
 ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA MEDIR LA AUTOEFICACIA PARA LACTAR DE MUJERES EMBARAZADAS MEXICANAS*

DESIGN AND VALIDATION OF A SCALE TO MEASURE BREASTFEEDING SELF-EFFICACY IN MEXICAN PREGNANT WOMEN

MARIEL A. JUÁREZ-CASTELÁN¹, MARIO E. ROJAS-RUSSELL^{1,2,**}, KARINA SERRANO-ALVARADO^{1,3}, J. ALBERTO GÓMEZ-GARCÍA¹, ALONDRA HUERTA-IBÁÑEZ¹, MARTÍN RAMÍREZ-AGUILAR¹

¹FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA, UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, MÉXICO

²CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN POLÍTICAS, POBLACIÓN Y SALUD, UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, MÉXICO

³POSGRADO EN CIENCIAS DE LA SALUD-EPIDEMIOLOGÍA, UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, MÉXICO

FECHA RECEPCIÓN: 2/01/2018 • FECHA ACEPTACIÓN: 30/01/2018

Para citar este artículo: Juárez-Castelán, M., Rojas-Russell, M., Serrano-Alvarado, K., Gómez-García, J., Huerta-Ibáñez, A., & Ramírez-Aguilar, M. (2018). Diseño y validación de un instrumento para medir la autoeficacia para lactar de mujeres embarazadas mexicanas. *Psychologia*, 12(1), 25-34. doi: 10.21500/19002386.3344

Resumen

La lactancia materna exclusiva (LME) es una de las conductas saludables con mayor valor protector para la salud del niño y de la madre. La autoeficacia es un predictor de diferentes conductas saludables. El objetivo de esta investigación fue diseñar y validar un instrumento para medir la autoeficacia para lactar en mujeres embarazadas. Se realizó un estudio instrumental con usuarias de dos centros de salud de primer nivel de atención, seleccionadas a través de un muestreo no probabilístico. Se excluyeron aquellas mujeres que fueran analfabetas o tuvieran alguna condición médica que contraindicara la LME. Se utilizaron análisis descriptivos, bivariados y multivariados para obtener las propiedades psicométricas del instrumento. Participaron 369 mujeres. A través de un análisis factorial exploratorio se obtuvo una estructura unidimensional de 15 reactivos que explicó el 83% de la varianza total del instrumento (alfa de Cronbach = .93). Además, la autoeficacia para lactar se asoció ($p < .05$) con la intención para lactar, la edad y la escolaridad.

* Trabajo financiado por el Proyecto IN307916 del PAPIIT

** Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México. Centro de Investigación en Políticas Población y Salud, Universidad Nacional Autónoma de México. Correo electrónico: merr@unam.mx

El instrumento de autoeficacia para lactar obtenido mostró propiedades psicométricas adecuadas por lo que puede ser útil para identificar a las mujeres que están en riesgo de no iniciar la LME desde el nacimiento de su hijo, además, parece ser el primer instrumento de autoeficacia para lactar en México.

Palabras clave: autoeficacia, lactancia materna exclusiva, escala, mujeres embarazadas, México.

Abstract

Exclusive breastfeeding (EB) is a health behavior with a greatest health protective value for children and mothers. Self-efficacy is a predictor of different health behaviors. The objective of this research was to design and validate an instrument to measure self-efficacy to breastfeed in pregnant women. An instrumental study was conducted with users of two primary health care centers, selected through a non-probabilistic sampling. Those women who were illiterate or had a medical condition that contraindicated EB were excluded. Descriptive, bivariate and multivariate analysis were used to obtain the psychometric properties of the instrument. 369 women participated. An exploratory factorial analysis resulted in a 15 items unidimensional structure that explained 83% of the total variance of the scale (Cronbach's alpha = .93). In addition, self-efficacy for breastfeeding was associated ($p < .05$) with intention to breastfeed, age and scholarship. The breastfeeding self-efficacy scale obtained showed adequate psychometric properties. So, it can be useful to identify women who may be at risk of not initiate breastfeeding from birth, as well as, it seems to be the first breastfeeding self-efficacy scale in Mexico.

Keywords: self-efficacy, exclusive breastfeeding, scale, pregnant women, Mexico.

Introducción

La Lactancia materna exclusiva (LME) es una de las conductas saludables con mayor valor protector para la salud del niño y de la madre. La Organización Mundial de la Salud (WHO, 2011) recomienda que la lactancia materna sea exclusiva durante los primeros seis meses de vida y que constituya parte importante de la alimentación durante el resto del primer año.

La lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida aporta beneficios tanto al niño como a la madre. Entre ellos se destaca la protección frente a las infecciones gastrointestinales, infecciones en el aparato respiratorio (Horta, Victora, & World Health Organization, 2013), alergias (Lodge, et al., 2015), otitis media (Lodge, Bowatte, Mathenson, & Dharmage, 2016; Sankar, Sinha, Chowdhury, Bhandari, Taneja, Martines & Bahl, 2015) e infecciones en el tracto urinario (Marild, Hansson, Jodal, Oden, & Svedberg, 2007), asimismo, previene el desarrollo de obesidad tanto en la infancia como en la edad adulta (Horta, Loret de Mola, & Victora, 2015; Moss & Yeaton, 2013). La protección frente a enfermedades infecciosas se relaciona con las propiedades

inmunológicas y antibacterianas de la leche materna, y la eliminación de la exposición, a patógenos que pueden ser introducidos a través de la preparación y la administración de la fórmula láctea (Heining, 2001; Isaacs, 2005). El riesgo de muerte por diarrea y otras infecciones puede incrementarse en los lactantes que solo reciben lactancia parcialmente materna o exclusivamente artificial (OMS, 2014; Sankar, et al., 2015). Respecto a la salud de la madre, los beneficios más importantes son la reducción del riesgo de tener cáncer de mama y de ovario, de desarrollar depresión postparto y diabetes tipo 2 (Chowdhury et al., 2015; Ip et al., 2007).

A pesar de los beneficios de la LME, en América Latina y el Caribe solo el 49% de los recién nacidos son puestos en el pecho dentro de la primera hora después del nacimiento. México presenta el menor índice de lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida en comparación con países como Perú (71%), Chile (63%) y Bolivia (61%). Entre los países integrantes de la UNICEF, México es la segunda nación donde cada vez menos mujeres amamantan a sus hijos y solo dos de cada diez menores de seis meses tienen como alimentación exclusiva la leche materna (OPS-OMS, 2014).

Recientemente, la *Encuesta nacional de niños, niñas y mujeres 2015* reportó que el 94.9% de las mujeres encuestadas en los dos últimos años lactaron alguna vez a su último hijo. De estas mujeres, el 51% alimentó a su hijo con leche materna dentro de la primer hora de haber nacido, el 30.8% lo hizo con lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses, el 38.6% alimentó a su hijo menor de 6 meses predominantemente con LME y el 66.4% con biberón; la mediana de la duración de la lactancia materna fue de 10.9 meses. Por otro lado, el 84.6% de las madres de niños de entre 0 y 23 meses conocen al menos un beneficio de la lactancia materna para la madre o para el niño y el 88.6% recibió algún tipo de consejería sobre lactancia en el periodo prenatal o en la primera semana después del parto.

La autoeficacia es el conjunto de creencias en las capacidades propias para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para producir determinados logros o resultados (Bandura, 1997; 2001); además, es un factor proximal asociado de manera general a un importante número de comportamientos y a la salud en particular. Las conductas relacionadas con la salud, también denominadas conductas saludables o salutogénicas, se definen como cualquier actividad realizada con el fin de prevenir o detectar enfermedades o para mejorar la salud y el bienestar (Conner & Norman, 2005). En este sentido, la LME puede ser entendida como una conducta saludable.

La autoeficacia para lactar se refiere a la confianza de la madre sobre su capacidad para amamantar correctamente a su bebé. Esta es una variable importante en relación con los resultados de la lactancia materna porque predice: a) si una madre elegirá o no alimentar a su hijo con leche materna, b) cuánto esfuerzo pondrá, c) patrones de pensamiento autoreforzadores o autodestructivos y d) cómo responderá emocionalmente a las dificultades para amamantar (Dennis, 1999).

La autoeficacia para lactar está influenciada por cuatro fuentes principales de información: a) logros en el desempeño (experiencia previa con la lactancia), b) experiencias vicarias (ver a otras mujeres amamantando), c) persuasión verbal (estímulo de personas significativas como amigos, familiares y asesores de lactancia) y d) respuestas fisiológicas (dolor, fatiga, estrés, ansiedad) (Dennis, 1999).

Se ha demostrado (Henshaw, Fried, Siskind, Ne-warehouse, & Cooper, 2015; Loke & Chan, 2013) que la autoeficacia es un predictor importante de la iniciación y mantenimiento de la LME. En este sentido, McQueen, Sieswerda, Montelpare y Dennis (2015) reportaron que la autoeficacia de la madre para lactar fue predictiva de la duración de la lactancia materna (LM), exclusivamente a las 8 semanas. En particular, las madres con altos niveles de autoeficacia en el hospital tuvieron aproximadamente 2 veces más posibilidades de continuar lactando 8 semanas de forma exclusiva. Por su parte, Glassman, Mckearney, Saslaw y Sirota (2014), en una muestra de 209 mujeres, latinas en su mayoría, hallaron que los puntajes altos en la escala de autoeficacia aumentaban en un 18% las posibilidades de iniciar y mantener la LME por 6 meses, en comparación con las mujeres que tuvieron menores puntajes, asimismo, la experiencia previa y un alto nivel educativo mostraron asociaciones significativas con el inicio y el mantenimiento de esta conducta. De igual forma, de Jager, Bradbent, Fuller-Tyszkiewicz y Skouteris (2014) encontraron que la autoeficacia se asoció de modo significativo con la intención de la madre para alimentar a su hijo con LME ($r = .32, p = .01$), además, las mujeres que lactaron exclusivamente por 6 meses obtuvieron mayores puntajes en las escalas de estas variables; esto en comparación con las madres que no alimentaron a sus hijos de esta forma.

En México no se cuentan con instrumentos para medir la autoeficacia relacionada con la lactancia materna exclusiva en mujeres embarazadas. A nivel internacional se cuenta con la BSES-SF (*Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form*), que ha sido traducida a diferentes idiomas —entre ellos al español— y probada en distintos países (Alus-Tokat, Okumuş, & Dennis, 2010; Dennis, 2003; Gregory, Penrose, Morrison, Dennis, & MacArthur, 2008; McCarter-Spaulding & Dennis, 2010; Oliver-Roig, d'Anglade-González, García-García, Silva-Tubio, Richart-Martínez, & Dennis, 2012; Wutke & Dennis, 2010; Zubaran et al., 2010), reportando propiedades psicométricas adecuadas; sin embargo, no contempla situaciones en donde las mujeres deben amamantar a su hijo en público o las relacionadas con el dolor físico y que propician el cese temprano de la lactancia. Por esto, es necesario construir un instrumento que incluya reactivos donde se valore qué tan capaces se perciben las mujeres para amamantar a sus hijos ante estas situaciones.

De este modo, el objetivo del presente estudio fue diseñar y estimar las propiedades psicométricas de un instrumento para medir la autoeficacia para lactar de forma exclusiva por 6 meses de mujeres embarazadas, de la Ciudad de México.

Método

Participantes

Se desarrolló un estudio transversal de tipo instrumental con mujeres embarazadas voluntarias, usuarias de dos centros de primer nivel de atención a la salud, ubicados al oriente de la Ciudad de México. Las participantes se seleccionaron a través de un muestreo intencional no probabilístico. Los criterios de inclusión fueron que las mujeres estuvieran embarazadas y que supieran leer. Se excluyeron aquellas que tuvieran alguna condición clínica que contraindicara la lactancia materna.

Instrumentos

Intención para lactar exclusivamente. Se utilizó una escala analógica de un solo reactivo con valores entre 0 y 10; 0 significa nada segura y 10, totalmente segura de lactar exclusivamente por 6 meses.

Asimismo, se recolectaron datos sociodemográficos y ginecoobstétricos como edad, escolaridad, estado civil, paridad, semana de gestación, entre otros.

Procedimiento

El instrumento se construyó en función de la revisión de la literatura relacionada con la variable de interés, tomando como antecedente instrumentos diseñados para otros comportamientos relacionados con la salud. Una vez redactados los reactivos que conformaron la escala, y después de que dos expertos en el área los revisarían, se llevó a cabo una prueba piloto en un Hospital Materno Infantil, con el objetivo de identificar errores de redacción o falta de claridad de las instrucciones y preguntas. La versión final de prueba del instrumento estuvo compuesta por 16 ítems con escala tipo Likert y con cuatro opciones de respuesta: a) Nada segura, b) Algo segura, c) Moderadamente segura y d) Completamente segura; con valores de 0 a 3, con un puntaje mínimo de 0 y un máximo de 48. Se empleó la frase “creo que pue-

do alimentar a mi hijo, aunque...” como disparadora de cada situación descrita en cada reactivo.

La recolección de datos fue hecha por cinco hombres y seis mujeres, previamente entrenados y estandarizados. El instrumento se aplicó de manera individual en la sala de espera de los centros de salud, en una sola sesión y con una duración aproximada de 20 minutos. Se solicitó la participación de las mujeres explicándoles el objetivo de la investigación y resaltando la importancia de su contribución. Una vez que aceptaban colaborar se les entregaba un consentimiento informado para que lo leyeran y, si estaban de acuerdo, lo firmaran; luego, se les entregaba el cuestionario.

Plan de análisis

Después de una depuración y limpieza de la base de datos, se emplearon procedimientos descriptivos e inferenciales para su análisis. Se identificó el tipo de distribución de los datos para determinar el enfoque del análisis a emplear: paramétrico o no paramétrico. Se utilizó un análisis de factor exploratorio para identificar la composición, estructura y varianza explicada de la escala. Luego, se estableció su consistencia interna mediante el coeficiente alfa de Cronbach. Para establecer la validez de criterio, los puntajes de la escala se compararon por edad, escolaridad, paridad e intención para lactar. Por último, se desarrolló un modelo multivariado para explorar la relación de los puntajes de la escala con la intención para lactar, ajustado por variables sociodemográficas y ginecoobstétricas. Todos los análisis se hicieron con el paquete estadístico Stata v. 14.2 (StataCorp, 2015).

Resultados

Descripción de la muestra

Participaron 369 mujeres, en un rango de edad de 14 a 43 años ($M = 24$, $DE = 6.08$). Tuvieron en promedio 26 semanas de gestación, con una media de 3 consultas para atención prenatal en el centro de salud. Solo el 18.2% asistía a un grupo de ayuda mutua y el 51.6% planeó su embarazo. En la Tabla 1 se muestran las variables sociodemográficas de las participantes. En general, eran mujeres casadas, amas de casa, con más de un hijo y con una escolaridad de estudios secundarios completos.

Tabla 1. Características sociodemográficas de las participantes

Variable	n (%)
Estado civil	
Soltera	82 (22%)
Casada/unión libre	283 (76%)
Otro	6 (1.62%)
Escolaridad	
Primaria o menos	31 (8.33%)
Secundaria completa	161 (43.28%)
Bachillerato o equivalente	146 (39.25%)
Licenciatura	31 (8.33%)
Ocupación	
Profesional	8 (2.16%)
Comerciante	35 (9.43%)
Trabajadora manual/obrera	28 (7.55%)
Ama de casa	257 (69.27%)
Estudiante	30 (8.09%)
Desempleada, jubilada o pensionada	13 (3.50%)
Paridad	
Primíparas	171 (46.22%)
Múltiparas	199 (53.78%)

Análisis estadísticos

La distribución de cada ítem se obtuvo a través de análisis descriptivos. Con la suma total de los ítems se dividió la muestra en dos grupos iguales, tomando como referencia la mediana. Se utilizó la prueba de Shapiro Wilk para identificar la distribución de los puntajes totales del instrumento. Dado que su distribución no fue normal, se empleó la prueba de U de Mann Whitney para estimar la capacidad de discriminación de cada reactivo entre las puntuaciones altas y bajas del instrumento, asimismo, para identificar los reactivos con probabilidad de eliminación. Los criterios de inclusión para los reactivos fueron que discriminaran entre las puntuaciones altas y bajas de la escala, que el valor fuera significativo y que las correlaciones entre cada ítem y el total de la escala tuvieran valores mayores a .2 y menores a .8, debido a que valores menores a .2 indican ausencia de relación y valores mayores a .8 alta colinealidad (Meneses et al., 2013). Todos los reactivos discriminaron y obtuvieron un coeficiente de correlación aceptable, excepto el ítem 9, “Creo que puedo amamantar a mi hijo, aunque me sienta

estresada”, que correlacionó por encima de .8, por lo que se eliminó.

Análisis Factorial Exploratorio y Análisis de Fiabilidad

Para confirmar si la muestra de aplicaciones alcanzada era adecuada para llevar a cabo el Análisis factorial exploratorio (AFE), se evaluó la adecuación muestral y el grado de correlación de las variables mediante las pruebas de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la de esfericidad de Bartlett. Dado que se obtuvieron resultados adecuados en ambos análisis (KMO=0.92; $\chi^2=4008.793$; $p=.000$), se realizó el AFE para determinar la validez de constructo del instrumento. El AFE identificó un solo factor que explicó el 83% de la varianza total del instrumento, con una consistencia interna de .93. Se retuvieron los reactivos con una carga factorial mayor a .40 y con un valor Eigen mayor a 1. En la Tabla 2 se muestran los resultados de este análisis.

Tabla 2. Matriz de componentes rotados y consistencia interna del instrumento autoeficacia para lactar

Reactivos	Carga factorial
Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque...	
1. ...esté en público	.57
2. ...atraviere por problemas personales	.73
3. ...las personas en la calle estén en desacuerdo	.68
4. ...personas significativas (pareja, padres, hijos) estén en desacuerdo	.68
5. ...trabaje	.63
6. ...esté cansada	.78
7. ...esté enferma	.69
8. ...no quiera hacerlo	.69
10. ...me sienta triste o desanimada	.76
11. ...tenga que hacer	.74
12. ...esté en una fiesta	.77
13. ...no perciba los beneficios	.70
14. ...tenga grietas en los pezones	.79
15. ...me produzca dolor en los senos	.78
16. ...se me escurra la leche	.70
Consistencia interna	.93
Varianza explicada	83%

Validez de criterio

Para determinar la validez de criterio de la escala se identificaron las diferencias en los puntajes de la escala por grupo de edad, experiencia previa con la lactancia y escolaridad. Con base en la teoría de la autoeficacia, que sugiere que la confianza para realizar un comportamiento específico se determina a partir de los logros previos, se formuló la hipótesis de que las mujeres con experiencia previa con la lactancia materna tendrían mayor autoeficacia para lactar, en comparación con las mujeres que no han lactado. Asimismo, dado que se ha reportado que la edad es un elemento importante para la autoeficacia relacionada con la LM, se planteó la hipótesis de que las mujeres menores de 20 años tendrían menores puntajes en contraste con las mujeres de mayor edad. Finalmente, como se ha reportado que la autoeficacia es un pre-

dictor de la intención, se desarrolló la hipótesis de que puntajes altos en la escala predecirían la posibilidad de tener una alta intención de alimentar exclusivamente con leche materna durante 6 meses. Dado que las puntuaciones de la escala de intención mostraron una distribución con un acentuado sesgo negativo, el puntaje se dividió en dos utilizando como punto de corte una calificación de 9, bajo el supuesto de que las mujeres con este puntaje o menos no tenían totalmente definida la intención de lactar. Por otro lado, con base en que las respuestas de las participantes no tuvieron una distribución normal, se utilizó un enfoque no paramétrico para los análisis.

Las diferencias por grupo de edad se obtuvieron a través de la prueba de U de Mann Whitney, y las diferencias por experiencia previa y escolaridad se examinaron mediante la prueba de Kruskal-Wallis con estimaciones

post hoc. En la Tabla 3 se observa que las mujeres de mayor edad fueron propensas a obtener puntuaciones más altas a diferencia de las menores de 20 años; también, se encontraron diferencias según el nivel educativo. El análisis *post hoc* indicó que las mujeres con escolaridad de licenciatura calificaron significativamente más alto que el resto de las categorías. En conclusión, se hallaron diferencias marginalmente significativas ($p=.07$) entre las

mujeres que tuvieron experiencia previa con la LME y las que alimentaron previamente de forma mixta o exclusivamente con fórmula láctea, por lo tanto, las que alimentaron a su primer hijo exclusivamente con leche materna tuvieron puntuaciones más altas en comparación con las que no lo alimentaron de esa forma. Por otro lado, no se identificaron diferencias en relación con el estado civil.

Tabla 3. Mediana de autoeficacia por variables sociodemográficas y de experiencia previa con la LME

Variable	Grupo (n)	Autoeficacia		
		Mediana	RIC	p
Edad	14 -19 años (96)	30.5	23	0.00
	≥20 (273)	35	15	
Experiencia previa	LME (103)	37	18	0.07
	Mixta (55)	36	11	
	Solo fórmula (21)	32	9	
Escolaridad	Primaria o menos (31)	34	22	0.01
	Secundaria (158)	33	21	
	Bachillerato (145)	33	14	
	Licenciatura o más (34)	41	12	

Nota: RIC: Rango intercuartílico; LME: Lactancia materna exclusiva

Finalmente, se realizó un análisis de regresión logística múltiple (Tabla 4) tomando como variable dependiente o resultado a la intención en forma dicotómica (0 = intención media-baja; 1 = intención alta) y como variable independiente la puntuación de la escala de au-

toeficacia para lactar ajustando por edad y escolaridad. Se encontró que, por cada unidad de cambio en el puntaje de la escala, la posibilidad de tener alta intención de amamantar exclusivamente aumentaba en un 4%, manteniendo la edad y la escolaridad constantes.

Tabla 4. Modelo de regresión logística múltiple de la intención de lactar exclusivamente

Intención	OR	DE	p	IC 95%
Autoeficacia para lactar	1.04	.01	.000	1.02 – 1.06

Nota: El modelo se ajustó por edad y escolaridad

Para evaluar la bondad de ajuste e identificar la presencia de multicolinealidad en el modelo, se realizaron análisis de postestimación, en los que se encontró la ausencia de colinealidad entre las variables y que el ajuste del modelo fue adecuado ($p = .93$).

Discusión

El objetivo de esta investigación fue diseñar y estimar las propiedades psicométricas de un instrumento para medir la autoeficacia para lactar de mujeres mexicanas. La escala quedó compuesta por 15 reactivos, con

una estructura factorial unidimensional, que explicaron el 83% de la varianza total del instrumento. Estos resultados concuerdan con lo encontrado por Dennis (2003).

Los resultados sugieren que la escala posee propiedades psicométricas adecuadas, por lo que puede ser una herramienta útil para obtener indicadores válidos y confiables de este constructo en el escenario de la LME, específicamente, con mujeres embarazadas. Esto permitirá identificar a las mujeres que pueden estar en riesgo de no alimentar a su hijo desde el nacimiento exclusivamente con leche materna, es decir, mujeres que obtengan bajas puntuaciones en la escala.

Es necesario identificar qué tan capaces se creen las mujeres para amamantar a sus bebés en circunstancias desfavorables, por esta razón, el instrumento está formado por reactivos que exploran distintas situaciones que pueden representar una barrera para que las mujeres lleven a cabo la LME, por ejemplo, cuando están en público, cuando tienen que hacer labores domésticas o cuando atraviesan problemas personales, entre otras.

Se comprobaron las hipótesis planteadas en esta investigación con respecto a que una mayor edad, un nivel educativo alto y la experiencia previa favorecen la lactancia materna. Esto se logró a partir de los análisis bivariados y multivariados que mostraron la existencia de una diferencia significativa en las puntuaciones entre las mujeres de mayor y menor edad, de tal forma que las mujeres mayores puntuaron más alto que las menores; del mismo modo lo hicieron las mujeres con una escolaridad de licenciatura o más y las que alimentaron exclusivamente con leche materna a su primer hijo. Estos resultados son congruentes con la teoría y con lo encontrado por otros autores (Labbok, 2013; Meedy, Fahy, & Kable, 2010). No se encontraron diferencias según el estado civil, sin embargo, se recomienda seguir considerando esta variable en investigaciones futuras, ya que algunos estudios sugieren que se relaciona de forma importante con el inicio y mantenimiento de la LME (Espinoza, Zamorano, & Graham, 2014; Rodríguez & Acosta, 2008).

La principal aportación de esta investigación es haber desarrollado un instrumento, con propiedades psicométricas adecuadas, que permita evaluar la autoeficacia para lactar de mujeres embarazadas y que parece ser el primero de su tipo en español y en México.

Este estudio se condujo con una muestra no probabilística de mujeres embarazadas que eran usuarias de centros de salud pública, con un estatus socioeconómico entre medio y bajo y pertenecientes a una zona urbana, por consiguiente el uso de la escala no podría generalizarse a una población rural o de estratos socioeconómicos más altos, lo que constituye su principal limitación.

Finalmente, es importante considerar los factores proximales como la autoeficacia para la probabilidad de éxito de la LME. La autoeficacia se conforma con cuatro fuentes principales (Bandura, 1997; 2001): experiencia directa con la conducta, experiencia vicaria, persuasión verbal y respuestas fisiológicas. Por lo que, para fortalecer la autoeficacia para amamantar y las intervenciones para promover la LME deben considerar la atención de estos elementos modificables y así favorecer la experiencia directa con la lactancia, empleando modelos adecuados que muestren la forma correcta de amamantar, además, se debe exhortar a los profesionales de la salud a que recomienden explícitamente la LME. Lo anterior se debe hacer anticipando y controlando las posibles reacciones emocionales negativas que pudieran tener las futuras madres ante la conducta de amamantar, por esta razón, un instrumento válido para medir la autoeficacia es crucial para este objetivo.

Referencias

- Alus, M., Okumus, H., & Dennis, C. L. (2010). Translation and psychometric assessment of the Breast-feeding Self-Efficacy Scale-Short Form among pregnant and postnatal women in Turkey. *Midwifery*, 26(1), 101-108. doi:10.1016/j.midw.2008.04.002
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: an agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 1-26. doi:10.1146/annurev.psych.52.1.1
- Chowdhury, R., Sinha, B., Sankar, M. J., Taneja, S., Bhandari, N., Rollins, N., & Martines, J. (2015). Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica*, 104(S467), 96-113. doi:10.1111/apa.13102

- Conner, M., & Norman, P. (2005). *Predicting health behaviour: Research and practice with social cognition models*. Berkshire: Open University Press.
- de Jager, E., Broadbent, J., Fuller, M., & Skouteris, H. (2014). The role of psychosocial factors in exclusive breastfeeding to six months postpartum. *Midwifery*, *30*(6), 657-666. doi:10.1016/j.midw.2013.07.008
- Dennis, C. (1999). Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: a self-efficacy framework. *Journal of Human Lactation*, *15* (3), 195-201. doi:10.1177/089033449901500303
- Dennis, C. (2003). The breastfeeding self-efficacy scale: Psychometric assessment of the short form. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, *32*(6), 734-744. doi:10.1177/0884217503258459
- Dodgson, J. E., Henly, S., Duckett, L., & Tarrant, M. (2003). Theory of Planned Behavior-Based Models for Breastfeeding Duration Among Hong Kong Mothers. *Nursing Research*, *52*(3), 148-158. doi:10.1097/00006199-200305000-00004
- Glassman, M., McKearney, K., Saslaw, M., & Sirota, D. R. (2014). Impact of breastfeeding self-efficacy and sociocultural factors on early breastfeeding in an urban, predominantly Dominican community. *Breastfeeding Medicine*, *9*(6), 301-307. doi:10.1089/bfm.2014.0015
- Gregory, A., Penrose, K., Morrison, C., Dennis, C.-L., & MacArthur, C. (2008). Psychometric Properties of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale- Short Form in an Ethnically Diverse U.K. Sample. *Public Health Nursing*, *25*(3), 278-284. doi:10.1111/j.1525-1446.2008.00705.x
- Espinoza, C., Zamorano, C., & Graham, S. (2014). Factores que determinan la duración de la lactancia materna durante los tres primeros meses de vida. *Revista Anales Médicos*, *59*(2), 120-126.
- Heinig, M. J. (2001). Host Defense Benefits of Breastfeeding for the Infant. *Pediatric Clinics of North America*, *48*(1), 105-123. doi:10.1016/s0031-3955(05)70288-1
- Henshaw, E. J., Fried, R., Siskind, E., Newhouse, L., & Cooper, M. (2015). Breastfeeding self-efficacy, mood, and breastfeeding outcomes among primiparous women. *Journal of Human Lactation*, *31*(3), 511-518. doi:10.1177/0890334415579654
- Horta, B., Loret de Mola, C., & Victora, C. (2015). Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure and type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica*, *104*(S467), 30-37. doi:10.1111/apa.13133
- Horta, B., Victora, C. & World Health Organization (2013). Long-term effects of breastfeeding-a systematic review.
- Instituto Nacional de Salud Pública y UNICEF México. (2016). *Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres, 2015- Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados 2015, Informe Final*. Ciudad de México: Instituto Nacional de Salud Pública y UNICEF México.
- Ip, S., Chung, M., Raman, G., Chew, P., Magula, N., Trikalinos, T., & Lau, J. (2007). Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evidence Report /Technology Assessment (Full Rep)*, *153*(153), 1-186.
- Isaacs, C. (2005). Human Milk Inactivates Pathogens Individually, Additively, and Synergistically. *The Journal of Nutrition*, *135*(5), 1286-1288. doi:10.1093/jn/135.5.1286
- Labbok, M. (2013). Breastfeeding: Population-Based Perspectives. *Pediatric Clinics of North America*, *60*(1), 11-30. doi:10.1016/j.pcl.2012.09.011
- Lodge, C., Tan, D., Lau, M., Dai, X., Tham, R., Lowe, A., & Dharmage, S. (2015). Breastfeeding and asthma and allergies: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica*, *104*(S467), 38-53. doi:10.1111/apa.13132
- Lodge, C., Bowatte, G., Matheson, M., & Dharmage, S. (2016). The role of breastfeeding in childhood otitis media. *Current Allergy and Asthma Reports*, *16*(9), 68. doi:10.1007/s11882-016-0647-0
- Loke, A., & Chan, L. (2013). Maternal Breastfeeding Self-Efficacy and the Breastfeeding Behaviors of Newborns in the Practice of Exclusive Breastfeeding. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, *42*(6), 672-684. doi:10.1111/1552-6909.12250

- Mårild, S., Hansson, S., Jodal, U., Odén, A., & Svedberg, K. (2007). Protective effect of breastfeeding against urinary tract infection. *Acta Paediatrica*, 93(2), 164-167. doi:10.1111/j.1651-2227.2004.tb00699.x
- McCarter, D., & Dennis, C. (2010). Psychometric testing of the breastfeeding self-efficacy scale-short form in a sample of Black women in the United States. *Research in Nursing & Health*, 33(2), 111-119. doi:10.1002/nur.20368
- McQueen, K., Sieswerda, L. E., Montelpare, W., & Dennis, C. L. (2015). Prevalence and Factors Affecting Breastfeeding Among Aboriginal Women in Northwestern Ontario. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 44(1), 51-68. doi:10.1111/1552-6909.12526
- Meedya, S., Fahy, K., & Kable, A. (2010). Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: A literature review. *Women and Birth*, 23(4), 135-145. doi:10.1016/j.wombi.2010.02.002
- Meneses, J., Barrios, M., Lozano, L. M., Bonillo, A., Turbany, J., Coscolluela, A., & Valer, S. (2013). *Psicometría*. Barcelona: Editorial UOC.
- Moss, B., & Yeaton, W. (2014). Early childhood healthy and obese weight status: potentially protective benefits of breastfeeding and delaying solid foods. *Maternal and Child Health Journal*, 18(5), 1224-1232. doi:10.1007/s10995-013-1357-z
- Oliver, A., d'Anglade, M. L., García, B., Silva, J. R., Richart, M., & Dennis, C. (2012). The Spanish version of the breastfeeding self-efficacy scale-short form: reliability and validity assessment. *International Journal of Nursing Studies*, 49(2), 169-173. doi:10.1016/j.ijnurstu.2011.08.005
- OPS-OMS. (2014). Lactancia materna: un tema contemporáneo en un mundo globalizado. Recuperado de www.paho.org
- Organización Mundial de la Salud (2014). 10 datos sobre la lactancia materna. Recuperado de <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/es/>
- Rodríguez, J., & Acosta, N. (2008). Factores Asociados a la Lactancia Materna Exclusiva en Población Pobre de Áreas Urbanas de Colombia. *Revista de Salud Pública*, 10(1), 71-84. doi:10.1590/s0124-00642008000100007.
- Sankar, M., Sinha, B., Chowdhury, R., Bhandari, N., Taneja, S., Martines, J., & Bahl, R. (2015). Optimal breastfeeding practices and infant and child mortality: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica*, 104(S467), 3-13. doi:10.1111/apa.13147
- StataCorp. (2015). *Stata Statistical Software: Release 14*. College Station, TX: StataCorp LP.
- World Health Organization. (2011). Exclusive breastfeeding for six months best for babies everywhere. Recuperado de http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2011/breastfeeding_20110115/en/
- Wutke, K., & Dennis, C.-L. (2007). The reliability and validity of the Polish version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form: Translation and psychometric assessment. *International Journal of Nursing Studies*, 44(8), 1439-1446. doi:10.1016/j.ijnurstu.2006.08.001
- Zubaran, C., Foresti, K., Schumacher, M., Thorrell, M. R., Amoretti, A., Müller, L., & Dennis, C. L. (2010). The Portuguese Version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale—Short Form. *Journal of Human Lactation*, 26(3), 297-303. doi:10.1177/0890334409359916