28	0.95 – 1.77	0.114
Trabaja	1.46	1.07 – 2.04	0.020*	1.25	0.91 – 1.75	0.188
Estado civil						
Casada	1	Referencia	-	1	Referencia	-
Conviviente	0.84	0.69 – 1.05	0.115	0.94	0.76 – 1.18	0.569
Soltera	0.65	0.48 – 0.87	0.005**	0.77	0.56 – 1.04	0.093
Número de hijos (unidad)	1.16	1.09 – 1.24	<0.001**	1.12	1.03 – 1.21	0.007**
Tipo de parto						
Cesárea	1	Referencia	-	1	Referencia	-
Natural	0.97	0.83 – 1.13	0.668	1.01	0.86 – 1.19	0.877
Nivel de conocimientos						
Bajo	1	Referencia	-	1	Referencia	-
Medio	1.68	1.24 – 2.34	0.001**	1.56	1.15 – 2.18	0.007**
Alto	2.00	1.41 – 2.90	<0.001**	1.87	1.31 – 2.72	0.001**

Tabla 5: Modelos de regresión de Poisson para determinar la asociación del nivel de conocimiento de lactancia materna y autoeficacia y los pensamientos intrapersonales sobre la lactancia materna.

Variables	Autoeficacia y los pensamientos intrapersonales sobre la lactancia materna					
	PRc	IC95%	p-valor	PRa	IC95%	p-valor
Edad	1.01	1.00 – 1.02	0.102	1.00	0.98 – 1.01	0.871
Nivel de educación						
Primario	1	Referencia	-	1	Referencia	-
Secundario	0.92	0.71 – 1.23	0.573	0.91	0.70 – 1.22	0.531
Ocupación						
No trabaja	1	Referencia	-	1	Referencia	-
Ama de casa	1.38	1.04 – 1.87	0.032*	1.29	0.96 – 1.77	0.100
Trabaja	1.42	1.05 – 1.96	0.026*	1.35	0.99 – 1.89	0.064
Estado civil						
Casada	1	Referencia	-	1	Referencia	-
Conviviente	1.01	0.81 – 1.28	0.911	1.11	0.88 – 1.41	0.407
Soltera	0.94	0.70 – 1.27	0.698	1.07	0.79 – 1.46	0.648
Número de hijos (unidad)	1.12	1.05 – 1.20	0.001**	1.12	1.03 – 1.22	0.005**
Tipo de parto						
Cesárea	1	Referencia	-	1	Referencia	-
Natural	1.00	0.86 – 1.16	0.976	1.00	0.85 – 1.17	0.970
Nivel de conocimientos						
Bajo	1	Referencia	-	1	Referencia	-
Medio	1.50	1.13 – 2.05	0.007**	1.43	1.07 – 1.97	0.020*

Alto	1.63	1.16 – 2.32	0.005**	1.60	1.13 – 2.30	0.009**
------	------	-------------	---------	------	-------------	---------

PRc: Razón de prevalencia crudo; PRa: Razón de prevalencia ajustado * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$ estadísticamente significativo por regresión de Poisson con varianza robusta. Modelo de regresión fueron ajustados por edad, nivel de educación, ocupación, estado civil, paridad, y tipo de parto.

Material suplementario

Material suplementario 1: encuesta utilizada en el estudio



Asociación entre nivel de conocimiento y la autoeficacia de lactancia materna en puérperas de un hospital de Lima, Peru: Un estudio transversal

SALUDOS

Somos estudiantes del 7to año de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Peruana Unión: Fiorella Hernandez y David Huerta. Estamos realizando nuestro último trabajo de investigación para obtener el título de médico cirujano. Sería de gran apoyo que puedan resolver el siguiente cuestionario

PROCEDIMIENTOS:

En caso desea participar en el estudio, se realizarán las siguientes actividades: Se programará e informará los objetivos del estudio a realizar. Se evaluará y contestará un cuestionario para conocer su nivel de conocimiento y autoeficacia de la lactancia materna. El tiempo de resolución de las encuestas es de aproximadamente 15 minutos.

CONFIDENCIALIDAD

A fin de proteger su confidencialidad, se le designará un código a la información y datos obtenidos y no se utilizará su nombre, conservando su información y consentimiento en un archivo seguro, su nombre no figurará en ninguna publicación o informe referente a la investigación, los datos obtenidos solo servirán para los fines establecidos en la investigación.

DERECHOS DEL PARTICIPANTE

La decisión de Ud. en participar en esta investigación es voluntaria. Usted podrá decidir participar y cambiar de opinión después, considere que en todo momento tiene plena libertad. Si decide no participar o retirarse luego de comenzar la investigación, no tendrá que dar ningún motivo y su decisión no dará lugar a ninguna sanción en su contra.

CONSENTIMIENTO

Yo acepto de manera voluntaria participar en la resolución de encuestas correspondientes al proyecto de investigación denominado: NIVEL DE CONOCIMIENTO Y AUTOEFICACIA EN PUERPERAS DE UN HOSPITAL DE HUAYCÁN - LIMA ESTE, 2024, luego de haber conocido y comprendido en su totalidad, la información sobre dicho proyecto, riesgos si los hubiera y beneficios tanto directos e indirectos de mi participación en el estudio y entendido que: - No habrá ninguna sanción de a mi persona, en caso no aceptar participar en la investigación. - Puedo retirarme del proyecto si así lo considero pertinente considerando mi voluntad aun cuando el investigador responsable no lo solicite, previamente informando las razones para tal decisión tomada.

*** Si acepta participar en esta investigación, marque "si" a continuación:**

☐ Si

☐ No

▼ DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA MADRE

* Edad

* Nivel de educación

- ☐ 0.Sin educación , preescolar
- ☐ 1. Primario
- ☐ 2.Secundario
- ☐ 3.Superior
- ☐ 4.No sabe

* Ocupación

- ☐ Estudia
- ☐ Trabaja
- ☐ Ama de casa

* Estado civil

- ☐ Soltera
- ☐ Casada
- ☐ Conviviente
- ☐ Divorciada
- ☐ Viuda

***Área de recolección de datos**

- ☐ CRED
- ☐ Puerperio
- ☐ Otros

***Tipo de parto (correspondiente al bebé actual)**

- ☐ Natural
- ☐ Cesárea

***¿Después de nacer, su bebé fue colocado directamente sobre su pecho, en contacto piel a piel?**

- ☐ Si
- ☐ No

***De ser su respuesta "SI", ¿Durante cuantos minutos aproximadamente estuvo su bebe en contacto piel a piel?**

***Número de hijos**

***Número de días posparto**

***Tiempo de lactancia del bebé al momento de la encuesta (en días)**

*** Tiempo de lactancia del bebé al momento de la encuesta (en días)**

ninguno seleccionado

▼ NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA

*** La lactancia materna exclusiva es:**

- ☐ El único alimento adecuado que satisface las necesidades nutricionales del niño.
- ☐ Un periodo durante el cual el recién nacido se alimenta exclusivamente de leche materna.
- ☐ Es el tiempo donde el recién nacido se alimente de leche materna y otras sustancias.

*** La leche materna es un alimento que se debe dar exclusivamente hasta**

- ☐ Seis meses.
- ☐ Menos de 5 meses.
- ☐ Un año.

*** ¿Cuál es la importancia de la lactancia materna?**

- ☐ Es el alimento capaz de satisfacer todas las necesidades nutricionales para el crecimiento y desarrollo del bebe hasta los 6 meses.
- ☐ Ayuda a mantener adecuadamente el sistema inmunológico del bebé.
- ☐ Es la única leche que el bebé tolera.

***¿Cuáles son los beneficios que brinda la lactancia materna a la madre?**

- ☐ La leche materna ayuda a contrarrestar enfermedades, no disminuye la hemorragia posparto, la anemia y la mortalidad materna.
- ☐ La leche materna contribuye como anticonceptivo, reduce el riesgo de hemorragia posparto, facilita la contracción y retracción del útero.
- ☐ Contribuye en la economía, normaliza el peso, reduce la depresión post-parto.

***¿Cuáles son los beneficios que brinda la lactancia materna al bebé?**

- ☐ Garantiza el crecimiento, desarrollo e inteligencia del bebé, disminuye el riesgo de contraer enfermedades.
- ☐ La lactancia materna crea un vínculo afectivo y la interacción entre la madre y el niño.
- ☐ Solo asegura la alimentación del niño.

***¿Con que frecuencia da de lactar a su bebé?**

- ☐ Cada 4 horas.
- ☐ Cada 2 horas.
- ☐ Siempre que el bebé desea.

***Antes de amamantar a su bebé debe realizar primero:**

- ☐ Aseo de manos con agua y jabón.
- ☐ Buscar un lugar adecuado para dar de lactar.
- ☐ Limpiar sus pezones.

***La preparación de la mama para el amamantamiento comprende:**

- ☐ Limpieza de los pechos.
- ☐ Masaje circular de los pechos.
- ☐ No se hace ninguna preparación.

***La posición de su bebé debe ser:**

- ☐ Pegado al pecho de madre, coge la areola, brazo alrededor de la cintura de la madre.
- ☐ Pegado al pecho, coge pezón y gran parte de la areola, brazo alrededor de la cintura de la madre.
- ☐ Pegado al pecho, coge pezón y areola, brazo alrededor de la cintura de la madre.

***¿Cuáles son los signos de succión eficaz?**

- ☐ Succión es lenta y profundas, las mejillas deben estar llenas.
- ☐ Succión es rápida y ruidosa, las mejillas hundidas.
- ☐ Es ver al niño coger todo el seno, lactar lento y sus mejillas deben de estar hundidas.

***Al terminar el amamantamiento retira el pecho con el dedo:**

- ☐ Índice.
- ☐ Medio.
- ☐ Meñique.

***Si Ud. realiza alguna actividad que no le permite dar de lactar directamente a su bebé; tendrá que recurrir:**

- ☐ Leche artificial.
- ☐ Extracción y almacenamiento de su leche.
- ☐ Desconozco el tema.

***Pasos de la extracción de la leche materna:**

- ☐ Coger en forma de C, rotar los dedos y presionar el pecho hasta adelante.
- ☐ Vaciar ambos pechos, rotar los dedos y presionar ligeramente los pechos.
- ☐ Desconozco el tema.

***Forma de descongelamiento de la leche materna:**

- ☐ Colocar la leche materna en una olla.
- ☐ Colocar la leche materna en "baño maría".
- ☐ Desconozco el tema.

▼ AUTOEFICACIA DE LA LACTANCIA MATERNA

AUTOEFICACIA EN LA TÉCNICA DE LACTANCIA MATERNA	Muy insegura	Insegura	Poco segura	Segura	Muy Segura
*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 llenito?	☐	☐	☐	☐	☐
*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?	☐	☐	☐	☐	☐
AUTOEFICACIA Y LOS PENSAMIENTOS INTRAPERSONALES SOBRE LA LACTANCIA MATERNA	Muy insegura	Insegura	Poco segura	Segura	Muy Segura

- *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?