UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

MEDICIÓN DEL CONTROL CONDUCTUAL PERCIBIDO RELACIONADO CON LA LACTANCIA MATERNA: DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UNA ESCALA PARA MUJERES EMBARAZADAS DE LA CIUDAD DE MÉXICO.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:
LUISA JAZMÍN ALVA ANAYA

JURADO DE EXAMEN
DIRECTOR: DR. MARIO ENRIQUE ROJAS RUSSELL
COMITÉ: DR. ALFONSO SERGIO CORREA REYES
DRA. BLANCA INÉS VARGAS NÚÑEZ
MTRA. KARINA SERRANO ALVARADO
MTRO. ÁNGEL FRANCISCO GARCÍA PACHECO

Proyecto financiado por el PAPIIT IN307916

Ciudad de México JUNIO 2017

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

A mis padres

Gracias por que durante toda mi vida ustedes han caminado conmigo y me han dado la oportunidad de estudiar, me proporcionaron todo para que yo realice este sueño, yo sé que detrás hay mucho trabajo, sacrificios, desvelos y cansancios, pero sobre todo hay amor sincero. Ustedes son el mejor ejemplo de perseverancia y compromiso que tengo. Gracias por confiar en mí. Gracias por la hermosa familia que somos.

A mis hermanas

Jessica y Jennifer, gracias porque alegran mis días desde la niñez, ustedes son mis compañeras y amigas de vida, son el mejor regalo que mis papás me dieron y las quiero mucho.

A mis abuelos

Gracias porque ustedes representan sabiduría e inocencia y son las raíces que me mantienen fuerte y de pie. Los amo.

A Michelle

Gracias por todas las palabras que me das y porque siempre has creído en lo que puedo ser capaz de hacer, eres una persona que me inspira fortaleza y motivación.

A la UNAM

Porque me proporcionó todos los recursos para mi formación, desde el primer día que pisé las instalaciones supe que es un espacio único y especial. Es una institución que ha sido la cuna de mis conocimientos y habilidades para ejercer mi profesión de la mejor manera. Doy gracias también a todos los maestros que en cada clase me fueron dejando aprendizajes y lecciones.

Dr. Mario E. Rojas

Gracias por toda la paciencia, las enseñanzas y por darme la oportunidad de colaborar en su proyecto. Mis respetos y admiración para usted.

A Mtra. Karina

Gracias por sus enseñanzas, considero que es un ejemplo para muchas mujeres, admiro su dedicación y vocación.

Dra. Inés Vargas, Dr. Alfonso Correa y Mtro. Ángel García.
Gracias por su tiempo y dedicación a sus clases, cada uno me enseñó más allá del plan de estudios. Mis respetos y admiración para ustedes.

Gracias al Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica ***(PAPIIT)****, porque con los recursos que proporcionan se impulsa el crecimiento del país y de la UNAM.*

CONTENIDO

Resumen . . . . . **i**
INTRODUCCIÓN **1**
CAPÍTULO 1. LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA **3**
1.1 Lactogénesis 3
1.2 Lactancia materna como alimento ideal 7
CAPÍTULO 2. BENEFICIOS DE LA LME **8**
2.1 Beneficios para el bebé 9
2.1.1 Beneficios biológicos. 9
2.1.2 Beneficios intelectuales y psicológicos. 10
2.1.3 Efecto de la lactancia materna en enfermedades no transmisibles 11
2.2 Beneficios para la salud materna 12
2.2.1 Beneficios biológicos. 13
2.2.2 Beneficios económicos. 14
2.2.3 Beneficios psicológicos 14
2.3 Epidemiología 15
CAPÍTULO 3. FACTORES ASOCIADOS A LA INICIACIÓN Y DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA. **18**
3.1 Macrosociales 18
3.2 Microsociales 18
3.3 Estructurales 22
CAPÍTULO 4. TEORÍA DE LA ACCIÓN RAZONADA. **23**
4.1 Teoría de la Conducta Planificada 27
4.2 Control Conductual Percibido. 29
4.2.1 Medición del CCP. 30
4.2.2 Control conductual percibido y lactancia materna 31
CAPÍTULO 5. JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA **32**
CAPÍTULO 6. OBJETIVOS **34**
6.1 Objetivo general. 34
6.2 Objetivos específicos 34
CAPÍTULO 7. MÉTODO **35**
7.1 Tipo de estudio 35
7.2 Variables 35

7.3 Participantes 35
7.4 Criterios de exclusión 36
7.5 Instrumentos 36
7.6 Desarrollo del instrumento para medir el control conductual percibido hacia la lactancia materna 36
7.7 Análisis de datos 37
CAPÍTULO 8. RESULTADOS 38
8.1 Primera fase 38
8.2 Segunda fase 39
8.2.1 Descripción de la muestra. 39
8.2.2 Análisis de los reactivos 40
8.2.3 Análisis factorial exploratorio 41
8.2.4 Descripción de los factores 41
8.2.5 Análisis de confiabilidad 42
CAPÍTULO 9. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES 44
REFERENCIAS 47
ANEXO 1.- Ficha de datos sociodemográficos 55
ANEXO 2.- Datos del embarazo. 57
ANEXO 3.- Versión final de la escala para medir el Control conductual percibido en embarazadas. 58

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Fig. 1: Representación esquemática de la mama (Pág. 6)

Fig. 2: Hormonas y procesos que desencadenan el crecimiento de las mamas en la producción de leche materna (Pág. 7)

Figura 3: Proporción de niños de alrededor de 12 meses de edad que son amamantados en 153 países (Pág. 15)

Figura 4: Condiciones propicias para la lactancia materna "un modelo conceptual" (Pág. 19)

Figura 5: Modelo de la Teoría de la Acción Razonada (Pág. 27)

Figura 6: Teoría de la conducta planeada (Pág. 28)

TABLA 1. Análisis de contenido (Pág. 37)

TABLA 2. Datos sociodemográficos de la muestra (Pág. 38)

TABLA 3. Análisis de discriminación de los reactivos (Pág. 39)

TABLA 4. Matriz de componentes principales con rotación Varimax (Pág. 41)

TABLA 5. Matriz de correlaciones entre factores (Pág. 42)

Resumen

La lactancia materna exclusiva (LME) posee un valor de protección muy importante para la salud de los niños y sus madres. Su práctica está indicada al menos durante los primeros seis meses de vida del neonato. En México menos del 15 % de las madres atiende esta indicación. Resulta importante identificar aquellos factores que permitan predecir la intención y la práctica de esta conducta de salud. El control conductual percibido (CCP) es un constructo de la teoría socio-cognitiva que se ha asociado significativamente con diversas conductas relacionadas con la salud. **Objetivo.** - Diseñar y determinar la validez y confiabilidad de un instrumento que permita identificar y medir el CCP relacionado con la intención de practicar la lactancia materna exclusiva en mujeres embarazadas de la Ciudad de México. **Material y métodos.** – Estudio instrumental. Para el diseño de los reactivos se utilizó una metodología cualitativa que consistió en la obtención y análisis de información de un grupo focal realizado con mujeres embarazadas de un centro de salud de primer nivel de atención de la Ciudad de México. Posteriormente se diseñaron 28 reactivos, y se realizó una prueba en otra muestra de 120 mujeres embarazadas del mismo centro de salud, quienes participaron de forma voluntaria. Los datos obtenidos se sometieron a análisis de discriminación y sesgo para identificar los reactivos con probabilidad de eliminación; ninguno fue eliminado en esa primera instancia. Se excluyeron mujeres embarazadas portadoras de VIH o con alguna condición clínica en la que estuviera contraindicada la lactancia. La validez de constructo se exploró mediante un análisis de factor exploratorio (AFE) y la confiabilidad a través de un análisis de consistencia interna. **Resultados.** – El promedio de edad de las mujeres participantes fue de 23 años, en un rango de 14 a 39, 77.3 % eran casadas, 66.4 % amas de casa y el 52.5 % eran primíparas. Mediante el AFE se identificó una estructura de 3 factores que explicaron el 73.4 % de la varianza. Uno de los factores se refirió a facilitadores relacionados con comodidad y tranquilidad (11 reactivos; α=.89) y los otros dos se refirieron a barreras relacionadas con cansancio y falta de tiempo (8 reactivos; α=.84), así como a amamantar en público (5 reactivos; α=.83). **Conclusiones.** -la escala diseñada demostró ser confiable y válida, por lo que se sugiere utilizar para predecir la intención de lactar en

mujeres usuarias de los servicios de salud de primer nivel de atención en la Ciudad de México.

Palabras clave: lactancia materna, control conductual percibido, lactancia materna exclusiva,

INTRODUCCIÓN

La leche materna (LM) es el primer alimento natural de los niños, y proporciona toda la energía y nutrientes que necesitan durante sus primeros meses de vida (OMS, 2016). El proceso de lactancia es un fenómeno sujeto a determinantes culturales, sociales y proximales a la mujer en esa circunstancia.

A pesar de los beneficios que conlleva practicar la LME, en los últimos años, se ha presentado un decremento en su incidencia. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012) ha revelado que, menos del 15% de las madres encuestadas practican este tipo de alimentación.

Uno de los temas que han sido objeto de estudio en el Campo de la Psicología de la Salud es comprender por qué las personas no realizan de forma consistente conductas preventivas y saludables, tales como acudir a revisiones médicas para la detección temprana de enfermedades. Se han desarrollado diferentes modelos desde un enfoque sociocognitivo para estudiar este tipo de comportamientos. El modelo de la Teoría de la Conducta Planeada (TCP) ha sido uno de los más investigados en relación a un número de comportamientos de distinto orden, entre ellos las conductas relacionadas con la salud. (Ajzen y Fishbein, 1975; Fishbein, 2002).

El planteamiento central de la TCP, describe que, una conducta es el resultado directo de la intención comportamental, lo que a su vez depende de las actitudes que se tengan con respecto hacia la conducta, las valoraciones o normas subjetivas relacionadas con ella y el control conductual percibido para llevar a cabo tal acción (Arrivillaga, Salazar, y Correa, 2003).

Por su parte, la TCP (Fishbein, 1987), ha sido ampliamente utilizada para explicar conductas de salud, ya que es un marco teórico de referencia para la explicación de los predictores de estas

conductas (Guo, Wang, Liao, y Huang 2016). En la presente investigación, fue utilizada dicha teoría para la construcción y validación de una escala que mida el control conductual percibido en mujeres embarazadas respecto a la LME.

CAPÍTULO 1. LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

La lactancia materna exclusiva (LME), es el tipo de alimentación en la que un infante recibe únicamente leche materna, sin ningún otro líquido o sólido, ni siquiera agua, con la excepción de gotas o jarabes que estén compuestos de vitaminas, suplementos minerales o medicamentos (OMS, 2013).

La LME es la mejor forma para optimizar la alimentación de los lactantes, puesto que contribuye a lograr el crecimiento, desarrollo y salud adecuados, por lo que se debe prolongar la alimentación exclusivamente con leche materna hasta los primeros seis meses de vida. Posteriormente el lactante deberá recibir alimentos complementarios y nutritivos, que al mismo tiempo aseguren la lactancia continua, hasta los 24 meses de edad o más (Aguilar y Fernández, 2007; OMS, 2016; OPS, 2004).

1.1 Lactogénesis

El proceso ocurre al inicio del embarazo, cuando los estrógenos y la progesterona secretados por la placenta intervienen en el desarrollo físico de las mamas, pero inhiben la secreción láctea (Espinoza, Zamorano, Graham y Orozco, 2014).

Argomedo, Bribiesca, Espinosa y Reyes, (2008) dividen el proceso en tres etapas: I) el inicio de la secreción, ocurre durante la segunda mitad de gestación, en este periodo pueden secretarse mínimas cantidades de leche, la cual contiene lactosa y caseína, , así mismo, comienza a aparecer lactosa de origen mamario en la orina materna; II) activación secretoria, en la mayoría de las mujeres sucede entre el día 2 y 3 después del parto, esta fase se caracteriza por el inicio de producción copiosa de leche como consecuencia del rápido descenso de progesterona por el alumbramiento, además de los niveles elevados de prolactina, cortisol e insulina; III) etapa de mantenimiento de la lactancia,

es el proceso de secreción continua de grandes cantidades de leche, requiere del vaciamiento regular de la misma y de estímulo al pezón, de lo contrario la presión intramamaria se eleva y se acumula un factor inhibidor de la lactancia, que disminuye la producción láctea y causa involución mamaria

La leche materna se forma en la glándula mamaria, para su producción se utilizan los componentes y nutrientes maternos necesarios, su composición y volumen varía de una madre a otra, puesto que son muchos los factores que influyen, desde factores genéticos y nutrición materna, hasta las técnicas de extracción, almacenamiento y administración al bebé (Díaz y Argüelles, 2005).

Las mamas son una característica distintiva de los mamíferos. Han evolucionado como órganos productores de leche para proporcionar nutrición a los descendientes dependientes e inmaduros. Es una glándula sudorípara especializada. Tiene dos características diferenciales: está modificada para producir leche y tiene la capacidad de respuesta hormonal, además, están situadas en la pared torácica anterior, están compuestas de tejido glandular, tejido graso y tejido conectivo de soporte (ver figura 1). Exactamente están ubicadas entre la segunda costilla y el sexto espacio intercostal, los ligamentos suspensorios de Cooper son los encargados de fijarlas, por su parte profunda a la fascia del músculo pectoral mayor y, por su parte superficial, a la dermis. El tamaño de las mamas es muy variable, aunque habitualmente en la mujer adulta varía entre unos 10 a 12 cm. de diámetro y unos 5 a 7 cm. de espesor en su parte medial, sin embargo, si está correctamente desarrollada, esto no influye en su capacidad de producir leche. La forma también es variable con la etnia, la edad y etapa de la vida. Una glándula típica no lactante pesa entre 150-225 g, mientras que, en la lactancia, el peso puede sobrepasar los 500g. La piel del pezón y la areola está pigmentada y sobresale. Durante el embarazo y la lactancia, la areola incrementa su tamaño y el grado de

pigmentación aumenta. Existen diversos tipos de pezones: protruyentes, planos, retraídos y hendidos o invertidos. El tipo de pezón no determina necesariamente el éxito de la lactancia. (Aguayo, Gómez, Hernández, Lasarte, Lozano y Pallás, 2009).

Aguilar y Fernández (2007) señalan que para que se produzca suficiente leche, es necesario que el niño estimule el pezón mediante la succión. La secreción láctea se lleva a cabo en las células epiteliales de los alvéolos de las glándulas mamarias. En ellas existen células madre y alveolares secretoras, las primeras son estimuladas por la hormona del crecimiento y la insulina, mientras que las células secretoras son estimuladas por la prolactina.

El niño sólo puede extraer la leche de los alvéolos cuando se encuentra en los conductos mayores y senos lactíferos, por el reflejo eyectolácteo, el cual es un reflejo neuroendocrino para evacuar la glándula mamaria. Se inicia en receptores sensitivos del 4º 5º y 6º par torácico que se encuentran en el pezón y la areola, los cuales son estimulados con el toque de los labios del niño y la introducción del pezón en la boca del neonato. Esta información es recibida por las neuronas hipotalámicas productoras de oxitocina, donde ésta se libera en sangre, alcanzando a las células mioepiteliales de los alvéolos mamarios, provocando su contracción y vaciamiento (ver figura 2). Se estima que el tiempo de lactancia promedio entre el inicio de la succión y la eyección láctea, es de aproximadamente 58 a 60 segundos, con variantes individuales. El reflejo eyectolácteo puede llegar a ser un reflejo condicionado que se desencadena con el llanto o incluso con la sola presencia del niño (Merino, 2003).

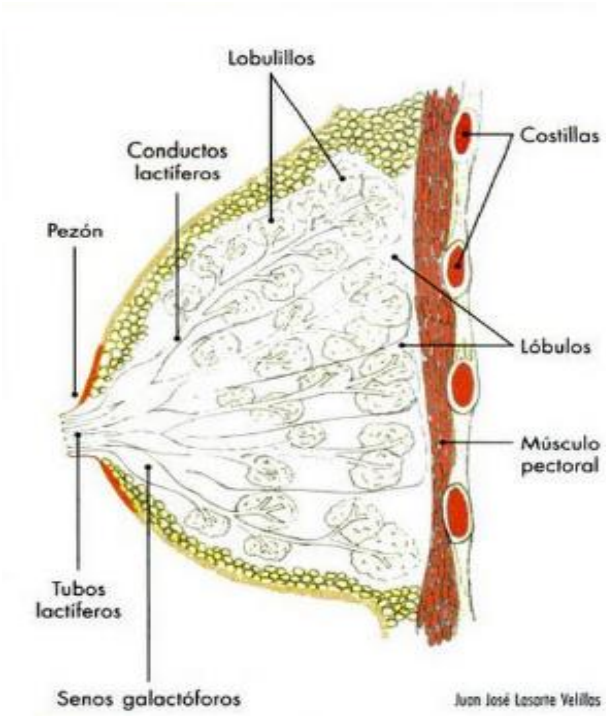


Fig. 1: Representación esquemática de la mama. Adaptado de Lasarte (2009).

La composición de la leche materna experimenta variaciones: se encuentra como calostro durante los primeros días de vida del neonato, en las siguientes semanas es leche de transición y a partir de la tercera semana y hasta más de dos años es leche madura. El calostro se segrega en dos fases: al final del embarazo y en los primeros cinco días después del parto. Es un compuesto espeso y amarillento debido al betacaroteno. Su valor calórico es de 67 kilocalorías por cada 100 mililitros de calostro con bajo contenido de grasas. (Valenzuela, Caldera, y Ham, 2011). La cantidad de agua de la leche materna es del 87%, por lo que el bebé amamantado no necesita agua complementaria, lo que genera en él menor probabilidad de padecer sobrecarga renal y un menor riesgo de deshidratación (Aguilar Palafox & Fernández Ortega, 2007).

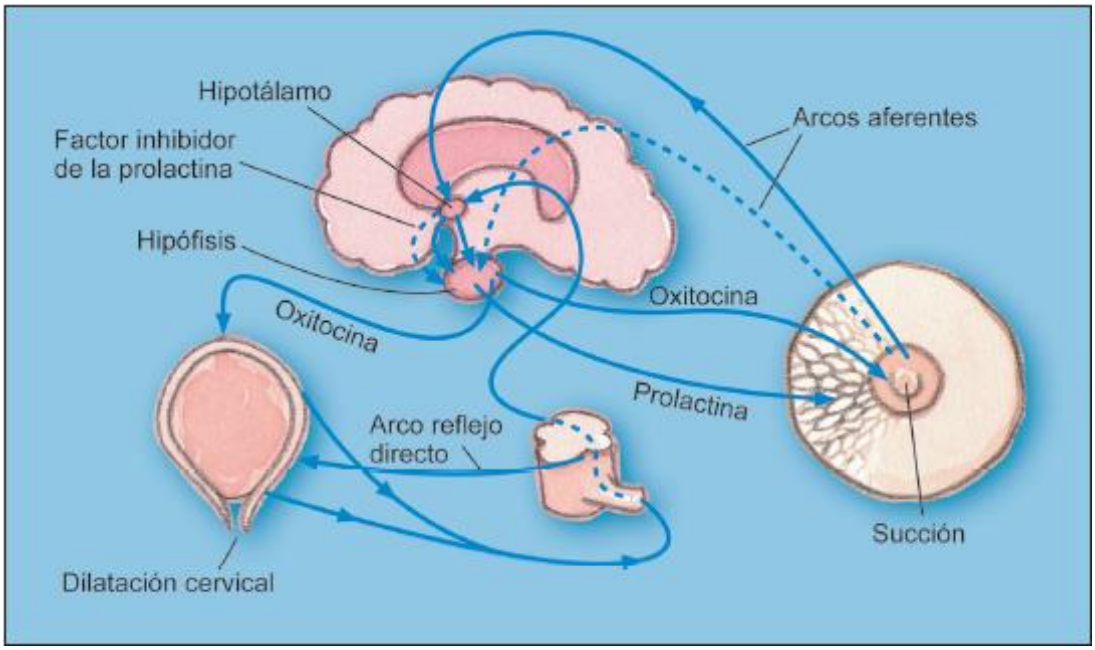


Fig. 2: Hormonas y procesos que desencadenan el crecimiento de las mamas en la producción de leche materna. Adaptado de Argomedo, Bribiesca, Espinosa y Reyes (2008).

1.2 Lactancia materna como alimento ideal

El primer año de vida de un niño, es un período de crecimiento y desarrollo rápido, a su vez, es un momento de inmadurez y vulnerabilidad. Por ello es importante proporcionarle una alimentación suficiente y adecuada (Peraza y Georgina, 2000).

Se ha demostrado que la leche materna proporciona una nutrición óptima (De la Torre, 2006), ya que aporta cantidades adecuadas de macronutrientes (grasas, proteínas y carbohidratos) y micronutrientes (minerales, elementos traza y vitaminas) acordes al proceso de crecimiento del recién nacido, por ejemplo la cantidad de proteínas es mayor durante las primeras semanas, mayor en la leche de prematuro que en la de término y va decreciendo desde 15,8 hasta 8-9 g/L con el establecimiento de la lactancia.

La observación detallada de los aminoácidos en la leche humana ha demostrado claramente que la distribución de éstos está fisiológicamente adaptada al recién nacido. La leche materna es la única fuente exógena de estos ácidos grasos para el recién nacido durante los primeros meses de vida, la concentración de LDL-colesterol en el plasma de los niños amamantados es mayor que la de aquellos que se alimentan sólo con fórmulas, lo cual permite una menor síntesis y menor riesgo de padecer aterosclerosis en la vida adulta. Finalmente, la lactosa de la LM (beta-lactosa) es uno de los constituyentes más estables de la leche humana y representa casi el 70 % del contenido total en hidratos de carbono, alcanza una concentración de 68 g/L. Asimismo, parece digerirse con mayor rapidez que la de las leches artificiales (alfa-lactosa) y resulta más eficaz para la absorción mineral (Díaz y Argüelles, 2005; Lawrence, 1996).

CAPÍTULO 2. BENEFICIOS DE LA LME

La lactancia en comparación con el sustituto de leche materna tiene numerosos beneficios para la salud. A pesar de esto, la fórmula infantil ha sido promovida activamente como un producto equivalente a la leche materna (Allen y Hector, 2005). De acuerdo con Dodgson, Henly, Duckett y Tarrant (2003), los beneficios de la lactancia materna en la salud del infante dependen de la dosis que reciben, los lactantes que son amamantados por más tiempo, han mostrado reducciones de enfermedades.

Por otro lado, los beneficios de la lactancia materna se han estudiado, y no son exclusivos para el lactante, también se han demostrado efectos beneficiosos en la salud de la madre.

2.1 Beneficios para el bebé

2.1.1 Beneficios biológicos.

La evidencia muestra que la lactancia materna tiene un efecto protector contra ciertas enfermedades infecciosas por ejemplo en vías respiratorias (catarros, bronquitis y neumonía), gastrointestinales (diarrea), otitis media, meningitis e infecciones de orina (Allen y Hector, 2005; De la Torre, 2006).

La identificación de inmunoglobulinas específicas y de la influencia del pH en la flora intestinal del niño amamantado, hizo evidente que el lactante recibe protección sistémica a través de la placenta, y protección local del tracto gastrointestinal a través del calostro (Lawrence, 1996).

También la leche materna ofrece protección contra caries dental, la cual es formada por múltiples factores y complejas interacciones entre las bacterias cariogénicas en la boca con carbohidratos de la dieta, que a su vez producen ácidos y desmineralizan los dientes. Debido a que la leche materna contiene elementos específicos como lacto bacilos y sustancias, incluyendo la caseína humana e inmunoglobulina A (Ig A) secretora, es menos probable que los niños amamantados tengan caries dental, puesto que estos elementos inhiben el crecimiento y la adhesión de bacterias cariogénicas, particularmente estreptococos orales. El riesgo de la caries dental es dependiente al número de dientes. En el lactante depende de los cambios en su dieta, es decir, cuando se introducen alimentos y bebidas distintas de la leche materna o de fórmula, aumenta en función del contenido de carbohidratos, la acidez y la frecuencia de consumo. Tham, Bowatte, Dharmag, Tan, Lau, Dai, Allen, y Lodge, (2015). Con relación a esto, la autora Merino (2003) investigó los efectos de la lactancia materna en el desarrollo del aparato bucal y su relación con posibles alteraciones dento faciales, concluyó que el amamantamiento contribuye a la maduración adecuada de las funciones

del aparato bucal, produce los estímulos de desarrollo necesarios para el crecimiento maxilo-mandibular, y previene la instauración de hábitos viciosos de succión y deglución.

2.1.2 Beneficios intelectuales y psicológicos.

El desarrollo tanto físico, psíquico y social del niño desde su nacimiento, se sustenta en la maduración de las estructuras cerebrales durante los primeros años de vida (Peraza y Georgina, 2000). A diferencia de los sucedáneos de la leche materna, ésta contiene ácidos grasos poli insaturados de larga cadena, los cuales son esenciales para el desarrollo del cerebro y de la retina sobre todo en niños prematuros, así mismo, se ha documentado una mayor capacidad de aprendizaje y menos trastornos del lenguaje que los alimentados con fórmulas artificiales (León, Lutter, Ross, y Martin. 2002; Sanabria, Coronel, Díaz, Salinas, y Sartori, 2005).

Los lactantes tienen un óptimo desarrollo psicomotor y social durante el primer año de vida, también obtienen mayores puntuaciones en los test cognitivos y de coeficiente intelectual en la etapa escolar (De la Torre, 2006). Existen múltiples estudios que lo han demostrado.

Por ejemplo los autores Dewey, Cohen, Brown, y Rivera (2001) realizaron un estudio observacional prospectivo para los primeros cuatro meses de vida del lactante, dentro de sus hallazgos encontraron que, los lactantes que recibieron únicamente leche materna durante los primeros seis meses de vida gatearon más temprano y tendieron a caminar a los 12 meses de vida, en comparación con los lactantes que recibieron alimentos sólidos a partir de los 4 meses de vida. Por otro lado, Horwood, Darlow, y Mogridge (2001) realizaron un estudio prospectivo de 280 lactantes, encontraron que la duración de la lactancia materna se asoció significativamente a las puntuaciones del cociente intelectual, de la capacidad tanto verbal como de ejecución.

Además, la LM favorece la formación del vínculo afectivo, que permite al niño desarrollar una personalidad segura e independiente. El bebé amamantado cuando succiona además de alimento, encuentra protección y, durante los procedimientos dolorosos, siente alivio y consuelo (De la Torre, 2006).

2.1.3 Efecto de la lactancia materna en enfermedades no transmisibles

Un creciente cuerpo de evidencia sugiere que la lactancia materna tiene un papel protector contra el riesgo de presentar alergias, obesidad, diabetes mellitus tipo II, hipertensión, enfermedad inflamatoria intestinal, ciertos tipos de cáncer, esclerosis múltiple y otro tipo de enfermedades crónicas durante la edad adulta (De la Torre, 2006; Kelishadi, y Farajian, 2014).

Rich-Edwards, Stampfer, Manson, Rosner, Michels, y Willett (2004), hicieron un estudio longitudinal que comprendió 87,252 mujeres, sus datos sugieren, que la lactancia materna en la infancia puede estar asociada con una pequeña reducción en el riesgo de la enfermedad cardiovascular isquémica en la edad adulta. De acuerdo con los autores Hernández, Díaz, Guízar, Amador, Cipriano, Díaz,... y Solorio (2012), los niveles de la presión arterial en la infancia repercuten en los niveles observados en la adultez, se ha considerado a la lactancia materna como comportamiento cardio protector. Ellos realizaron un estudio transversal comparativo en niños de acuerdo con el tipo de alimentación, encontraron que los valores de la presión arterial sistólica, diastólica y media, así como la frecuencia cardiaca y respiratoria mostraron mayores cifras en aquéllos alimentados con fórmula maternizada o mixta que los alimentados exclusivamente al seno materno.

Como la obesidad en la infancia puede conducir a la obesidad en la edad adulta, esto sugiere un posible papel de la lactancia materna en la prevención a largo plazo (Allen y Hector, 2005). Por

ejemplo, el trabajo de los autores Hediger, Overpeck, Kuczmarski y Ruan (2001) quienes realizaron un estudio basándose en los datos obtenidos del estudio transversal de la III Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (NHANES III), en el que participaron 2.685 individuos (1.310 niños y 1.375 niñas) entre 3 y 5 años de edad. Sus resultados indican que los niños y niñas amamantados, alguna vez tuvieron un 37% menos probabilidades de riesgo de sobrepeso, en conjunto con 16% menos probabilidades de sobrepeso que los niños y niñas que nunca fueron amamantados.

Bener, Denic, y Galadari, (2001) estudiaron el papel de la lactancia materna en la protección de la leucemia y linfomas agudos infantiles, sus resultados concluyeron que la duración de la lactancia materna es un predictor independiente de neoplasias linfoides, asimismo, la lactancia materna que dura más de 6 meses puede proteger contra la leucemia aguda infantil y linfomas.

Respecto a la posible repercusión en la reducción de riesgo de diabetes Mellitus, los autores Owen, Martin, Whincup, Smith, y Cook, (2006) hicieron un análisis cuantitativo de la evidencia publicada en 1010 estudios, en el que observaron que los sujetos que fueron amamantados tuvieron un menor riesgo de diabetes tipo 2 en la vida, más tarde que los que eran alimentados con fórmula, por otro lado, los niños y los adultos sin diabetes que habían sido amamantados tenían marginalmente menores concentraciones de insulina en ayunas, que aquellos que fueron alimentados con fórmula, así como menores concentraciones de glucosa en sangre y de insulina en suero en la infancia.

2.2 Beneficios para la salud materna

Los autores Becerra, Bonilla, y Rodríguez (2015) realizaron un meta análisis para identificar los posibles beneficios fisiológicos de la leptina, (hormona asociada al control del apetito y a la regulación del gasto energético) para la madre durante el período de lactancia. Concluyeron que la lactancia materna no solamente tiene beneficios para el infante, sino que también para la madre, en

tanto que se la ha relacionado con la activación de cadenas de señalización de leptina, las cuales disminuyen los riesgos de enfermedades como hipertensión, obesidad, cáncer y depresión, entre otras.

2.2.1 Beneficios biológicos.

El inicio de la lactancia materna inmediatamente después del parto estimula la liberación de la oxitocina, que es la hormona que ayuda a contraer el útero, expele la placenta y reduce el sangrado posparto. La lactancia materna retrasa además el regreso de la fertilidad, reduciendo de este modo la exposición a los riesgos de la salud materna, asociados a cortos intervalos entre nacimientos, puesto que uno de los beneficios es el estado natural de infertilidad producida por la lactancia materna (León, Lutter, Ross, y Martin. 2002; Villar, Valenzuela, Ruiz, García, Álvarez y León, 2003).

Así mismo disminuye el riesgo de padecer cáncer de mama y de ovario en la mujer premenopáusica (Allen & Hector, 2005; De la Torre, 2006).

Además, favorece la pérdida de peso debido a que tiene un costo aproximado de energía de 500 kcal por día. Sin embargo, el aumento de la ingesta calórica materna o la disminución de la actividad física, pueden atenuar los efectos de pérdida de peso; reduce a largo plazo riesgos de desarrollar cáncer de mama y ovario, así mismo disminuye el riesgo de padecer diabetes tipo 2 y problemas cardiovasculares, además de que facilita y fortalece la relación afectiva madre–hijo, y provee ventajas económicas (Colchero, Contreras-Loya, López-Gatell & González de Cosío, 2015).

2.2.2 Beneficios económicos

El impacto en el presupuesto familiar de la compra de fórmulas puede resultar agobiante. En especial cuando se presenta el sorpresivo costo adicional del cuidado de salud del niño enfermo. Cuando el costo del cuidado médico recae sobre el sistema de salud o las prestadoras de servicios de salud, el impacto económico se siente a ese nivel. Cuando la enfermedad del niño o motiva la ausencia de la madre al trabajo, los empleadores y la economía también se ven afectados (León, Lutter, Ross, y Martin. 2002).

Las mejoras en las prácticas de lactancia se asocian con ahorros millonarios para los gobiernos por la morbilidad y mortalidad prevenida (Bartick y Reinhold 2010). La leche materna es un alimento ecológico que no necesita fabricarse, envasarse ni transportarse, con lo que se ahorra energía y se evita la contaminación del medio ambiente (De la Torre, 2006).

2.2.3 Beneficios psicológicos

En un estudio realizado por Mezzacappa, y Katkin en 2002, acerca de la asociación entre amamantar y la percepción de estrés y humor negativo, encontraron que las mamás que practican la lactancia reportaron menos estrés percibido, así mismo, la lactancia materna se asoció con una disminución del estado de ánimo negativo, y la alimentación con biberón re relacionó con menor grado del estado de ánimo positivo.

De la misma forma previene la depresión posparto, debido a que la oxitocina liberada durante la succión del pezón, desencadena en la madre un efecto tranquilizador y de bienestar. Al amamantar se secretan endorfinas que alcanzan un pico máximo a los 20 minutos de iniciada la lactancia, provocando en la madre sensaciones placenteras (Aguilar Palafox & Fernández Ortega 2007; Delgado et al. 2006; Dieterich, Felice, O'Sullivan y Rasmusen, 2013)

2.3 Epidemiología

A pesar del trabajo de los especialistas en salud y de los programas internacionales que promueven la lactancia materna, las tasas de inicio y la continuación en muchos países siguen siendo inferiores a la óptimas (Swanson, y Power, 2005). Desde un marco internacional, se sabe que la lactancia materna está contribuyendo a la reducción de las brechas de salud entre los niños ricos y los niños pobres en los países de ingresos bajos y medianos, las cuales serían aún mayores (Victora, Bahl, Barros, França, Horton, Krasevec, et. al., 2016). En la figura 3 se muestra la proporción de niños lactados hasta alrededor de 12 meses de edad, los datos provienen de 153 países entre 1993 y 2013. Se observa que en los países desarrollados el porcentaje de práctica de lactancia materna es menor en comparación con los países en desarrollo.

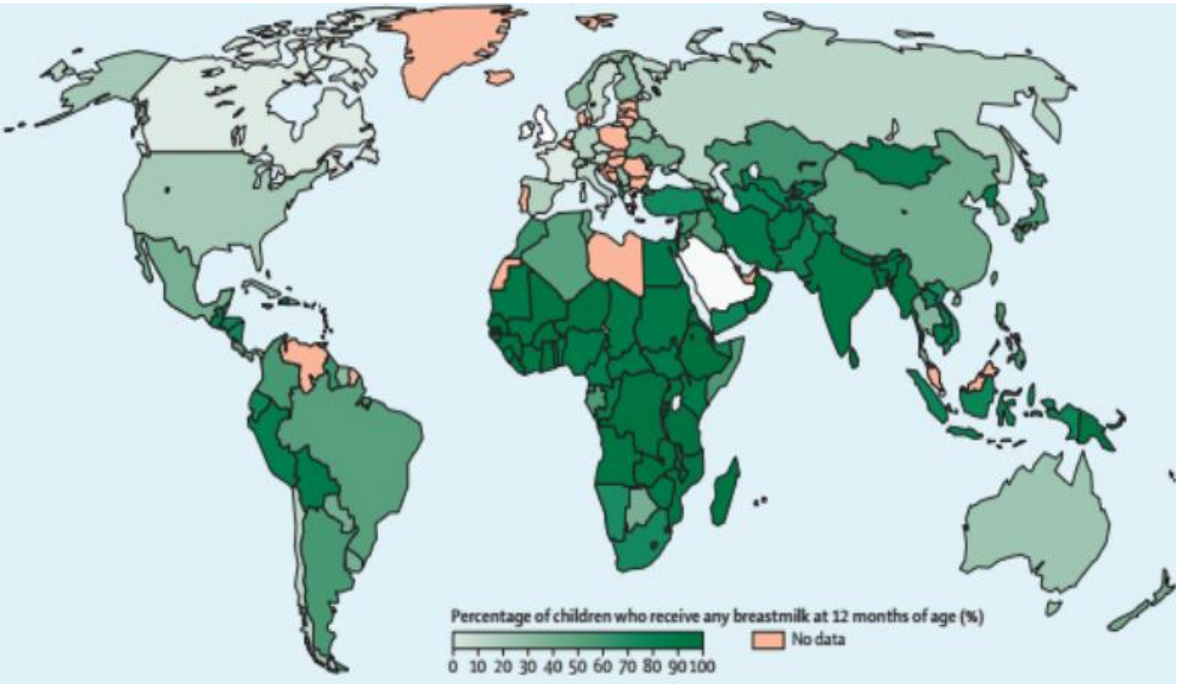


Figura 3: Proporción de niños de alrededor de 12 meses de edad que son amamantados en 153 países. Adaptado de Victora, Bahl, Barros, França, Horton, Krasevec, et. al. (2016)

En México hubo una disminución casi del 8% entre el 2006 y 2012 de acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012).

En México, durante la década de los setenta el porcentaje de madres que inició la LM fue de 78%, con una duración media de 8.7 meses, en el que se observó que los lactantes de 3 meses eran alimentados en forma exclusiva en un 15.3%, y que 22% nunca fueron alimentados con el seno materno, de acuerdo con los datos reportados por la (ENSANUT 1999). Hubo diferencias significativas en la incidencia de acuerdo con las encuestas de los años 2006 y 2012, período en el que existe una disminución de la LM y LME; si se hace una revisión cronológica entre los datos reportados en los años de 2006 y 2012, el 14.4% de las mexicanas practicó la LME los primeros 5 meses de vida de sus bebés, en comparación al año 2006, donde el porcentaje era del 22.3%, asimismo, la introducción de alimentos sólidos, semisólidos o suaves se hizo en un período de edad de los 6 a los 8 meses de edad, lo que indica que aumentó del 88.5% al 94.8% en el año 2012. Además, la lactancia materna continua a los 2 años de edad disminuyó del 18.6% al 14.1% Este descenso se explica por un incremento en el porcentaje de bebés que consumen fórmula infantil, otras leches y agua (ENSANUT, 2012).

González, Escobar, González, y Rivera (2013), en un estudio sobre las prácticas de alimentación infantil en México, basado en los datos de la ENSANUT 2012, encontraron que la mediana de la duración de lactancia es alrededor de 10 meses, y que la disminución de la práctica de la LME está ocurriendo en los grupos de mayor vulnerabilidad social: indígenas, medio rural, en la región sur del país, quienes no reciben servicios de salud y en madres que no cuentan con un empleo remunerado. Concluyeron que, en estos grupos, el valor protector de la lactancia en contra de enfermedades infecciosas podría tener mayor efecto, debido a que el medio ambiente de pobreza

expone a los infantes a un mayor riesgo de enfermar y morir por infecciones respiratorias y diarreicas. Asimismo, el abandono de la LM y de la LME en la población más vulnerable incrementa la probabilidad de padecer sobrepeso. Debido a esto, la disminución en la práctica de LME representa un problema de salud pública que debe ser atendido de forma interdisciplinaria.

CAPÍTULO 3. FACTORES ASOCIADOS A LA INICIACIÓN Y DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

3.1 Macrosociales

Existen múltiples factores socioculturales y psicológicos vinculados a la práctica y abandono de la lactancia materna exclusiva que según se ha explicado, repercuten en el estado de salud de los lactantes. Algunos autores consideran que a partir de la segunda mitad del siglo XX ha existido una pérdida paulatina del hábito de lactancia natural en los países industrializados, y lo que es peor aún, también en los países subdesarrollados, debido sobre todo a la gran diversidad de tipos de leche y de sus derivados industriales, así como su amplia comercialización, conjuntamente con factores socioculturales (Díaz, Soler, Ramos y González, 2001).

En América Latina es notorio que un mejor nivel socioeconómico, una mayor escolaridad materna y el trabajo fuera del hogar se asocian con porcentajes mayores de abandono temprano de esta práctica. Se ha demostrado que la lactancia materna es uno de los pocos comportamientos positivos para la salud cuya prevalencia en los países pobres es mayor que en los ricos; de ahí que las mujeres pobres amamantan por más tiempo que las adineradas en los países de ingresos bajos y medianos. (Navarro, Duque, y Trejo, 2003; Swanson, y Power, 2005.)

3.2 Microsociales

En acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (2016) y la OMS (2016), la lactancia materna está determinada por diversos factores que se pueden clasificar como lo muestra la figura 4. La comprensión y estudio de dichos factores propiciará intervenciones de psico-educación adecuadas para su promoción.

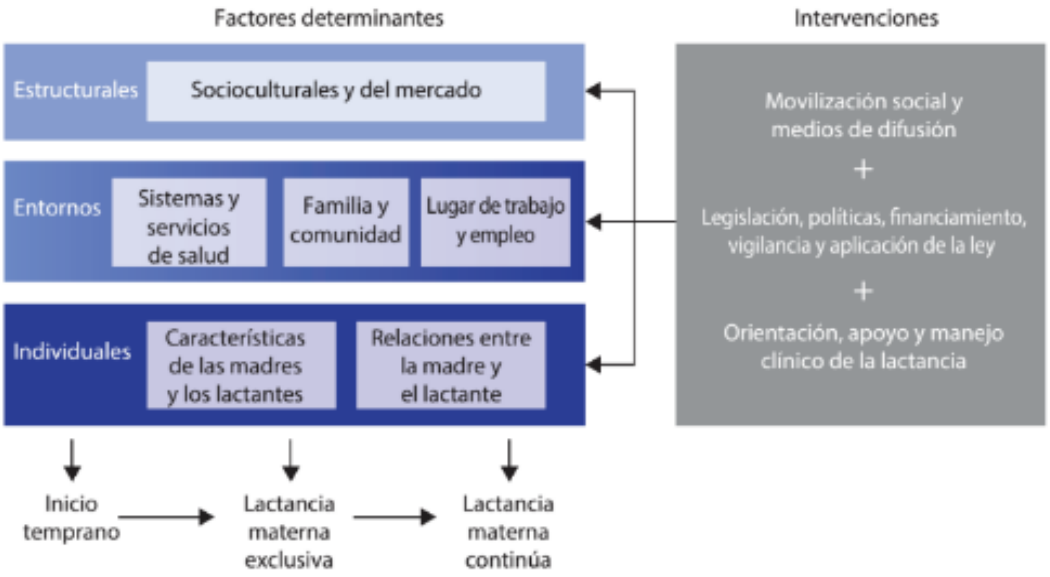


Figura 4: Condiciones propicias para la lactancia materna "un modelo conceptual". Adaptado de Victora, Bahl, Barros, França, Horton, Krasevec, et. al., (2016).

Para que las madres puedan practicar el amamantamiento exclusivo durante los seis, la OMS (2016) recomienda:

1. Iniciar el amamantamiento durante la primera hora de vida;
2. Practicar el amamantamiento exclusivo, es decir, proporcionar al lactante únicamente leche materna, sin otros alimentos o bebidas, ni siquiera agua;
3. Dar el pecho cuando el niño lo reclame, ya sea de día o de noche;
4. No utilizar biberones, tetinas o chupetes.

Las razones reportadas en la ENSANUT (2012), por las cuales las madres de niños menores de 24 meses nunca amamantaron a sus bebés fueron: la sensación de no tener leche (37.4%), enfermedad de la madre (13.7%) o que el hijo no quiso el pecho (11.4%).

Kronborg y Vaeth (2004) realizaron un estudio en Dinamarca, en el cual identificaron las principales variables psicosociales que influyen en el inicio y duración de la LME, las definieron de la siguiente manera:

• Intención: la decisión de una madre sobre su plan/objetivo para la alimentar a su bebe.

• Experiencia: la experiencia previa de una madre sobre lactancia materna.

• Influencia social, norma subjetiva: la evaluación global de una madre del grado de personas influyentes en su vida que aprueban su amamantamiento.

• Apoyo social: la opinión de una madre sobre el apoyo que ha recibido desde su red (información, asistencia emocional e instrumental desde sus padres, familia, amigos y profesionales de la salud).

• Autoeficacia: la confianza de una madre en su habilidad para llevar a cabo la lactancia materna.

• Recursos: la capacidad de auto información de una madre para hacer frente con el recién nacido.

• Conocimiento: el conocimiento de una madre sobre lactancia materna.

• Evaluación de resultados: el valor que una madre le otorga al éxito del amamantamiento.

En particular, las madres con alta autoeficacia tuvieron intenciones de la lactancia materna durante un período más largo de tiempo, y que entre las madres primíparas, el alto conocimiento de la lactancia materna estuvo asociado con la larga duración de la misma, sin embargo, asociación no la encontraron entre las multíparas.

Broche, Sánchez, Rodríguez y Pérez (2011), realizaron un estudio sobre los factores psicosociales relacionados con la lactancia, identificaron que las madres con conocimientos deficientes sobre la lactancia materna lactaron a sus bebés por menor tiempo. Tres cuartas partes de las mujeres refirieron como causa de abandono de LME, que el niño se quedaba con hambre y la insuficiente disponibilidad de leche en las mamas. Destacaron que factores como ser madre adolescente, tener escolaridad secundaria y contar con una ocupación como obrera o técnica, se asoció al abandono de la lactancia materna antes de los 4 meses. Los autores reportan también diferentes mitos e ideologías, que posiblemente intervienen en la disminución de la LME como son: "que a los recién nacidos hay que darles suplementos durante los primeros días porque la madre todavía no tiene leche y los niños lloran de hambre"; "que las mamás miman a sus hijos demasiado, los llevan demasiado en brazos y así los malcrían"; "que no hay suficiente hierro en la leche humana para satisfacer las necesidades del bebé, y por ello debe darse suplementos de hierro rutinariamente"; "que cuando una mujer tiene escasez de leche, generalmente se debe al estrés, la fatiga o el bajo consumo alimenticio y de líquidos"; o también que "algunos niños son alérgicos a la leche materna". Todas estas ideologías pueden impactar directamente en la formación de la intención y creencias hacia la lactancia.

Por otro lado, hay factores biológicos en la madre que pueden impedir que se lleve a cabo la LME, de acuerdo con los autores Gorrita, Bárcenas, Gorrita, y Brito, (2014) algunos ejemplos son: congestión mamaria, dificultad para saber la cantidad de leche que el bebé está tomando, filtración de leche de las mamas, reflejo de salida de la leche en momentos diferentes a aquellos en que se está amamantando, así como dolor en los pezones. Además, pueden sentirse ansiosas, tensas y confundidas, y la falta de experiencia o apoyo, y el miedo o la vergüenza a pedir ayuda.

Se sabe que la producción y mantenimiento de la lactancia materna está regida por un mecanismo neuroendocrino que funciona a través del eje hipotálamo-hipófisis-glándula mamaria, todo ello controlado por la corteza cerebral. Cuando la persona recibe estímulos del medio externo que le provocan estados de ánimo displacenteros (temor, sufrimiento o angustia), esto se manifiesta en el funcionamiento de órganos y sistemas y en la respuesta psicomotora del individuo; en el caso de la mujer que amamanta, la traducción puede ser la insuficiente producción de leche y el rechazo a la lactancia materna como momento que exige de la concentración y dedicación de tiempo (Díaz y Soler, 2002).

3.3 Estructurales

Existen acciones internacionales que buscan seguir las recomendaciones de la OMS respecto a la LME, dichas acciones implican la modificación de factores distales y proximales, relacionados con el sistema, servicios y el personal de salud.

Dentro de las actividades establecidas para promover la lactancia materna se encuentran: el alojamiento conjunto de la madre y el neonato propuesta en 1989, creación de programas hospitalarios durante la atención del parto como el Hospital Amigo del Niño y de la Madre (PHANM), que tiene por objetivo promover el inicio temprano y exclusivo de la LM, a través del acompañamiento a la madre durante el procedimiento del amamantamiento, además, excluye la utilización de biberones y sucedáneos de la leche materna (Navarro, Duque, y Trejo, 2003). Existe la iniciativa llamada los Diez pasos hacia una feliz lactancia natural (UNICEF, 2016):

1. Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia materna que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de la salud.
2. Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.

3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia materna y la forma de ponerla en práctica.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al alumbramiento.
5. Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos.
6. No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén médicamente indicados.
7. Facilitar la cohabitación de las madres y los lactantes durante las 24 horas del día.
8. Fomentar la lactancia materna a libre demanda.
9. No dar a los niños alimentados chupetes artificiales.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia materna y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica.

Los beneficios biológicos de la LM en la protección contra enfermedades infecciosas se refiere a las propiedades inmunológicas y antibacterianas de la leche humana y la eliminación de la exposición a patógenos que pueden ser introducidos a través de la preparación y entrega de la alimentación con fórmula. Esta evidencia es fuerte tanto para los países desarrollados y en desarrollo (Allen y Héctor, 2005).

CAPÍTULO 4. TEORÍA DE LA ACCIÓN RAZONADA

Debido a que la lactancia materna desempeña una función muy importante al mejorar la nutrición, la educación, la salud y la supervivencia de las madres y los niños. Resulta necesario plantear intervenciones que aseguren a las madres saber más sobre lactancia materna durante la etapa prenatal y que sirvan para apoyar la permanencia de la LM en la etapa posnatal. Estas intervenciones pueden ser la implantación de programas específicos de promoción de la LM en el primer nivel de atención, durante el control prenatal, la integración de grupos de apoyo en el interior

de los centros de trabajo, la adecuación de áreas específicas para la LM que permitan la extracción y almacenamiento de la leche materna, el cumplimiento, por parte del empleador, de las facilidades legales que debe brindar a las madres después del parto (Navarro, Duque, y Trejo, 2003).

Para plantear intervenciones que promuevan la lactancia materna, es necesario analizar los componentes psicológicos que intervienen en la conducta de amamantar, por lo que en esta investigación se utilizará como eje la teoría de la acción razonada (TAR) de Fishbein y Ajzen, (1975), plantearon que las intenciones de comportamiento son los antecedentes inmediatos a la conducta y están en función de la información más destacada o creencias acerca de la probabilidad de que un determinado comportamiento dará lugar a un resultado específico. Básicamente, estos autores proponen que las creencias de una persona acerca de un objeto determinan cómo siente la persona respecto al objeto (es decir, las actitudes del individuo). A su vez la actitud determina las intenciones comportamentales de la persona con respecto a ese objeto. Por último, estas intenciones determinan cómo el individuo se comporta hacia el objeto. La TAR, parte de que los humanos son normalmente muy razonables y hacen uso sistemático de la información que disponen, consideran que la gente medita las implicaciones de sus acciones antes de decidir conducirse o no de cierto modo. En consecuencia, denominaron a su enfoque como: teoría de la acción razonada. Dividieron las intenciones de comportamiento en dos conjuntos conceptualmente distintos: conductuales y normativos. Las creencias de comportamiento se postulan para ser la influencia activa subyacente en una actitud del individuo hacia el comportamiento, mientras que las creencias normativas influyen en la norma subjetiva del individuo sobre el comportamiento. Por lo tanto, la información o las creencias salientes afectan intenciones y el comportamiento posterior, ya sea a través de actitudes y por medio de las normas subjetivas. Teorizan que las actitudes hacia un objeto,

problema o persona, pueden predecirse al calcular la suma de las creencias sobresalientes acerca de estos ponderados por las fuerzas de las creencias y las valoraciones de los atributos en cada creencia; es decir, para cada creencia multiplicar la fuerza de la creencia por la evaluación del atributo, y después, se suman estos productos para cada creencia. El resultado reflejará la actitud global. Proponen que la actitud de una persona hacia algún objeto está determinada por una combinación compleja de creencias notables hacia el objeto (Madden, Ellen, y Ajzen, 1992; Perlman & Cozby, 1986).

A continuación, se hace una explicación detallada de los componentes de dicho modelo:

Actitud: Existe un acuerdo general en que la actitud representa un resumen de la evaluación psicológica de un objeto capturado en las dimensiones de atributos como bueno- malo, lesividad - beneficioso, agradable - desagradable, y simpático – no simpático (Ajzen, 2001). La idea de que las actitudes son disposiciones para evaluar los objetos psicológicos parece dar a entender que tenemos una, y sólo una actitud hacia un objeto dado o problema; Los trabajos recientes, sin embargo, sugieren que esto puede ser demasiado simplista, se propone un modelo de actitudes duales, donde la gente puede desempeñar simultáneamente dos actitudes diferentes hacia un objeto determinado en el mismo contexto, una actitud implícita y otra explícita. La motivación y la capacidad se adoptan para generar la actitud explícita a favor de la respuesta evaluativa implícita. Dependiendo de la perspectiva, evaluaciones diferentes del mismo objeto en diferentes contextos pueden considerarse evidencia de múltiples actitudes hacia el mismo objeto, o las actitudes hacia diferentes objetos psicológicos. Las reacciones de evaluación tienden a ser inmediatas y rápidas y pueden ocurrir fuera de la conciencia, acumulándose rápidamente. En el sentido más amplio de la

funcionalidad, las actitudes facilitan la adaptación al entorno (Richard, Van der Pligt, y Vries, 1996).

Norma subjetiva: tiene que ver con las expectativas normativas percibidas de grupos o personas como referentes relevantes. Tales creencias normativas dirigen la formación de la norma subjetiva que es la percepción de la presión social para realizar o no realizar la conducta (Fishbein, y Ajzen, 2011).

Intención: de acuerdo con la teoría, un determinante central de la conducta es la intención del individuo para realizar la conducta en cuestión (Fishbein, y Ajzen, 2011). La intención es una función de dos determinantes, la evaluación personal o actitud hacia la conducta y la evaluación social o norma subjetiva (Rodríguez, 2007).

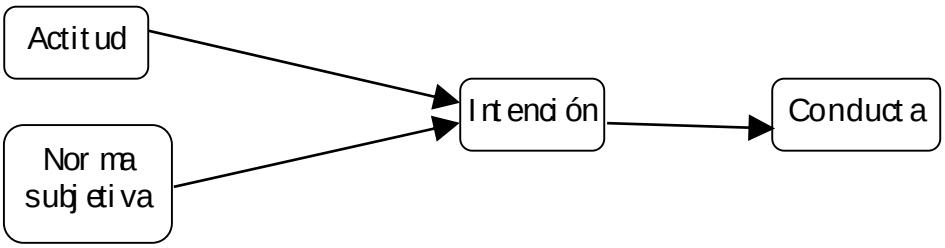


Figura 5: Modelo de la Teoría de la Acción Razonada. Adaptado de A. Carpi y A. Breva, (2001)

4.1 Teoría de la Conducta Planificada

Según indican Rodríguez, Díaz, Gracia, Guerrero, y Gómez (2007), en la teoría de la conducta planificada los términos actitud y norma subjetiva de la Teoría de la acción razonada, se retoman como componentes de la intención y se añade el control conductual percibido, que según los autores es un constructo equiparable al concepto de autoeficacia de Bandura.

La Teoría de la Conducta Planeada (TCP), indica que la conducta está guiada por tres consideraciones: creencias sobre las probables consecuencias o atributos de la conducta (creencias conductuales), creencias sobre las expectativas normativas de otras personas (creencias normativas) y creencias sobre la presencia de factores que pueden facilitar o impedir la realización de la conducta (creencias de control). Para la formación de la intención, los componentes de la TCP siguen un proceso: las creencias conductuales producen una actitud hacia la conducta favorable o desfavorable, a su vez, las creencias normativas dan resultado a la presión social percibida o norma subjetiva y finalmente las creencias de control dan lugar al control conductual percibido, la percepción de facilidad o dificultad de realizar la conducta. Actitud hacia la conducta, norma subjetiva y el control conductual percibido, en conjunto dirigen la formación de una intención de conducta (Ajzen, 2002).

Como regla general, cuanto más favorable sea la actitud y la norma subjetiva con respecto a un comportamiento, y cuanto mayor sea el control conductual percibido, la intención de un individuo debe ser más fuerte para realizar la conducta. La intención así se asume como el antecedente inmediato de la conducta. Sin embargo, debido a que algunos comportamientos plantean dificultades de ejecución que pueden limitar el control volitivo, es útil considerar el control conductual percibido además de la intención, en la medida en que el control conductual percibido es real, puede servir como un indicador de control y contribuir a la predicción de la conducta en cuestión (Fishbein, y Ajzen, 2011).

Una representación esquemática de la teoría se muestra en la figura 6.

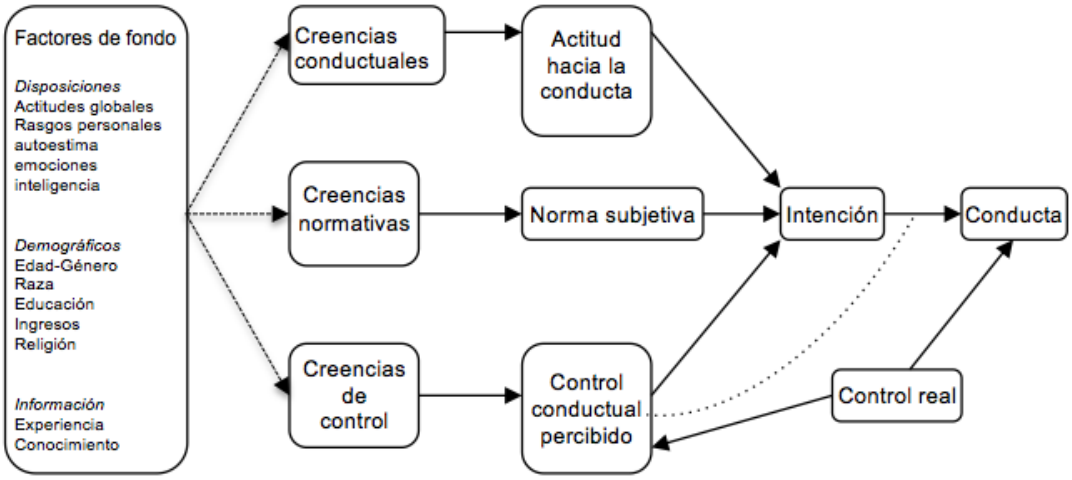


Figura 6: Teoría de la conducta planeada. Adaptado de Fishbein, y Ajzen (2011)

En conclusión, la TCP postula que una persona está motivada para llevar a cabo un comportamiento particular en la medida en que él o ella tiene una actitud positiva hacia el comportamiento, percibe la presión social para realizar el comportamiento, y espera tener el control sobre la realización del comportamiento (Richard, Van der Pligt, y Vries, 1996).

4.2 Control Conductual Percibido

El constructo de CCP, fue introducido para hacer frente a situaciones en las que las personas pueden carecer de control volitivo respecto a determinada conducta. Un alto nivel de CCP puede fortalecer la intención de la persona para realizar la conducta e incrementar el esfuerzo y perseverancia. De este modo, como se ha mencionado anteriormente, puede afectar la conducta indirectamente por su impacto en la intención, ya que cuando el CCP es verídico, proporciona información útil sobre el control actual que la persona puede ejercer en la situación y por lo tanto ser usado como un predictor directo adicional de la conducta (Ajzen, 2002).

Una idea similar a este concepto aparece en el trabajo de Bandura con el concepto de autoeficacia, donde se definen los siguientes constructos (Bandura, 1991 citado en Ajzen, 2002):

- Percepción de autoeficacia: se refiere a las creencias de las personas sobre sus capacidades para ejercer control sobre su propio nivel de marcha y sobre eventos que afectan su vida.
- Expectativas de eficacia: se definen como la convicción de que se puede ejecutar con éxito el comportamiento requerido para producir ciertos resultados.
- Autoeficacia: se refiere a las creencias de las capacidades para planear y ejecutar los cursos de acción requeridos para producir niveles dados de metas.

Se podrá observar que los constructos CCP y autoeficacia son bastante similares, ambos se relacionan con la habilidad percibida para realizar una conducta (o secuencia de conductas), sin embargo, CCP denota el grado subjetivo de control sobre la realización de la conducta misma. Así para evitar malentendidos entre expectativas de eficacia y expectativas de resultado, el término se puede entender como la percepción de control sobre la realización de la conducta (Ajzen, 2002).

4.2.1 Medición del CCP.

Así como las actitudes y norma subjetiva, el CCP puede ser medido respondiendo preguntas directas sobre la capacidad para realizar una conducta o indirectamente en la base de las creencias sobre la habilidad, de acuerdo con factores específicos inhibidores o facilitadores. La gran mayoría de estudios realizados a la fecha han utilizado el enfoque directo. A continuación, se describen los dos enfoques (Ajzen, 2002):

1) Medición basada en creencias

Para obtener información relevante sobre los factores de control, se pueden plantear dos conjuntos de preguntas con respecto a cada creencia, se les puede pedir a los encuestados que indiquen:

a) Probabilidad percibida (o frecuencia) de que un factor de control dado está presente (fuerza de la creencia de control).

   Ejemplo: No tengo el equipo adecuado para el montañismo …
   Verdadero: 1: 2: 3: 4: 5: 6: 7: Falso

b) La medida en que la presencia de factores de control tiene el poder para facilitar o impedir la realización de la conducta (poder de la creencia de control).

   Ejemplo: No tener el equipo adecuado para montañismo hace que sea …
   Más fácil para mí: 1: 2: 3: 4: 5: 6: 7: Más difícil para mí

2) Medición directa

Es designada para obtener los efectos de los factores de control percibidos como facilitadores o inhibidores. Existe gran variedad de preguntas directas que han sido utilizadas en entrevistados para obtener la percepción de la medida en la que son capaces para la realización de un determinado

comportamiento, o la consecución de un objetivo conductual. Hay una considerable uniformidad en los elementos empleados, algunos relacionados con la facilidad o la dificultad de realizar un comportamiento, y otros con el grado de control de quien lo realiza.

4.2.2 Control conductual percibido y lactancia materna

Existen estudios previos que han demostrado la eficacia explicativa de la TCP en la conducta de interés, por ejemplo, Wambach (1997) estudió la intención de practicar la lactancia materna antes y después del parto basándose en este modelo, y encontró que las actitudes y el control conductual percibido forman la intención de practicar la lactancia materna, en este sentido, la variable intervino débilmente en la duración de la lactancia materna hasta seis semanas después del parto. Por otro lado, los autores Guo, Wang, Liao, y Huang, en 2016, encontraron resultados similares, hicieron un meta análisis de las publicaciones hechas entre 1990 y 2013, concluyeron que actitud, norma subjetiva y control conductual percibido fueron predictores significativos de la intención de lactancia materna, a su vez esta variable fue antecesora inmediata de la conducta de lactancia materna. Por su parte, Dodgson, Henly, Duckett y Tarrant (2003) hicieron un estudio de la aplicación transcultural de TCP basada en modelos para la duración de la lactancia materna entre las madres de Hong Kong, y encontraron que las variables de la TCP fueron predictores significativos de la duración de lactancia materna.

CAPÍTULO 5. JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El desarrollo de instrumentos para estudiar los componentes psicológicos que intervienen en la ejecución de conductas saludables resulta imprescindible como es el caso de la lactancia materna. Son diversos los beneficios de la LM, de acuerdo con León, Lutter, Ross, y Martin, (2002) los beneficios más importantes y más visibles de la lactancia materna consisten en la inmediata salud y supervivencia del lactante. Durante los primeros seis meses de vida las tasas de enfermedades infecciosas y defunciones son menores entre lactantes amamantados en forma exclusiva que entre los amamantados en forma parcial o mixta.

A pesar de esto, en México ha existido un decremento de la lactancia materna, menos del 15% de las mujeres practican la LME según los resultados hallados por la ENSANUT realizada en el año 2012. Esta situación tiene consecuencias a nivel social y personal y es multicausal.

Desde ésta problemática surge el interés de explicar los determinantes conductuales en la lactancia materna, y específicamente el rol del control conductual percibido en la intención de las mujeres embarazadas, a través del desarrollo de una escala válida y confiable, desde el enfoque de la teoría de la conducta planeada (Ajzen, 1991), la cual ha sido ampliamente utilizada para explicar conductas de salud, y es un marco teórico de referencia para investigar los predictores de la conductas y para el desarrollo de programas e intervenciones que aumenten la motivación de la práctica de la lactancia (Guo, Wang, Liao, y Huang 2016).

Durante la revisión bibliográfica, en México no se encontró un instrumento similar dirigido al estudio de la LME, a pesar de que su incidencia ya disminuyendo.

Se pretende que la escala cumpla con los criterios de validez y confiabilidad estadística, y que pueda ser aplicable en investigaciones futuras para en el desarrollo de intervenciones psicológicas dirigidas a la promoción de la lactancia.

CAPÍTULO 6. OBJETIVOS

6.1 Objetivo general

Diseñar y determinar la validez y confiabilidad de un instrumento que permita medir la percepción de control en la intención de practicar la lactancia materna exclusiva de acuerdo con la Teoría de la conducta planeada, en mujeres embarazadas de la Ciudad de México.

6.2 Objetivos específicos

1. Determinar la validez de contenido del instrumento diseñado.
2. Determinar la validez de constructo del instrumento diseñado.
3. Determinar la confiabilidad del instrumento diseñado.

CAPÍTULO 7. MÉTODO

7.1 Tipo de estudio

Instrumental. Consiste en el desarrollo de pruebas y aparatos, incluyendo tanto el diseño (o adaptación) como el estudio de las propiedades psicométricas de los mismos (Montero & León, 2007).

7.2 Variables

Definiciones conceptuales

Control conductual percibido: la presencia de factores que pueden facilitar o impedir la realización de la conducta (Ajzen, 2002).

Control conductual percibido de la lactancia materna: el juicio de la madre sobre el grado en que puede implementar con éxito la lactancia materna (Duckett, Henly, Avery, Potter, Hills, Hulden, y Savik, 1998)

Definiciones operacionales

Control conductual percibido de la lactancia materna: puntajes obtenidos en los 28 reactivos diseñados para medir el Control Conductual Percibido en la intención de practicar la Lactancia Materna Exclusiva en mujeres embarazadas.

7.3 Participantes

119 mujeres embarazadas, usuarias de un centro de salud de primer nivel de atención ubicado al oriente de la ciudad de México, quienes participaron de forma voluntaria mediante un consentimiento informado verbal.

7.4 Criterios de exclusión

- ✓ Embarazadas portadoras de VIH
- ✓ Que tengan contraindicada la lactancia.
- ✓ Mujeres que no sepan leer.

7.5 Instrumentos

Se utilizaron reactivos para medir factores socio demográficos y relacionados con la historia gestacional del embarazo, y el instrumento diseñado para medir el control conductual percibido, en la intención de practicar la lactancia materna exclusiva en mujeres embarazadas.

7.6 Desarrollo del instrumento para medir el control conductual percibido hacia la lactancia materna

El procedimiento tuvo dos componentes: uno cualitativo y otro cuantitativo. La parte cualitativa implicó la revisión teórica del modelo de Ajizen y de instrumentos relacionados; en segunda instancia se obtuvo información de las creencias y actitudes de la muestra (mujeres embarazadas) hacia el tema de lactancia materna exclusiva, para lo cual se estructuró un grupo focal de mujeres embarazadas usuarias de un centro de salud de primer nivel de atención. Después de la obtención de la información se realizaron análisis cualitativos del contenido del discurso, basado en las grabaciones de voz y video. El instrumento de medición del control conductual percibido se construyó incorporando los constructos teóricos clave, y la información obtenida a través del grupo focal. Así mismo, se realizó un análisis de expertos y con pares para verificar que la redacción y concordancia de los ítems fuera adecuada. La fase cuantitativa implicó la captura de los 119 cuestionarios y su análisis estadístico.

Las participantes fueron invitadas a participar en sala de espera del Centro de Salud. Respondieron el cuestionario auto administrado en un rango de tiempo de entre 15 y 20 minutos.

7.7 Análisis de datos

Con base al análisis de discurso del grupo focal, se abordó el constructo de CCP desde dos vertientes: 1) situaciones que facilitan amamantar al infante y 2) circunstancias que podrían representar barreras para llevar a cabo la LME. Posteriormente, se redactaron los ítems del instrumento, de acuerdo con la frecuencia de cada facilitador o barrera que expresó la muestra del grupo. Los datos se analizaron con el programa Atlas ti versión 1.0.43

Por otra parte, se realizó la codificación de datos y una revisión con el fin de identificar errores de captura. Para analizar las propiedades psicométricas de la escala de CCP, se realizaron análisis descriptivos de los reactivos, se determinó el tipo de distribución de los datos de cada una de las variables, así mismo, se estimó la capacidad discriminativa de cada reactivo mediante la comparación de cada ítem, sumando el total de las respuestas de todos y tomando al percentil 50 como punto de corte, se dividió al grupo en puntajes altos y bajos. Aquellos reactivos que no discriminaran fueron eliminados. Además se conservaron los reactivos con un valor de correlación mínimo de 0.2 y máximo de 0.8, y que fueran significativos. Posteriormente, se estimó la validez de constructo mediante un Análisis de Factor Exploratorio (AFE), y la validez de criterio a través de una correlación entre la edad y los factores. La confiabilidad se estimó mediante un análisis de consistencia interna de los reactivos remanentes, y se hizo una correlación entre los factores resultantes del AFE. Todos los análisis se realizaron con el programa de análisis estadístico STATA, V. 13.

CAPÍTULO 8. RESULTADOS

8.1 Primera fase

El grupo focal estuvo conformado por 16 mujeres embarazadas. La media de edad fue de 20 años, 5 eran menores de edad, la mayoría (12 personas) estaban casadas, 9 tenían estudios de secundaria completa o incompleta y 13 se dedicaban al hogar. Nueve se encontraban en el segundo trimestre del embarazo, y la misma cantidad eran primíparas.

Se realizó el análisis del contenido del discurso y lo relacionado (ver Tabla 1) con el CCP se categorizó en facilitadores y barreras, desde las dimensiones personales y sociales.

TABLA 1 ANÁLISIS DE CONTENIDO

FACILITADORES		BARRERAS	
Personales	**Sociales**	**Personales**	**Sociales**
- Ya no voy a trabajar	- Nos llevamos una cobijita	- Estoy estudiando todavía	- Te ven de una manera extraña
- Sacar leche y guardarla	- Me llevo una cobijita	- No tuvieras el tiempo	- Cuando ya están más grandes a ellos mismos luego no les gusta taparse y se quitan las sabanas
- Los protectores	- Algo que traigas para poder cubrirte	- Tuvieras que trabajar	- Enfrente de tus suegros
Oportunidad en los horarios		- Son los primeros días, semanas los más difíciles	
Sentirte a gusto y cómoda (2)			
En tu cuarto			
Poner música (2)			
- Posición correcta (2)			
- Echar vaselina			
Con tantita leche de nosotros nos cicatrizan las grietas			
Hablarle al bebé			

8.2 Segunda fase

8.2.1 Descripción de la muestra.

El promedio de edad de las participantes fue de 23.2 (D.E. 5.7) años. El 30 por ciento tenía entre 14 y 19 años. Tuvieron en promedio 25.2 (D.E. = 8.12) semanas de gestación; el promedio de consultas prenatales en el centro de salud fue de 4.46 (D.E. = 3.7) con un rango de 1 a 11, y en consulta privada un promedio de 3.36 (D.E. = 2.2). De la muestra el 22 % acudía al grupo de ayuda mutua (GAM) de mujeres embarazadas del centro de salud. Respecto al uso de algún tipo de método de planificación familiar previo al embarazo el 58 % no utilizó.

TABLA 2 DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA MUESTRA (N= 119)

Variable	n (%)
Estado civil	
Casada o unión libre	92(77.31)
Soltera	25(23.01)
Otro	2(1.68)
Ocupación	
Ama de casa	79(66.39)
Estudiante	11(9.24)
Comerciante, trabajadora administrativa, pequeña empresaria	10(8.40)
Desempleada, jubilada o pensionada	8(6.72)
Profesional o técnica especializada, jefa y/o directiva de empresa o institución	3(2.52)
Escolaridad	
Primaria o menos	19(15.97)
Secundaria completa	46(38.66)
Bachillerato o equivalente	43(36.13)
Licenciatura completa	11(9.24)
	119

8.2.2 Análisis de los reactivos

Se estimaron pruebas de discriminación para cada uno de los ítems de acuerdo al tipo de distribución obtenida con la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk, para identificar los reactivos con probabilidad de eliminación. Para distribuciones normales se utilizó correlación de Pearson y t de Student. Para distribuciones no normales fue correlación de Spearman y U de Mann Whitney, para criterios de inclusión se tomó en cuenta que en la prueba t los reactivos discriminaran entre las puntuaciones altas y bajas (diferencias significativas $p < .05$), que las correlaciones entre cada ítem y el total de la escala tuvieran valores mayores a .2 y menores a .8, se encontró que en las correlaciones todos los ítems se correlacionan con la escala total.

TABLA 3 ANÁLISIS DE DISCRIMINACIÓN DE LOS REACTIVOS

Reactivos	Correlación entre ítems	Análisis Discriminación
1. ..guardo mi leche en el refrigerador (†)		
2. ..uso protector para evitar manchar mi ropa por el escurrimiento de la leche (‡)		
3. ..mis horarios me lo permiten (†)		
4. ..me siento a gusto y cómoda (‡)		
5. ..él está cómodo (‡)		
6. ..estoy en casa (†)		
7. ..me encuentro en un lugar agradable (†)		
8. ..pongo música para estimular a mi bebé (‡)		
9. ..tengo la posición correcta para amamantar (†)		
10. ..le hablo a mi bebé mientras le doy pecho (†)		
11. ..me pongo vaselina antes de amamantar, para que el dolor no me impida hacerlo (†)		
12. ..mi leche cicatriza las grietas de mis pezones (†)		
13. ..evito pensar que me va a doler (‡)		
14. ..identifico cuándo tiene hambre (†)		
15. ..me siento tranquila/relajada (‡)		
16. ...estoy enfrente de mis suegros (‡)		
17...se quita la sábana con la que me cubro (†)		
18 ...no tengo tiempo (†)		

Reactivos	Correlación entre ítems	Análisis Discriminación
19 ...tuviera que trabajar (‡)		
20. ... me siento cansada (†)		
21. ...estoy enferma (†)		
22. ...estoy en público (†)		
23. ...tengo que hacer otras actividades (‡)		
24. ...estoy en transporte público (†)		
25. ...estoy en la calle (†)		
26. ..me siento estresada (†)		
27. ..estoy de mal humor (†)		
28. ..mi bebé rechaza mi pecho (†)		

† t de student; ‡ U Mann-Whitney: *p < .05; **p< .01

En esta fase no se eliminó ningún ítem por lo que se conservaron los 28 reactivos.

8.2.3 Análisis factorial exploratorio

En la tabla 4 se muestran los datos del análisis factorial exploratorio que identificó tres factores. Para formar cada factor se tomó en cuenta que estuviera integrado por al menos 4 elementos, que la carga factorial fuera mayor o igual a .40 y que el valor Eigen fuera mayor a uno. Con estos criterios se eliminaron 4 reactivos: "guardo mi leche en el refrigerador", "uso protectores para evitar manchar mi ropa por el escurrimiento de la leche", "mis horarios me lo permiten" y "me pongo vaselina antes de amamantar, para que el dolor no me impida hacerlo", por lo cual, la escala quedó integrada por 24 ítems que explicaron el 81% de la varianza total.

8.2.4 Descripción de los factores

La estructura factorial del instrumento se muestra en la Tabla 4. Por su contenido, los factores se denominaron del siguiente modo.

Factor 1 comodidad y tranquilidad (11 reactivos): Se refiere a situaciones o emociones que acompañan o favorecen el CCP.

Factor 2 tensión emocional y falta de tiempo (8 reactivos): Alude a situaciones o emociones que dificultan el grado de control de la lactancia

Factor 3 amamantar en público (5 reactivos): Se refiere a situaciones en el ámbito público que compliquen el grado del control de la lactancia.

TABLA 4 MATRIZ DE COMPONENTES PRINCIPALES CON ROTACIÓN VARIMAX

Reactivos	Factores		
	F1	F2	F3
4. ..me siento a gusto y cómoda	0.61		
5. ..él está cómodo	0.77		
6. ..estoy en casa	0.60		
7. ..me encuentro en un lugar agradable	0.71		
8. ..pongo música para estimular a mi bebé	0.56		
9. ..tengo la posición correcta para amamantar	0.71		
10. ..le hablo a mi bebé mientras le doy pecho	0.78		
12. ..mi leche cicatriza las grietas de mis pezones	0.51		
13. ..evito pensar que me va a doler	0.46		
14. ..identifico cuándo tiene hambre	0.77		
15. ..me siento tranquila/relajada	0.72		
18. ..no tengo tiempo		0.60	
19. ..tuviera que trabajar		0.56	
20. ..me siento cansada		0.65	
21. ..estoy enferma		0.51	
23. ..tengo que hacer otras actividades		0.48	
26. ..me siento estresada		0.80	
27. ..estoy de mal humor		0.80	
28. ...mi bebé rechaza mi pecho		0.62	
16. ..estoy enfrente de mis suegros			0.74
17. ..se quita la sábana con la que me cubro			0.59
22. ..estoy en público			0.72
24. ..estoy en transporte público			0.53
25. ..estoy en la calle			0.73

8.2.5 Análisis de confiabilidad

La consistencia interna del factor relacionado con los facilitadores fue de .887, la del relacionado con barreras emocionales y falta de tiempo fue de .844 y la del último factor que se refiere a barreras para alimentar en público fue de .829.

Se observó una correlación entre el factor 2 "tensión emocional y falta de tiempo" y el 3 "amamantar en público" los cuales estan relacionados con las situaciones que dificultan el de control conductual percibido, por el contrario, el factor 1 "Comodidad y tranquilidad" no tuvo correlación con ninguno lo que indica que es un factor independiente. La Tabla 4 muestra las correlaciones entre los tres factores.

TABLA 5 MATRIZ DE CORRELACIONES ENTRE FACTORES

Factores	F2	F3
F1	-0.11	-0.07
F2	-	0.48**

**p<.001

Se obtuvo una correlación modesta entre la edad y el F1 (Sr=.18; p =.05), que sugiere que las mujeres de mayor edad tienden a percibir más facilitadores. Por el contrario la correlación negativa entre edad y F2 (Sr=-.19; p =.05), indica una tendencia respecto a que las mujeres mayores tienden a percibir menos barreras.

No se observaron diferencias significativas en ninguno de los factores por estado civil (soltera vs otro), ocupación (ama de casa vs otra), ni escolaridad. Del mismo modo, no se encontraron diferencias entre los factores por paridad (primíparas vs multíparas) ni asociación con el número de embarazos previos.

CAPÍTULO 9. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo principal de este estudio fue diseñar y validar una escala, para medir la percepción de control con relación a la lactancia materna en mujeres embarazadas usuarias de un centro de salud de primer nivel de atención en la Ciudad de México, el eje teórico para la elaboración de la escala fue la Teoría de la conducta planeada, la cual cuenta con una amplia base empírica que permite verificar su validez en diferentes poblaciones y con respecto a diversas conductas (Rodríguez, Díaz, Guerrero y Gómez, 2007).

La escala finalmente quedó integrada por 24 reactivos (Anexo 3) agrupados en 3 factores, el resultado demuestra el cumplimiento de los objetivos de esta investigación, ya que comprobó consistencia interna y validez, por lo que, se recomienda utilizar en un estudio de tipo longitudinal, donde se pueda reconocer qué factor tiene mayor influencia en el inicio y mantenimiento de la lactancia materna al menos durante los 6 meses después del parto.

Con relación a la validez de constructo de la escala se identificaron tres factores: el primero relacionado con situaciones y emociones que pueden facilitar la conducta de lactancia y los dos restantes con las barreras emocionales y situacionales hacia la práctica de la lactancia materna. En la correlación entre los factores, solo los relacionados con las barreras tuvieron un valor de correlación aceptable y significativo (.48, $p<.001$) lo que indica que son constructos teóricamente similares, además de que son diferentes al relacionado con los facilitadores, ya que no se encontró correlación.

Respecto a las barreras el factor de cansancio y falta de tiempo, de acuerdo con los autores Khoury, Moazzem, Jarjoura, Carothers, y Hinton (2005), tiene una asociación entre la iniciación de la

lactancia materna y el control percibido de las mujeres. La falta de tiempo tiene que ver con el trabajo fuera de casa, y se ha comprobado que esto es una dificultad real para practicar la lactancia, por ejemplo, Cardalda, Martínez, Alcalá, Talavera, Hernández, Dávila, y Gomila, (2012), encontraron en su muestra como dificultades mayores para practicar la lactancia, el trabajo fuera de la casa (48%) y la baja producción de leche (40%). Sin embargo, en términos de la posible dificultad que este factor pudiera representar para la futura lactancia, en este estudio no se identificó alguna relación con la ocupación. Igualmente no se encontraron relaciones con otras variables que hipotéticamente podrían haberse relacionado con el CCP: estado civil, edad y escolaridad. Es posible que el instrumento resulte más útil para identificar las barreras o facilitadores al momento de ya tener el bebé y que no se identifiquen como tales en el transcurso del embarazo, por lo que se sugiere que se retome en investigaciones futuras. Con relación a la confiabilidad de los factores, en todos fue mayor a .80.

Dentro de las limitaciones del estudio, se debe considerar que el diseño fue transversal, por lo que sería de gran interés aplicarlo en un diseño longitudinal, donde se aplique antes y después del parto, para explorar si hay cambios en el CCP hacia la lactancia, y así tener un acercamiento a la explicación de la baja incidencia en México, a pesar de sus múltiples beneficios. Por otro lado, el tamaño de la muestra (120 participantes) no permite que los datos sean generalizables a otras poblaciones, salvo para el centro de salud donde se realizó la investigación.

Finalmente, se espera que los resultados contribuyan a identificar los factores personales asociados a la LME, que a su vez permitan diseñar intervenciones que puedan emplearse con mujeres embarazadas que acuden a los servicios de atención a la salud en el primer nivel y que tengan como objetivo fortalecer la percepción de control para la LME (Goulet, Lampron, Marcil, y Ross, 2003).

La aclaración de los componentes que subyacen a la decisión para llevar a cabo un comportamiento puede ser esencial para el desarrollo de estrategias educativas exitosas (Humphreys, Thompson, y Miner, 1998).

Se puede concluir que la escala funciona de forma adecuada, con base a sus propiedades psicométricas; de esta forma, se responde a la necesidad actual que describen Dios y Méndez (2005), de crear instrumentos en vez de adaptar.

REFERENCIAS

Ajzen, I., y Fishbein, M. (1975). Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research. Reading, MA: Addison-Wesley.

Ajzen, I. (2001). Nature and operation of attitudes. *Annual Review of Psychology, 52*(1), 27-58.

Ajzen, I. (2002). Perceived Behavioral Control, Self-Efficacy, Locus of Control, and the Theory of Planned Behavior. *Journal of Applied Social Psychology, 32* (4), 665-683.

Aguilar, M. I., y Fernández, M. A. (2007). Lactancia materna exclusiva. *Revista de la Facultad de Medicina, 50*(4), 174–179.

Allen, J., y Hector, D. (2005). Benefits of breastfeeding. New South Wales Public Health Bulletin, *16*(4), 42-46

Aguayo, J., Gómez, A., Hernández, T., Lasarte, J., Lozano, J., y Pallás, C. (2009) *Manual de lactancia materna de la teoría a la práctica*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana, S. A.

Álvarez, J. L. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. Ciudad de México, México: Paidós

Argomedo, A., Bribiesca, F., Espinosa, A., y Reyes, H. (2008). *Curso avanzado de apoyo a la lactancia materna*. Ciudad de México, México.

Arrivillaga, M., Salazar, I. C., y Correa, D. (2003). Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. *Colombia médica, 34*(4), 186-195.

Bartick, M., y Reinhold, A. (2010). The burden of suboptimal breastfeeding in the United States: a pediatric cost analysis. *Pediatrics, 125*(5), e1048-e1056.

Becerra, F., Bonilla, L., Rodríguez, J. (2015). Leptina y lactancia materna: beneficios fisiológicos. *Rev. Fac. Med*, *63*(1), 119-26. DOI: http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n1.43953.

Bener, A., Denic, S., y Galadari, S. (2001). Longer breast-feeding and protection against childhood leukaemia and lymphomas. *European Journal of Cancer*, *37*(2), 234-238.

Bobadilla, P. V., y Mendieta, G. G. (2013). Lactancia materna exclusiva y su abandono en lactantes con cardiopatía congénita comparada con lactantes sanos. *Archivos de Investigación Materno Infantil investigación Materno Infantil*, *5*(2), 56–66

Broche, R., Sánchez, O., Rodríguez, D., y Pérez, L. (2011). Factores socioculturales y psicológicos vinculados a la lactancia materna exclusiva. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, *27*(2), 254-260.

Bustos, M., González, R., Mendoza, H., y Flores, A. (2006). Factores relacionados con la duración de la lactancia materna en un grupo de niños mexicanos. *Archivos en Medicina Familiar*, enero-abril, *8*(1) 33-39.

Cardalda, B., Martínez, J., Alcalá, A., Talavera, J., Hernández, S., Dávila, M., y Gomila, R. (2012). Factores facilitadores y dificultades para una lactancia exitosa en diferentes grupos ocupacionales de madres puertorriqueñas. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, *23*(1) 91-108.

Colchero, A., Contreras-Loya, D., Lopez-Gatell, H., y de Cosío, G. (2015). The costs of inadequate breastfeeding of infants in Mexico. *The American journal of clinical nutrition*, *101*(3), 579-586.

De la Torre, M. L. (2006). Beneficios de la lactancia materna. *Jano: Medicina y Humanidades*, *45*(1594), 45-47.

Delgado, A., Arroyo, L., Díaz., y Quezada, C. (2006). Prevalencia y causas de abandono de lactancia materna en el alojamiento conjunto de una institución de tercer nivel de atención. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, *63*(1), 31-39.

Dewey, K., Cohen, J., Brown, H., y Rivera, L. (2001). Effects of exclusive breastfeeding for four versus six months on maternal nutritional status and infant motor development: results of two randomized trials in Honduras. *The Journal of Nutrition*, *131*(2), 262-267.

Díaz-Argüelles Ramírez-Corría, V. (2005). Lactancia materna: evaluación nutricional en el recién nacido. *Revista Cubana de Pediatría*, 77(2), 0-0.

Díaz Tabares, Orlando, y Soler Quintana, Marta Luisa. (2002). Aspectos epidemiológicos relacionados con la lactancia materna durante el primer año de vida. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 18(3), 183-186.

Dieterich, M., Felice, P., O'Sullivan, E., y Rasmussen, M. (2013). Breastfeeding and health outcomes for the mother-infant dyad. *Pediatric Clinics of North America*, *60*(1), 31-48.

Dios, H. C., y Méndez, C. P. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *5*(3), 521-551.

Dodgson, E., Henly, J., Duckett, L., y Tarrant, M. (2003). Theory of planned behavior-based models for breast feeding duration among Hong Kong mothers. *Nursing research*, *52*(3), 148-158.

Duckett, L., Henly, S., Avery, M., Potter, S., Hills, S., Hulden, R., y Savik, K. (1998). A Theory of Planned Behavior-based Structural Model for Breast-feeding. *Nursing Research*, *47*(6), 325-336.

Espinoza C., Zamorano C., Graham S. y Orozco A. (2014). Factores que determinan la duración de la lactancia materna durante los tres primeros meses de vida. *Anales Médicos*. 2 (59): 120- 126.

Fishbein, M., y Ajzen, I. (2011). *Predicting and changing behavior: The reasoned action approach*. Taylor and Francis. DOI: 10.4324/9780203838020

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2016). 10 pasos para la lactancia materna eficaz. Recuperado de http://www.unicef.org/spanish/nutrition/breastfeeding.html

Giles, M., Connor, S., McClenahan, C., Mallett, J., Stewart-Knox, B., y Wright, M. (2007). Measuring young people's attitudes to breastfeeding using the Theory of Planned Behaviour. *Journal of Public Health*, *29*(1), 17-26.

González de Cosío, T., Escobar-Zaragoza, L., González-Castell, L. D., y Rivera-Dommarco, J. Á. (2013). Prácticas de alimentación infantil y deterioro de la lactancia materna en México. *Salud Pública de México*, *55*, S170-S179.

Gorrita Pérez, Remigio Rafael, Bárcenas Bellót, Yasnier, Gorrita Pérez, Yelina, y Brito Herrera, Belkis. (2014). Estrés y ansiedad maternos y su relación con el éxito de la lactancia materna. *Revista Cubana de Pediatría*, *86*(2).

Guo, L., Wang, F., Liao, Y., y Huang, M. (2016). Efficacy of the theory of planned behavior in predicting breastfeeding: Meta-analysis and structural equation modeling. *Applied Nursing Research*, *29*, 37-42.

Goulet, C., Lampron, A., Marcil, I., y Ross, L. (2003). Attitudes and subjective norms of male and female adolescents toward breastfeeding. *Journal of Human Lactation*, *19*(4), 402-410.

Hediger, M. L., Overpeck, M. D., Kuczmarski, R. J., y Ruan, W. J. (2001). Association between infant breastfeeding and overweight in young children. *Jama*, *285*(19), 2453-2460.

Hernández-González, M. A., Díaz-de-León, L. V., Guízar-Mendoza, J. M., Amador-Licona, N., Cipriano-González, M., Díaz-Pérez, R.,... Solorio-Meza, S. E. (2012). La alimentación al seno materno y la presión arterial sistémica en el lactante. *Revista de Investigación Clínica*, *64*(3), 227-233.

Horwood, J., Darlow, A., y Mogridge, N. (2001). Breast milk feeding and cognitive ability at 7–8 years. *Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition*, *84*(1), F23-F27.

Humphreys, S., Thompson, J., y Milner, R. (1998). Assessment of breastfeeding intention using the transtheoretical model and the theory of reason education. *Health Education Research*, *13*(3), 331-341.

Instituto Nacional de Salud Pública. (2006). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 1999*; Resultados Nacionales. Recuperado de http://ensanut.insp.mx/informes/ensanut2006.pdf

Instituto Nacional de Salud Pública. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012;* Resultados Nacionales. Recuperado de http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf

Kelishadi, R., y Farajian, S. (2014). The protective effects of breastfeeding chronic non-communicable diseases in adulthood: A review of evidence. *Advanced biomedical research*, *3*(1)3. DOI: 10.4103/2277-9175.124629

Khoury, J., Moazzem, W., Jarjoura, M., Carothers, C., y Hinton, A. (2005). Breast-feeding initiation in low-income women: Role of attitudes, support, and perceived control. *Women's Health Issues*, *15*(2), 64-72.

Kronborg, H. y Vaeth, M. (2004). The influence of psychosocial factor son the duration of breastfeeding. Scandinavian Journal of Public Health, *32*(3), 210-216.

León-Cava, N., Lutter, C., Ross, J., y Martin, L. (2002). *Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: reseña de la evidencia*. Recuperado de http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/18539/9275123977_esp.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Madden, J., Ellen, S., y Ajzen, I. (1992). A comparison of the theory of planned behavior and the theory of reasoned action. *Personality and social psychology Bulletin*, *18*(1), 3-9.

Lawrence, R. A. (1996). Cuidados generales de la pareja madre-hijo durante la lactancia. La lactancia materna: Una guía para la profesión médica.

Mezzacappa, S., y Katkin, S. (2002). Breast-feeding is associated with reduced perceived stress and negative mood in mothers. *Health Psychology, 21*(2), 187.

Montero, I., y León, G. (2007). Guía para nombrar los estudios de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 7*(3), 847-862.

Merino, M. (2003). Lactancia materna y su relación con las anomalías dentofaciales: revisión de la literatura. *Acta odontológica venezolana, 41*(2), 154-158.

Navarro M. y Duque M. (2003). Factores que influyen en el abandono temprano de la lactancia por mujeres trabajadoras. *Salud Pública de México, 45*(4), 276-284.

Organización Mundial de la Salud. (2016). Exclusive breastfeeding. Recuperado de http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/.

Nunnally, J. y Bernstein, I. (1999). *Teoría psicométrica*. México: Mc Graw Hill

Organización Mundial de la Salud. (2013). Lactancia materna exclusiva. Recuperado de http://www.who.int/elena/titles/exclusive_breastfeeding/es/

Organización Panamericana de la Salud (2004). Transmisión del VIH a través de la lactancia: Revisión de los conocimientos actuales. Washington: OPS. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43501/1/9275326029_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud (2016). Traducción de artículos sobre Lactancia Materna de The Lancet. Recuperado de ow.ly/4nfmQP

Organización Mundial de la Salud. (2016). ¿Cómo define la OMS la salud? Recuperado de http://www.who.int/suggestions/faq/es/

Owen, G., Martin, M., Whincup, H., Smith, D., y Cook, G. (2006). Does breastfeeding influence risk of type 2 diabetes in later life? A quantitative analysis of published evidence. *The American journal of clinical nutrition, 84*(5), 1043-1054.

Peraza R. y Georgina J. (2000). Lactancia materna y desarrollo psicomotor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, *16*(4), 402-405.

Perlman, D. y Cozby, C. (1986). Actitudes y Creencias. Psicología Social. México: Interamericana

Quezada, A., Delgado, A., Arroyo, M. y Díaz, A. (2008). Prevalencia de lactancia y factores sociodemográficos asociados en madres adolescentes. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, *65*(1), 19-25.

Richard, R., Van der Pligt, J., y de Vries, N. (1996). Anticipated affect and behavioral choice. *Basic and Applied Social Psychology*, *18*(2), 111-129.

Rich-Edwards, W., Stampfer, J., Manson, E., Rosner, B., Hu, B., Michels, B., y Willett, C. (2004). Breastfeeding during infancy and the risk of cardiovascular disease in adulthood. *Epidemiology*, *15*(5), 550-556.

Rodríguez, R. (2007). La Teoría de la Acción Razonada. Implicaciones para el estudio de las actitudes. *Investigación educativa duranguense*, (7), 66-77.

Rodríguez, E., Díaz, B., Gracia, E., Guerrero, A., y Gómez, L. (2007). Capacidad predictiva de la teoría de la conducta planeada en la intención y uso de drogas ilícitas entre estudiantes mexicanos. *Salud Mental*, 30(1), 68-81.

Sanabria, M., Coronel, J., Díaz, C., Salinas, C., y Sartori, J. (2005). Perfil de la lactancia materna en cuatro servicios de referencia neonatal. *Revista chilena de pediatría*, *76*(5), 530-535.

Swanson, V., y Power, G. (2005). Initiation and continuation of breastfeeding: theory of planned behaviour. *Journal of Advanced Nursing*, 50(3), 272-282.

Soler, F. y Soler, L. (2012). Usos del coeficiente alfa de Cronbach en el análisis de instrumentos escritos. *Revista Médica Electrónica*, *34*(1), 01-06.

Tham, R., Bowatte, G., Dharmage, C., Tan, J., Lau, Z., Dai, X., ... y Lodge, C. J. (2015). Breastfeeding and the risk of dental caries: a systematic review and meta-analysis. *Acta Pediátrica*, *104*(S467), 62-84.

Tornimbeni, S., Pérez, E., y Olaz, F. (2014). Introducción a la psicometría. Buenos Aires: Paidós.

Valenzuela, F., Caldera, M., y Ham, S. (2011). Prevalencia y factores biosociales asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva. Rev. Pediatría de México, 13(2).

Victora, G., Bahl, R., Barros, J., França, V., Horton, S., Krasevec, J., ... y Group, T. L. B. S. (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, *387*(10017), 475-490.

Villar V., Valenzuela T., Ruiz R, García J., Álvarez C., y León P. (2003). Nivel de conocimiento sobre el método de la lactancia-amenorrea como recurso anticonceptivo. Revista Cubana de Enfermería, 19(2), 0-0.

Wambach, K. A. (1997). Breastfeeding intention and outcome: A test of the theory of planned behavior. *Research in nursing & health*, *20*(1), 51-59.

ANEXO 1.- Ficha de datos sociodemográficos

CUESTIONARIO LACTANCIA MATERNA

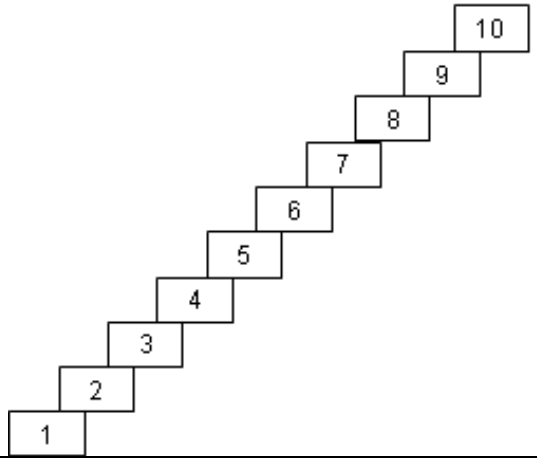
PROYECTO PAPIIT-IN307916

Instrucciones: A continuación se le presentan una serie de preguntas las cuales están relacionadas con la lactancia materna (alimentar a su hijo(a) por medio de leche materna), y con sus datos sociodemográficos (edad, estado civil, escolaridad etc.). Le solicito lea cada una de las preguntas y responda de manera honesta. Todas sus respuestas serán confidenciales y se emplearan con fines de investigación, no hay repsuestas correctas o incorrectas.

Lactancia materna exclusiva: Es la conducta de alimentar a su hijo(a) con leche materna. El inicio será durante la primera hora después del nacimiento y deber ser exclusiva hasta los 6 meses de edad, complementándola posteriormente con alimentos hasta los 2 años o más.

No marcar la parte sombreada

PARTE I ____ ___	No. Expediente: ____ Folio: ____ ____ ____
1. Nombre completo: _____ **2.** Fecha actual: _____/_____/_____ (día) (mes) (año) **3.** Teléfono(s): local: _ _ _ _ _ _ _ _ _ celular: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
4. Edad: ____ (años cumplidos)	**4.** [ ][ ]
5. Estado civil: Soltera/o (0) Casada/o, Unión libre (1) Otro (2)	**5.** [ ]
6. Escolaridad: (0) Primaria o menos (1) Secundaria completa (2) Bachillerato o equivalente completo (3) Licenciatura completa (4) Posgrado	**6.** [ ]
7. Ocupación: (0) Profesional o técnica especializada, jefa y/o directiva de empresa o institución (1) Comerciante, trabajadora administrativa, pequeña empresario	**7.** [ ]

(2) Trabajadora manual no calificado, obrera, trabajadora por cuenta propia (3) Ama de casa (4) Estudiante (5) Desempleada, jubilada o pensionada		
PARTE II 8.- Nivel socioeconómico: Imagine que esta escalera representa la posición social de las personas. En la parte más alta (escalón 10) se ubicarían los más ricos, las personas con los mejores empleos, los mejores sueldos y un gran número de recursos sociales y materiales. En la parte más baja (escalón 1) estarían las personas más pobres, sin trabajo, sin dinero, sin escolaridad y con muchas limitaciones sociales y económicas. Entre más alto se ubique más cerca se encuentra de las personas más ricas. Entre más bajo se ubique más cerca se encuentra de las personas más pobres. Por favor, marque con una cruz el escalón en el que usted crea que se encuentra usted y su familia		**8. [ ]**

ANEXO 2.- Datos del embarazo

1. Semana de embarazo/gestación: _____ 1. [ ]

2. Número de consultas prenatales:

a) En el centro de salud _____ 2a. [

b) En consulta privada _____

3. ¿Asiste a algún Grupo de Ayuda Mútua en el Centro de Salud? 2b. [

Sí (1) No (0) 3. [ ]

4. Antes de embarazarse, ¿usó algún método de planificación familiar?

a) Sí (1) No (0) 4. [ ]

a. 1) ¿Cuál? _____

5. **¿Es su primer embarazo?** 5. [ ]

Sí (1) ***pase a la parte IV*** No (0) ***continúe con la pregunta 6*** 6. [ ]

6. Contando el embarazo actual, ¿cuántos ha tenido en total?: _____

7. Número de (a) Partos: _____ **(b) Cesáreas:** _____ 7a. [ ]

8., ¿De qué forma alimentó a su(s) anterior(es) hijo(s)?:

Hijos	Lactancia materna exclusiva		Alimentación mixta		Sólo fórmula láctea	
1. Primer hijo	a. Sí (1) No (0) b. ¿Cuántos meses?	8.11a. [ ] 8.11b. [ ]	a. Sí (1) No (0) b. ¿Cuántos meses?	8.21a. [ ] 8.21b. [ ]	a. Sí (1) No (0) b. ¿Cuántos meses?	8.31a. [ ] 8.31b. [ ]
2. Segundo hijo	a. Sí (1) No (0) b. ¿Cuántos meses?	8.12a. [ ] 8.12b. [ ]	a. Sí (1) No (0) b. ¿Cuántos meses?	8.22a. [ ] 8.22b. [ ]	a. Sí (1) No (0) b. ¿Cuántos meses?	8.32a. [ ] 8.32b. [ ]
3. Tercer hijo	a. Sí (1) No (0) b. ¿Cuántos meses?	8.13a. [ ] 8.13b. [ ]	a. Sí (1) No (0) b. ¿Cuántos meses?	8.23a. [ ] 8.23b. [ ]	a. Sí (1) No (0) b. ¿Cuántos meses?	8.33a. [ ] 8.33b. [ ]

ANEXO 3.- Versión final de la escala para medir el Control conductual percibido en embarazadas

Enseguida encontrará una serie de situaciones que pueden facilitarle amamantar a su bebé. Marque con una "x" el grado de acuerdo que tiene con cada una de ellas.

Será más fácil amamantar a mi bebé si ...	Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo	
1. ..me siento a gusto y cómoda	0	1	2	3	4[ ]
2. ..él está cómodo	0	1	2	3	5[ ]
3. ..estoy en casa	0	1	2	3	6[ ]
4. ..me encuentro en un lugar agradable	0	1	2	3	7.[ ]
5. ..pongo música para estimular a mi	0	1	2	3	8[ ]
6. .t.engo la posición correcta para	0	1	2	3	9.[ ]
7. .l.e hablo a mi bebé mientras le doy	0	1	2	3	10.[ ]
8. ..mi leche cicatriza las grietas de mis	0	1	2	3	12.[ ]
9. ..evito pensar que me va a doler	0	1	2	3	13.[ ]
10. .i.dentifico cuándo tiene hambre	0	1	2	3	14.[ ]
11. ..me siento tranquila/relajada	0	1	2	3	15.[ ]

En esta parte encontrará algunas de las situaciones que pueden dificultarle que amamante a su hijo. Marque con una "x" el grado de acuerdo que tiene con cada una de ellas. Recuerde que no hay respuestas buenas ni malas, por lo que le pedimos que responda con la mayor sinceridad posible.

Me dificultará amamantar a mi hijo(a) si	Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo	
12. ...estoy enfrente de mis suegros	0	1	2	3	1.[ ]
13. ...se quita la sábana con la que me	0	1	2	3	2[ ]
14. ...no tengo tiempo	0	1	2	3	3.[ ]
15. ...tuviera que trabajar	0	1	2	3	4[ ]
16. ... me siento cansada	0	1	2	3	5.[ ]
17. ...estoy enferma	0	1	2	3	6.[ ]
18. ...estoy en público	0	1	2	3	7.[ ]
19. ...tengo que hacer otras actividades	0	1	2	3	8[ ]
20. ...estoy en transporte público	0	1	2	3	9.[ ]
21. ...estoy en la calle	0	1	2	3	10.[ ]
22. ..me siento estresada	0	1	2	3	11.[ ]
23. ..estoy de mal humor	0	1	2	3	12.[ ]
24. ..mi bebé rechaza mi pecho	0	1	2	3	