



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA**

**CARRERA DE PSICOLOGÍA**

**DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA MEDIR  
LA AUTOEFICACIA PARA LACTAR DE MUJERES  
EMBARZADAS 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:  
**MARIEL ARELI JUÁREZ CASTELÁN**

**JURADO DE EXAMEN**

**DIRECTOR: DR. en C. MARIO ENRIQUE ROJAS RUSSELL**

**COMITÉ: DRA. LUZ MARÍA FLORES HERRERA**

**DR. JUAN JIMÉNEZ FLORES**

**MTRA. GABRIELA CAROLINA VALENCIA CHÁVEZ**

**MTRA. KARINA SERRANO ALVARADO**

**Trabajo financiado por el PAPIIT: Proyecto IN307916**



Ciudad de México

Enero, 2018



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

*A Demian Velázquez*

*When at last the work is done  
Don't sit down it's time to dig another one...*

## Agradecimientos

A **Victoria Granados** y **José Luis Estrada**, mis abuelos, porque sin ustedes no hubiera podido llegar hasta aquí, gracias por apoyarme siempre a pesar de las diferencias, gracias por haber sido siempre mi sustento y alentarme a seguir, les debo mucho, los amo.

A **Francisco Juárez** y **Rosario Castelán**, mis padres, por su amor incondicional, por todo lo que pudieron darme, por todo el esfuerzo que han hecho para que pudiera cumplir mi objetivo, los amo.

A **Yareli Juárez** y **Lizeth Juárez**, mis hermanas, gracias por siempre haber estado conmigo, por siempre creer en mí, por darme un amor inmenso y mucha felicidad, gracias por ser incondicionales, las amo muchísimo.

A **Octavio Castelán**, mi tío, gracias por todo lo que has hecho por mí para que pudiera llegar hasta aquí, por todo el apoyo que me has dado, te quiero mucho.

A **Mario Rojas**. Conocerlo fue un reto, seguirlo fue natural. Gracias por darme tanto, por confiar y creer en mí, por inspirarme, por motivarme, por todo el apoyo, por todas las oportunidades para crecer, por el cariño y los buenos momentos que hemos compartido. Gracias por ser mi guía y mi amigo. Mi más grande admiración, respeto y cariño hacia usted.

A **Juan Jiménez**, tú has hecho lo más importante en mi carrera: hiciste que creyera en mí, en mi capacidad para enfrentar todos los obstáculos y seguir adelante. Te agradezco mucho que hayas confiado en mí y que me hayas dado una visión muy diferente de la psicología, gracias por todo el apoyo y cariño incondicional que me has dado, te quiero y admiro mucho.

A **Karina Serrano**, tengo que decirte que te admiro como persona y como profesional; gracias por todo el conocimiento que has compartido conmigo, por la disponibilidad para escucharme y por todos los buenos ratos que hemos pasado, te quiero mucho.

A **Luz María Flores** y **Gabriela Valencia**, les agradezco muchísimo todos los comentarios y observaciones para mejorar mi trabajo.

A **Alberto García**, gracias por estar siempre, por tu amistad, por tu entusiasmo, por todo lo que hemos vivido juntos, por tu apoyo en los momentos más difíciles, por escucharme siempre, por tu tiempo, por tu cariño, por tu amistad, por compartir todo esto conmigo, te quiero muchísimo.

A **Eli Soto**, porque eres una persona importante para mí, por todo lo que hemos compartido, porque has estado siempre que te he necesitado, por ver una versión de mí totalmente distinta a la que ven todos, gracias por darme ánimo para continuar, y por darme lo mejor de ti siempre, te quiero muchísimo.

A **Jorge Retana**, gracias por tu amistad, tu apoyo, tu tiempo, tu dedicación y paciencia, por todo lo que hemos compartido y lo que he aprendido de ti, te quiero.

A mi familia, en especial a **Guadalupe Granados**, **Norma Juárez**, **Luz María Juárez** y **Ana María Juárez**, gracias por todo lo que han hecho por mí, por todo el apoyo que he recibido de ustedes, las quiero mucho.

A **Brenda Gómez, Aline Ramos, Miguel Hernández, Carlos Delgado, Adiel Ortega, Luis Peralta y Zacil Bernal**, por su valiosa amistad, por todo el tiempo, por todos los buenos momentos, por todo el cariño y apoyo que me han dado, por seguir, los quiero mucho.

A la **Universidad Nacional Autónoma de México**, a la **Facultad de Estudios Superiores Zaragoza** y al **PAPIIT**, por todo el conocimiento adquirido a través de sus profesionales y por las oportunidades que ofrecen a los que formamos parte de la institución para ser mejores profesionales y, sobre todo, porque es un orgullo pertenecer a la UNAM.

## Índice

|   |           |
|---|-----------|
| Resumen.....  | 1         |
| Introducción.....   | 2         |
| Capítulo 1. Epidemiología de la lactancia materna en México.....            | 4         |
| Capítulo 2. Composición de la leche materna y beneficios para la salud..... | 7         |
| Capítulo 3. Autoeficacia.....   | 13        |
| <b>3.1. Fuentes de Autoeficacia.....</b>                                    | <b>15</b> |
| <b>3.2. Medición de la Autoeficacia.....</b>                                | <b>17</b> |
| Capítulo 4. Autoeficacia y Lactancia Materna.....                           | 20        |
| Capítulo 5. Validez y Confiabilidad.....                                    | 25        |
| <b>5.1. Validez.....</b>  | <b>25</b> |
| 5.1.1. Validez aparente.....  | 26        |
| 5.1.2. Validez de contenido.....  | 26        |
| 5.1.3. Validez de constructo.....   | 26        |
| 5.1.4. Validez de criterio.....   | 27        |
| <b>5.2. Confiabilidad.....</b>  | <b>28</b> |
| Capítulo 6. Justificación.....  | 31        |
| Capítulo 7. Método.....   | 33        |
| <b>7.1. Objetivo general.....</b>   | <b>33</b> |
| 7.1.1. Objetivos particulares.....  | 33        |
| <b>7.2. Diseño.....</b>   | <b>33</b> |
| <b>7.3. Participantes.....</b>  | <b>33</b> |
| <b>7.4. Definición de Variables.....</b>                                    | <b>33</b> |
| 7.4.1. Covariables.....   | 34        |
| <b>7.5. Instrumentos.....</b>   | <b>34</b> |
| <b>7.6. Procedimiento.....</b>  | <b>34</b> |
| <b>7.7. Análisis de datos.....</b>  | <b>35</b> |
| Capítulo 8. Resultados.....   | 37        |
| <b>8.1. Descripción de la muestra.....</b>                                  | <b>37</b> |
| <b>8.2. Análisis de los reactivos.....</b>                                  | <b>37</b> |
| <b>8.3. Análisis Factorial Exploratorio y análisis de fiabilidad.....</b>   | <b>39</b> |
| 8.3.1. Descripción de los factores.....                                     | 40        |

|                                       |           |
|---------------------------------------|-----------|
| <b>8.4. Validez de criterio .....</b> | <b>41</b> |
| Capítulo 9. Discusión.....            | 44        |
| <b>9.1. Conclusiones .....</b>        | <b>47</b> |
| Referencias.....                      | 49        |
| Apéndice A .....                      | 60        |
| Apéndice B.....                       | 61        |
| Apéndice C.....                       | 63        |
| Apéndice D .....                      | 64        |
| Apéndice E.....                       | 65        |

## Resumen

El objetivo de esta investigación fue diseñar y validar un instrumento para medir la autoeficacia para lactar de mujeres embarazadas de la Ciudad de México.

Participaron 183 mujeres usuarias de un centro de salud de primer nivel de atención, con un rango de edad de 14 a 43 años ( $\bar{x}=24$ , DE= 6.39). Se aplicó la versión final del instrumento, junto con una escala análoga de intención para lactar exclusivamente por 6 meses y preguntas relacionadas con los datos sociodemográficos y ginecobtétricos.

Mediante un Análisis Factorial Exploratorio se identificaron 3 factores que explicaron el 94% de la varianza total del instrumento: Factor 1 “Autoeficacia para lactar ante presión emocional”, Factor 2 “Autoeficacia para lactar ante molestias físicas” y Factor 3 “Autoeficacia para lactar ante la desaprobación y/o presencia de terceros”. El coeficiente Alfa de Cronbach fue de .91 para el factor 1, de .94 para el factor 2 y de .82 para el factor 3. Se encontraron asociaciones significativas entre los factores del instrumento de autoeficacia con la intención para lactar exclusivamente, con la edad y con la experiencia previa.

El instrumento de Autoeficacia para Lactar posee propiedades psicométricas adecuadas por lo que puede ser una herramienta útil para obtener indicadores válidos y confiables de esta variable en mujeres embarazadas.

Palabras clave: *Autoeficacia, Lactancia Materna, Estudio instrumental.*



## Introducción

El interés de la psicología como disciplina científica es explicar el comportamiento así como incidir en éste, entendiéndolo como modificable. La psicología de la salud se interesa en establecer relaciones entre los factores psicológicos y las conductas saludables.

La Lactancia Materna Exclusiva (LME) es una de las conductas saludables con mayor valor protector para la salud del niño y de la madre. La LME es la alimentación del lactante con leche materna de la madre o de otra mujer, sin ningún suplemento sólido o líquido, incluyendo el agua.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) recomiendan que la lactancia materna sea exclusiva durante los primeros seis meses de vida, y que constituya parte importante de la alimentación durante el resto del primer año.

La lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida aporta beneficios tanto al niño como a la madre. Entre ellos, destaca la protección frente a las infecciones gastrointestinales, infecciones en el tracto respiratorio superior e inferior, otitis media (Heining, 2001; Leon-Cava, Lutter, Ross & Martin, 2005; Oddy, 2001) e infecciones en el tracto urinario (Hanson, 2004; Marild, Hansson, Jodal, oden & Svedberg, 2004).—La protección frente a enfermedades infecciosas se relaciona con las propiedades inmunológicas y antibacterianas de la leche materna y la eliminación de la exposición a patógenos que pueden ser introducidos a través de la preparación y la administración de la fórmula láctea (Heining, 2001; Isaacs, 2005; Oddy, 2001). El riesgo de muerte por diarrea y otras infecciones puede incrementarse en los lactantes que sólo reciben lactancia parcialmente materna o exclusivamente artificial (OMS, 2014).

La leche materna también es una fuente importante de energía y nutrientes para los niños de 6 a 23 meses, debido a que puede aportar más de la mitad de las necesidades energéticas del niño entre los 6 y los 12 meses, y un tercio entre los 12 y los 24 meses. Asimismo, es una fuente

esencial de energía y nutrientes durante las enfermedades, reduciendo la mortalidad por desnutrición (Allen & Hector, 2005).

Los expertos en pediatría han afirmado que las prácticas tempranas de alimentación son críticas para el desarrollo y el estado de peso saludable en niños pequeños, de igual forma, se ha demostrado que la lactancia materna exclusiva es un factor protector contra la obesidad y promueve un estado de peso saludable durante la infancia (Arenz, Ruckerl, Koletzko, von Kries, 2004; Huh, Rifas-Shiman, Taveras, Oken & Gillman, 2011; Lefebvr & John, 2014; Owen, Martin, Whincup, Smith & Cook, 2005).

De igual forma, la duración prolongada de la lactancia materna contribuye a la salud y el bienestar de las madres, reduciendo el riesgo de cáncer de ovarios y de mama, además, ayuda a espaciar los embarazos, ya que la lactancia exclusiva de niños menores de 6 meses tiene un efecto hormonal que con frecuencia induce la amenorrea, un método anticonceptivo natural denominado Método de Amenorrea de la Lactancia, sin embargo, éste no está exento de fallos (Allen & Hector, 2005).

Debido a los beneficios que se han descrito, es importante identificar las variables psicológicas que están asociadas a su práctica. En este sentido, se ha demostrado que la autoeficacia desempeña un rol importante en esta conducta, por lo que el objetivo de este trabajo fue diseñar y validar un instrumento para medir de forma confiable la autoeficacia de las mujeres embarazadas para lactar.

## **Capítulo 1. Epidemiología de la lactancia materna en México**

La leche materna es la forma biológicamente natural para alimentar a los bebés. La lactancia materna, en comparación con los sustitutos de la leche materna como las fórmulas infantiles, tiene numerosos beneficios para la salud. A pesar de esto, la fórmula infantil ha sido activamente promovida como un producto equivalente a la lactancia materna (Allen & Hector, 2005).

En América Latina y el Caribe, sólo el 49% de los recién nacidos son puestos en el pecho dentro de la primera hora después del nacimiento. México presenta el menor índice de lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida en comparación de países como Perú (71%), Chile (63%) y Bolivia (61%). De entre las naciones integradas a la UNICEF, México, es la segunda nación del mundo donde cada vez un menor número de mujeres alimentan a sus hijos del pecho y sólo dos de cada diez menores de seis meses tienen como alimentación exclusiva la leche materna (OPS-OMS, 2014).

De acuerdo con la Secretaría de Salud, entre el 2006 y el 2012, el índice de la lactancia materna registró a nivel nacional un descenso de 7.9%, al pasar de 22.3% a 14.5%, principalmente por la introducción temprana de fórmulas lácteas y el consumo de agua. Por otro lado, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) reportó que en el medio rural el porcentaje bajó de 36.9% a 18.5%.

En este sentido, los datos que se reportaron durante el 2° Foro Nacional de Lactancia Materna en México (2014), la lactancia en el país inicia por debajo de las recomendaciones de la OMS y disminuye aceleradamente con la edad del lactante. De acuerdo con los datos, tan sólo más de un tercio de los niños son puestos al seno materno en la primera hora de vida y la práctica de cualquier tipo de lactancia antes del primer mes de vida del niño es de 81% y desciende rápidamente al 55% a los seis meses. Por otro lado, la lactancia materna exclusiva en menores de

seis meses mostró un descenso de casi 8 puntos porcentuales entre los años 2006 y 2012, al pasar del 22.3% al 14.4%, respectivamente.

Respecto a la duración de la lactancia materna, las mujeres de las zonas urbanas redujeron considerablemente el tiempo en que amamantan a sus hijos, mientras que en el 2006 el promedio era de 8.5 meses, para 2012 se calculó en 4.9 meses. Actualmente, la media nacional es de 10.4 meses.

Según la encuesta, a nivel nacional, 5% más de niños menores de seis meses fueron alimentados con fórmula láctea en comparación con los resultados del 2006, además de que aumentó 4.4 puntos porcentuales el uso de agua.

La combinación de la lactancia con líquidos como el té o la leche de fórmula antes de los seis meses de edad puede ocasionarle al bebé problemas de salud, como inflamación de los intestinos, porque su organismo no está preparado ni maduro para recibir ese tipo de sustancias, o predisposición a la obesidad (Sandoval, Jiménez, Olivares & De la Cruz, 2015).

Esto es negativo porque inhibe la producción láctea e incrementa de manera importante el riesgo de enfermedades gastrointestinales, se apunta en el documento “deterioro de la lactancia materna, dejar las fórmulas y apegarse a lo básico”, elaborado por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) (ENSANUT, 2012).

Los menores amamantados experimentan menor mortalidad, incluido el síndrome de muerte súbita, y menor frecuencia y gravedad de morbilidad por diarreas, infecciones respiratorias y dermatitis.

Los niños amamantados tienen mayor coeficiente intelectual, menos riesgo de diabetes, obesidad, asma y leucemia (Allen & Hector, 2005; Sandoval, Jiménez, Olivares & De la Cruz, 2016)

Una parte de la disminución de las prácticas de la lactancia materna se explica por el aumento en las ventas de fórmulas lácteas, ya que entre el 2000 y 2012 la venta de sucedáneos de la leche aumentó, con un marcado incremento en las fórmulas para menores de 6 meses, periodo en el cual es primordial que los infantes sean alimentados con leche materna exclusivamente.

En 2014, la UNICEF reportó que en México, el promedio de lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida del bebé es de 14.4%, lo que coloca al país en el último lugar de Latinoamérica en este rubro, junto con República Dominicana.

La *Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres 2015* aporta datos que indican que el 94.9% de las mujeres encuestadas en los dos últimos años, lactaron alguna vez a su último hijo, de éstas mujeres, el 51% pudieron alimentarlo con leche materna dentro de la primer hora de haber nacido, el 30.8% alimentó a su hijo con lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses, el 38.6% alimenta a su hijo menor de 6 meses predominantemente con LME, el 66.4% alimenta a su hijo con biberón, la mediana de la duración de la lactancia materna fue de 10.9 meses, por otro lado, el 84.6% de las madres de niños de entre 0 y 23 meses conocen al menos un beneficio de la lactancia materna para la madre o para el niño y el 88.6% recibió algún tipo de consejería sobre lactancia en el periodo prenatal o en la primera semana después del parto.

## **Capítulo 2. Composición de la leche materna y beneficios para la salud**

La leche humana es el alimento ideal en los primeros meses de vida del ser humano. Su composición está adaptada, al igual que en cada especie, a las necesidades nutricionales del recién nacido, siendo su composición distinta en cada especie de mamífero. Además de los nutrientes necesarios para el crecimiento de los niños, entre ellos proteínas, grasas, hidratos de carbono, minerales, vitaminas, la leche humana es fuente de toda una serie de compuestos con importantes actividades bioquímicas y fisiológicas de gran trascendencia para el desarrollo y crecimiento de numerosos órganos y tejidos del cuerpo, y numerosos factores de defensa contra antígenos y agentes patógenos. Así, la leche materna contiene hormonas y factores de crecimiento, enzimas, proteínas y péptidos bioactivos, nucleótidos y poliaminas, oligosacáridos, ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga, entre otros. Estos componentes bioactivos son considerados nutrientes potencialmente esenciales en periodos de desarrollo y en determinadas enfermedades, cuando la capacidad de síntesis no supera las necesidades de los mismos (Baró, Jiménez, Martínez-Férez & Boza, 2001).

La leche humana proporciona todos los nutrientes en cantidades óptimas. Destaca el menor aporte proteico, pero que llena perfectamente bien sus requerimientos, evitando el exceso proteico que brindan las fórmulas y que se postula como un factor predisponente para obesidad en la vida futura, además de aportar colesterol para funciones cardioprotectoras y de neurodesarrollo (Reyes-Vázquez & Fuentes, 2016).

La lactancia materna en los primeros seis meses de edad, brinda al recién nacido una alimentación completa y rica en macro y micronutrientes, oligoelementos, factores de crecimiento e inmunoglobulinas. Asimismo, el contenido de ácidos grasos poliinsaturados en la leche humana es esencial para el desarrollo del cerebro y de la retina sobre todo en niños

prematuros (Sanabria, Coronel, Díaz, Salinas, & Sartori 2005). Además, proporciona vitamina A, la cual asegura el crecimiento, desarrollo y modulación de los huesos y cartílago, la vitamina E incrementa la producción de inmunoglobulinas, la vitamina D controla la absorción y homeostasis del calcio, la vitamina C tiene diversas funciones como el sintetizar el colágeno y glucosaminoglucanos, que participan en el desarrollo y funcionamiento del SNC (Aguilar-Palafox & Fernández-Ortega 2007).

La leche humana se elabora de acuerdo con un patrón y código genético, propios de nuestra especie, de tal forma que su composición experimenta variaciones. Se encuentra como calostro durante los primeros días de vida, en las siguientes semanas se conoce como leche de transición y a partir de la tercera semana y hasta más de dos años como leche madura (Aguilar-Palafox & Fernández-Ortega, 2007).

El calostro se segrega en dos fases, al final del embarazo y los primeros cinco días después del parto. Es un compuesto espeso y amarillento debido al metacaroteno, tiene una concentración de proteínas, inmunoglobulinas, principalmente IgA, lactoferrina, leucocitos, vitaminas liposolubles, minerales, antioxidantes, así como iones de sodio, potasio y cloro superior a la leche de transición y madura. Su valor calórico es de 67 kcal por cada 100 ml de calostro (Neville, Allen, Archer, Casey, Seacat, Keller, Lutes, Rasbach & Neifert, 1991).

La composición de la leche de transición cambia desde el séptimo día hasta 15 días después del parto, y disminuye los niveles de proteínas, inmunoglobinas y vitaminas liposolubles y aumenta la lactosa, grasas, vitaminas hidrosolubles y el valor calórico total.

A partir de 15-20 días después del parto aparece la leche madura. El contenido de proteínas es bajo, entre 1 y 1.5 g/100 ml que representa el 5% del valor energético total. Las proteínas son homólogas y se distinguen la caseína, seroalbúmina, alfa lactoalbúmina, lactoferrina, nitrógeno

no proteico, inmunoglobulinas, lisozima, albúmina sérica y aminoácidos, de los cuales nueve son esenciales: valina, fenilalanina, metionina, treonina, lisina, leucina, isoleucina, triptófano y cistina (Aguilar-Palafox & Fernández-Ortega, 2007).

Las grasas constituyen la principal fuente de energía para el lactante, su contenido está entre 3.5 y 4.5 g/100 ml, aportan el 50% del valor calórico. La cantidad es mayor al inicio y al final de la tetada; cuanto menos tiempo transcurre entre una toma y otra más grasa tiene la leche. Los principales compuestos lipídicos se encuentran en forma de triglicéridos, ácidos grasos esenciales (oleico, palmítico, linoleico y alfa linoleico) y de cadena larga (araquidónico y docosahexanoico), fosfolípidos y colesterol (Aguilar-Palafox & Fernández-Ortega, 2007).

Existen dos grupos de proteínas: caseínas y proteínas del suero. Predominan las proteínas del suero en los primeros 10 días (90%) y aún hasta los 8 meses (60%). Este grupo de proteínas son fundamentales, ya que están conformadas principalmente por alfa lacto albúmina, lactoferrina e inmunoglobulinas (IgA). El aporte total de proteínas en la leche materna es en promedio de 1.1 gr/100 ml en comparación con 1.8 - 2.2 gr/100 ml de las fórmulas infantiles (Ballard & Morrow, 2013).

Los hidratos de carbono están constituidos por lactosa, que favorece el crecimiento de flora óptima para el bebé, disminuyendo el crecimiento de patógenos intestinales, aumenta la absorción de calcio. Sus componentes son la glucosa y galactosa, fundamental para la formación de galactopéptidos, galactolípidos y cerebrósidos en sistema nervioso central. Además, contiene un alto aporte de oligosacáridos, los cuales tienen propiedades antimicrobianas, inhibiendo mecanismos de adhesión al actuar como receptores “señuelo”, modula las respuestas epiteliales e inmunológicas, reduciendo la infiltración y activación leucocitaria a nivel de la mucosa intestinal, disminuyendo el riesgo de enterocolitis necrozante. Su efecto anti infeccioso se da por



dos mecanismos: inhiben la colonización y crecimiento de patógenos y por su efecto prebiótico, favoreciendo el desarrollo de bacterias beneficiosas. Inhiben la adhesión de E coli entero patógena, Campylobacter yeyuni, Helicobacter pilori, M pneumoniae, Virus de la influenza A, B, C. También, tienen un efecto inmunomodulador al suprimir respuestas mediadas por linfocitos Th-2 en lactantes predispuestos a alergias (Ballard & Morrow, 2013).

La leche materna también brinda un perfil hormonal muy completo destacando oxitocina, prolactina, leptina, grelina, adiponectina, insulina, IGF-2, cortisol, prostaglandinas, hormona estimulante de tiroides y tiroxina. En los primeros meses de la vida, las altas concentraciones de insulina, leptina, IL 6 y TNFa en leche materna se asocia con menores índices en la vida futura de: índice de masa corporal, peso corporal, masa grasa, masa magra y ganancia de peso (Reyes-Vázquez & Fuentes, 2016).

La cantidad secretada es proporcional a la veces que se estimula el pezón, además, los niveles son mayores por la noche. La oxitosina estimula la contracción de las células mioepiteliales que cubren los alvéolos, y estimula el vaciamiento hacia los conductos galactóforos y finalmente hacia el pezón (reflejo de eyección) (Aguilar-Palafox & Fernández-Ortega, 2007).

Debido a todos los componentes biológicos que la leche materna tiene, la lactancia es una de las principales estrategias para prevenir la morbilidad y mortalidad infantil. El principal beneficio de la LM es el alto nivel de defensas inmunológicas que se transfieren de la madre al niño amamantado, además de que en poblaciones pobres disminuye los riesgos que conlleva la adición temprana de alimentos probablemente contaminados, ya que elimina la exposición a patógenos que pueden introducirse al momento de la preparación de la fórmula. Los beneficios inmunológicos en el infante incluyen la prevención de enfermedades gastrointestinales (enterocolitis necrosante, diarreas, enfermedad de Crohn, colitis ulcerativa) en el primer año de

vida, enfermedades crónicas (diabetes mellitus insulino-dependiente, obesidad en infancia y a largo plazo en la edad adulta), protección contra problemas alérgicos, infecciones (de las vías respiratorias y del tracto respiratorio bajo, otitis media, de vías urinarias, bacteriemia, meningitis bacteriana, botulismo) y síndrome de muerte súbita en el infante (Allen & Hector, 2005; Delgado, Arroyo, Díaz, & Quezada, 2006; Sanabria et al. 2005).

Con base en lo anterior es que la lactancia materna se considera uno de los comportamientos saludables de mayor importancia debido a los beneficios que aporta al ser humano en sus primeros meses de vida así como a las madres. La lactancia también tiene beneficios para la salud de las mujeres, ya que 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; asimismo, la LM produce amenorrea que tiene el efecto natural de la supresión de la ovulación, por lo tanto actúa como un anticonceptivo natural hasta por seis meses o más (o según el tiempo de LME y del retorno de la menstruación); reduce a largo plazo riesgos de desarrollar cáncer de mama y ovario, asimismo disminuye el riesgo de 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). Por otro lado, también 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, Rasmusen, 2013).

Uno de los factores proximales que está fuertemente asociado al inicio y mantenimiento de las conductas relacionadas con la salud y, en particular con la LME, es la autoeficacia. Diversos autores (Creedy, Dennis, Blyth, Moyle, Pratt & De Vries, 2003; Dennis, 2002) han descrito que es una de las variables predictoras más importantes para este comportamiento, por lo que es necesario contar con medidas válidas que permitan predecir objetivamente la participación de este constructo en el escenario de la lactancia materna.

### Capítulo 3. Autoeficacia

La autoeficacia se desprende de la **Teoría Social Cognitiva** (Bandura, 1987), en la que se sostiene que el comportamiento es determinado por tres factores: metas, expectativas de resultado y autoeficacia. Los objetivos se refieren a los planes para actuar y pueden ser concebidos como intenciones para realizar el comportamiento. Las expectativas de resultado son similares a las creencias de comportamiento de la Teoría del Comportamiento Planeado (TCP), pero aquí se dividen en física, social y auto-evaluativa dependiendo de la naturaleza de los resultados considerados. La autoeficacia es la creencia de que una conducta está o no dentro del control individual y generalmente se evalúa como el grado de confianza que el individuo tiene para realizar el comportamiento frente a varios obstáculos.

Asimismo, postula una estructura causal multifacética en la cual las creencias de autoeficacia operan en conjunto con metas reconocidas, expectativas de resultado, barreras ambientales percibidas y facilitadores en la regulación de motivaciones, acciones y bienestar. La teoría en su totalidad especifica los factores que gobiernan la adquisición de competencias que puedan afectar profundamente el bienestar físico y emocional tanto como la autorregulación de hábitos de salud (Bandura, 1998).

La autoeficacia se refiere a las creencias de las personas acerca de sus propias capacidades para el logro de determinados resultados. Las personas difieren en las áreas en las cuales desarrollan su sentido de eficacia y en los niveles para los cuales desarrollan el mismo en determinadas actividades. Por lo tanto, el sistema de creencias de eficacia no es un rasgo global, sino un grupo de autocreencias ligadas a ámbitos de funcionamiento diferenciado (Bandura, 2001). En este sentido, la autoeficacia es el conjunto de creencias en las capacidades propias para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para producir determinados logros o resultados

(Bandura, 1997). Bandura (1977) propone que las creencias que una persona tiene desempeñan un rol esencial en las motivaciones de ésta, por lo que, la autoeficacia se refiere a la confianza que tiene una persona de que cuenta con la capacidad para hacer las actividades que emprende. Los juicios que la persona hace sobre su autoeficacia son específicos a las tareas y a las situaciones en que se involucra, de tal forma que las personas las utilizan para referirse a algún tipo de meta o tarea a lograr.

Los individuos que poseen un nivel de autoeficacia alto tienden a incrementar su funcionamiento sociocognitivo en diferentes dimensiones y afrontan las tareas difíciles percibiéndolas más como modificables que como amenazantes (Carrasco & Del Barrio, 2002). Asimismo, en algunas investigaciones (Bandura, 1991; Vinaccia, Contreras, Restrepo, Cadena & Anaya, 2005) se ha encontrado que la autoeficacia desempeña un papel importante para desarrollar conductas relacionadas con la salud.

De acuerdo con Flórez-Alarcón (2007), un elemento esencial en la determinación de la autoeficacia, entendida ésta como percepción de capacidad personal sobre la conducta, es la percepción de acceso a los recursos indispensables para ejecutarla. No basta para que la persona se considere a sí misma capaz de hacer algo para que de allí se derive una percepción de control y una probabilidad de emisión del comportamiento; es indispensable también que la persona evalúe su accesibilidad a los recursos necesarios para poder hacerlo.

El modelo de autoeficacia es un modelo de corte cognoscitivo, pues considera que las contingencias de reforzamiento no operan a través de mecanismos periféricos de asociación con la respuesta, sin el involucramiento consciente del sujeto. Por el contrario, considera que esas contingencias operan solamente en la medida en que son codificadas a través de símbolos y

almacenadas en la memoria, de manera que le sirven al sujeto en el futuro como guía acerca de lo que puede esperar obtener si ejecuta correctamente la conducta (Flórez-Alarcón, 2007).

La autoeficacia es el resultado de distintos factores, como la persuasión social, la experiencia previa, la experiencia vicaria y el estado afectivo y fisiológico. De tal manera que, la autoeficacia se modificará a partir de distintas fuentes, las cuales pueden ser procesos cognitivos (imaginación de metas, predicción de las dificultades), motivacionales (anticipando consecuencias, planificando objetivos), afectivos (control de pensamientos negativos, afrontamiento de estresores y de selección de procesos (aproximación y evitación de situaciones específicas) (Bandura, 1997). Estos factores ejercen un considerable impacto en el desarrollo humano y en su adaptación.

### **3.1. Fuentes de Autoeficacia**

Las creencias de las personas en relación a su eficacia pueden desarrollarse a través de cuatro formas fundamentales de influencia: la primer forma y la más influyente son las *experiencia de dominio*, que son el resultado de las tareas realizadas. Los éxitos crean una robusta creencia en relación a la eficacia personal, mientras que los fracasos la debilitan, especialmente si los fracasos se producen antes de haberse establecido firmemente un sentido de eficacia. Desarrollar un sentido de eficacia mediante las experiencias de dominio no es cuestión de adoptar hábitos preparados. Conlleva la adquisición de instrumentos cognitivos, conductuales y autoreguladores para crear y ejecutar los apropiados cursos de acción necesarios para manejar las circunstancias continuamente cambiantes de la vida (Bandura, 1999).

El segundo modo influyente de crear y fortalecer las creencias de eficacia son las *experiencias vicarias* presentadas por los modelos sociales. De esta forma, observar a personas similares a uno alcanzar el éxito tras esfuerzos perseverantes aumenta las creencias del observador en relación a

él también poseé las capacidades necesarias para dominar actividades comparables (Bandura, 1986). Por el mismo principio, observando el fracaso ajeno a pesar de los esfuerzos, reduce los juicios de los observadores sobre su propia eficacia y mina su nivel de motivación. El impacto del modelado sobre las creencias de eficacia personal está fuertemente influido por la similitud percibida con los modelos. Cuanta mayor se la similitud sumida, más persuasivos son los éxitos y los fracasos de los modelos. Si las personas consideran a los modelos muy diferentes de sí mismas, sus creencias de eficacia personal no se verán muy influenciadas por la conducta del modelo y por los resultados que ésta produce (Bandura, 1999).

La *persuasión social* constituye el tercer modo de fortalecer las creencias de las personas en relación con su capacidad para alcanzar el éxito. En la medida en la que los empujes persuasivos en la autoeficacia persuasiva conducen a las personas a esforzarse todo ,o necesario para alcanzar el éxito, las creencias de autoeficacia fomentan el desarrollo de destrezas y la sensación de eficacia personal. Las personas que construyen na creencia satisfactoria de eficacia no se limitan no se limitan a transmitir una estimación postiva, sino que, además de potenciar la confianza de los individuos en sus capacidades, estructura situaciones que favorecen el éxito y evitan colocarse prematuramente en situaciones donde la probabilidad de fracaso sea grande, asimismo, animan a las personas a medir sus éxitos más en términos de automejora que de triunfo sobre los otros (Bandura, 1999).

Finalmente, los *estados psicológicos y emocionales* corresponden al cuarto modo, de forma que las personas también tienden a responder a éstos al juzgar sus capacidades; interpretan sus reacciones de estrés y tensión como señales de vulnerabilidad ante una ejecución pobre. De esta forma, el estado de ánimo también influye sobre los juicios que las personas hacen sobre su eficacia personal. Según Kavanagh y Bower (1985) el estado de ánimo positivo fomenta la

autoeficacia percibida, en tanto que el estado de ánimo negativo la reduce. El cuarto modo de alterar las creencias de eficacia consiste en favorecer el estado físico, reducir el estrés y las proclividades emocionales negativas y corregir las falsas interpretaciones de los estado orgánicos.

La intensidad absoluta de las reacciones emocionales o físicas no es tan importante como la forma en que son percibidas e interpretadas, en el sentido de que las personas que disponen de un alto sentido de eficacia tienden a considerar su estado de activación afectiva como facilitador energizante de la ejecución, a diferencia de aquellos que son influidos por las dudas en relación a ellos mismos que ven su activación como un elemento debilitador. Los indicadores psicológicos de eficacia desempeñan un rol influyente en el funcionamiento de la salud y en actividades que requieren un esfuerzo físico y persistente. Por lo que los estado de ánimo pueden tener efectos muy generalizables sobre las creencias relativas a la eficacia personal en distintas esferas de funcionamiento (Bandura, 1999).

### **3.2. Medición de la Autoeficacia**

La construcción de una escala de autoeficacia confiable requiere de un análisis conceptual informativo de los factores que influyen en un dominio de funcionamiento seleccionado. El conocimiento de los determinantes que influyen sobre dominios de actividades, permite especificar qué aspectos de la eficacia personal se deberían medir. Una evaluación comprensiva de la eficacia estaría ligada a los factores conductuales sobre los cuales las personas pueden ejercer algún grado de control. Las creencias de las personas en sus capacidades para hacer aquello que sea necesario para tener éxito predicen mejor la conducta que sus creencias en sólo un aspecto de la autoeficacia relevante para el dominio (Bandura, 2001).



En cuanto a la validez de contenido, Bandura (2001) menciona que los reactivos de eficacia deben reflejar con precisión el constructo. Los reactivos deben redactarse en términos de puedo hacer en lugar de lo haré. Puedo hacer es un juicio de capacidad, lo haré es una declaración de intención. La autoeficacia percibida es un importante determinante de la intención, pero los dos constructos están empírica y conceptualmente separados.

Otra importante distinción se relaciona con expectativas de resultado. La autoeficacia percibida es un juicio de capacidad para ejecutar determinados tipos de rendimientos mientras que la expectativa de resultados es un juicio acerca de las consecuencias probables que tales rendimientos producirán. Las expectativas de resultado se manifiestan de tres formas diferentes: resultados materiales, sociales o autoevaluativos (Bandura, 1986).

La eficacia percibida se debe medir empleando niveles de demandas de tarea que representen diferentes grados de desafío o impedimento para un rendimiento exitoso. Las evaluaciones de autoeficacia dan cuenta del nivel de dificultad que los individuos creen que pueden superar. Si no hay obstáculos para superar; la actividad se realiza fácilmente y todos los sujetos poseen autoeficacia alta en dicha actividad (Bandura, 2001).

Los acontecimientos sobre los cuales se ejerce influencia personal pueden variar ampliamente. Esto podría comprender la regulación de nuestra propia motivación, procesos de pensamiento, nivel de rendimiento, estado emocionales o modificación de condiciones ambientales (Bandura, 2001).

Respecto a la redacción de los reactivos, éstos deben ser redactados de acuerdo al nivel de lectura de los participantes, por lo que deben evitarse reactivos ambiguos o mal redactados, vocabulario técnico que no forma parte del lenguaje cotidiano y reactivos multidimensionales que incluyen diferentes tipos de logros, para los cuales los sujetos tienen diferentes niveles de

capacidad percibida. De igual forma, las instrucciones preliminares deben establecer pautas apropiadas para juzgar la propia eficacia, por lo que se le pregunta a las personas acerca de sus capacidades operativas en el presente, no acerca de sus capacidades potenciales o sobre sus capacidades futuras esperadas (Bandura, 2001).

Asimismo, las escalas de autoeficacia deben poseer validez de apariencia. Estas deben medir aquello que se proponen medir. El constructo de autoeficacia pertenece a una teoría que explica una red de relaciones interdependientes entre diversos factores. La validación de constructo es un proceso de prueba de hipótesis. Las personas que puntúan alto en autoeficacia percibida deben diferenciarse en diversas formas, especificadas por la teoría, de aquellos que puntúan bajo. La verificación de los efectos predichos incrementa la evidencia para la validez de constructo (Bandura, 2001).

## Capítulo 4. Autoeficacia y Lactancia Materna

La autoeficacia es uno de los factores más próximos asociados a la práctica de la LME, por tal motivo, se han construido instrumentos para evaluar la autoeficacia de las madres para lactar a sus hijos.

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

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

Bandura (1977) recomendó un enfoque de comportamiento específico para el estudio de la autoeficacia, argumentando que una medida de la autoeficacia general es inadecuada para evaluar la eficacia de un individuo en el desarrollo de un comportamiento particular, de tal forma que, para medir la autoeficacia asociada con la lactancia materna se debe usar un instrumento específico para este comportamiento.

El ejemplo más representativo de un instrumento para medir la autoeficacia para lactar es la Escala de Autoeficacia para Amamantar (BSES, por sus siglas en inglés), la cual fue desarrollada por Dennis y Faux en 1999. Es un instrumento de autoreporte de 33 reactivos. Todos los

reactivos van precedidos por la frase “Yo siempre puedo” y tienen una escala tipo likert con 5 opciones de respuesta, donde 1 indica “nada segura” y 5 indica “totalmente segura”. Los reactivos están redactados de forma positiva, de acuerdo con la sugerencia de Bandura (1977) y los puntajes se suman para obtener un puntaje que va de 33 a 165 puntos. Los puntajes altos significan niveles altos de autoeficacia para lactar y puntajes bajos lo contrario. Después de una prueba piloto, se realizó una evaluación psicométrica inicial con una muestra seleccionada a través de un muestreo por conveniencia de 130 mujeres canadienses que amamantaron en el hospital y a las 6 semanas después del parto. La escala obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0.96. El Análisis Factorial Exploratorio extrajo dos factores: Factor I Técnica y Factor II Pensamientos intrapersonales. El primer Factor involucra reactivos que miden las acciones físicas que una madre desarrolla y representa ciertas tareas que son necesarias para lograr una lactancia exitosa. El segundo Factor contiene reactivos que miden las percepciones de la madre sobre la lactancia materna e incluyen actitudes y creencias relacionadas con una experiencia exitosa con la lactancia. Posteriormente, Dennis (2003) realizó una versión más corta de este instrumento (BSES-SF) debido a que el alfa de Cronbach que obtuvo la versión original sugería redundancia entre los reactivos, por lo que se eliminaron 18 reactivos, lo que resultó en una versión de 14 reactivos con una sola dimensión que explicó el 58.35% de la varianza total del instrumento y un alfa de .94. La BSES-SF ha sido traducida a diferentes idiomas y probada en distintos países (Alus-Tokat, Okumuş & Dennis, (2010); Dennis, 2003; Gregory, Penrose, Morrison, Dennis, & MacArthur, (2008); McCarter-Spaulding & Dennis, 2010; Wutke & Dennis, 2010; Zubarán, Foresti, Schumacher, Thorell, Amoretti, Müller & Dennis, 2010), obteniendo propiedades psicométricas adecuadas. La aplicación de ambas versiones ha sido durante el posparto.

El contar con instrumentos válidos y confiables para medir la autoeficacia para lactar en mujeres embarazadas es importante debido a que se ha descrito a la autoeficacia como uno de los predictores más importantes para iniciar y mantener la LME y esto permite identificar aquellas mujeres que están en riesgo de no alimentar a sus hijos exclusivamente con leche materna por al menos 6 meses. La BSES y la BSES-SF no contemplan la autoeficacia para lactar ante la presencia de terceros ni ante el dolor que la lactancia puede ocasionar en las mujeres, por lo que es importante, dado que ambas situaciones se relacionan con el abandono temprano de la LM, incluir reactivos que evalúen la autoeficacia de las mujeres ante estas situaciones, asimismo, la escala se diseñó para mujeres en el periodo de postparto, lo cual representa una limitación para identificar a las mujeres que están en riesgo de no alimentar a sus hijos exclusivamente con leche materna desde el nacimiento.

En México no se cuenta con instrumentos diseñados para medir la autoeficacia para lactar, lo cual es una limitante importante porque no permite identificar a las mujeres que están en riesgo de no iniciar y mantener la LME a través de los puntajes de una escala que mida su autoeficacia para lactar, ya que, como se ha documentado ampliamente, la autoeficacia desempeña un rol importante para que las mujeres alimenten a sus hijos exclusivamente con leche materna. En este sentido, se han llevado a cabo varias investigaciones en las que se ha reportado la importancia de la autoeficacia en el escenario de la lactancia materna. Mitra, Khoury, Hinton & Carothers (2004) en una muestra representativa de 694 mujeres embarazadas, hallaron que los factores psicosociales que mejor predijeron la lactancia materna fueron la autoeficacia, el conocimiento sobre los beneficios de amamantar a su hijo y las actitudes positivas hacia las barreras de apoyo social, de los cuales, la autoeficacia es el factor más importante para que esta conducta se lleve a cabo. De igual forma, encontraron que las mujeres que tenían la intención de amamantar tenían

alguna educación universitaria, una familia pequeña, menos hijos y la experiencia de haber amamantado con anterioridad a diferencia de las mujeres que no tenían intenciones de iniciar esta conducta.

Por otro lado, Hoddinott, Kroll, Raja & Lee (2010) en un estudio longitudinal con 418 mujeres embarazadas reportaron que además de la autoeficacia, el observar a otra u otras mujeres amamantando es un factor importante para predecir la lactancia materna, además, también encontraron que las mujeres que se identificaban con los reactivos “Era bonito verla amamantando” y “No me molestaba verla amamantar” y que mostraban desacuerdo con los reactivos “Me sentí incómoda al verla amamantar”, “Sentí vergüenza de verla amamantar” y “No sé para donde mirar” del instrumento que se diseñó para este estudio, tenían mayor probabilidad de iniciar la lactancia materna.

Otros autores reportan que la autoeficacia de la madre para lactar fue predictiva de la duración de la LM y exclusividad a las 8 semanas. En particular, las madres con altos niveles de autoeficacia en el hospital tuvieron aproximadamente 2 veces más posibilidades de continuar lactando 8 semanas de forma exclusiva (McQueen, Sieswerda, Montelpare & Dennis, 2015).

En cuanto a los factores distales, Labbok (2013); Meedy, Fahy & Kable (2010) y Swanson & Power (2005), han descrito un conjunto de factores de distinto orden asociados a la iniciación y duración de la LM. Entre los sociodemográficos, una mayor edad de la madre, estar casada, un nivel de educación alto, y tener altos ingresos favorecen la prolongación de la LM. Félix-Valenzuela (2011) menciona que a medida que avanza la edad, la mujer toma conciencia de la importancia de su rol de madre y esto aumenta las probabilidades de prolongar la lactancia materna exclusiva.

La autoeficacia para lactar también se ha asociado con las percepciones de la madre sobre la producción insuficiente de leche materna, la cual ha sido reportada de forma consistente como una razón para el abandono precoz de la lactancia materna y la introducción de fórmula láctea (Dennis, 2002; Thulier & Mercer, 2009; Meedy, Fahy & Kable, 2010). Sin embargo, los mismos autores mencionan que del 50% de las mujeres que informan que perciben que su producción de leche es insuficiente, sólo alrededor del 5% tenían una producción insuficiente debido a causas fisiológicas. Como consecuencia de la percepción de que su producción de leche es insuficiente, muchas mujeres introducen la fórmula láctea en la alimentación de sus hijos.

De este modo, parece que la autoeficacia de la madre en su habilidad para amamantar es una variable asociada significativamente con el éxito en la iniciación, duración y exclusividad de la LM (Pereda, Etxaniz, Aramburu, Ugartemendia, Uranga & Zincunegi, 2014).

## **Capítulo 5. Validez y Confiabilidad**

Al igual que el resto de las ciencias, la psicología requiere medir los fenómenos que estudia; sin embargo, a diferencia de lo que ocurre en las ciencias físicas y naturales, la medición en psicología se topa con dos problemas fundamentales: el primero es que muchos fenómenos psicológicos no son observables (aunque pueden serlo de manera indirecta mediante algunas de sus manifestaciones), y el segundo es que es muy difícil establecer unidades de medición para dichos fenómenos. Para llevar a cabo mediciones en psicología es preciso resolver ambos problemas (Lagunes-Córdoba, 2017).

En psicología, con frecuencia se tiene la posibilidad de plantear situaciones supuestas en el papel o de manera oral para preguntar a los individuos por su grado de acuerdo con ellas, o si es que se ajustan o describen su situación personal con el tema investigado. Sus respuestas permiten obtener una medida de un constructo en particular. En general, se asume que si se crea el clima de confianza adecuado, si se garantiza la confidencialidad de sus respuestas y si se le solicita su cooperación sincera y sin prisas, las respuestas que dará a las preguntas serán un reflejo fiel del proceso subjetivo, siempre que el cuestionario o instrumento a contestar sea válido y confiable (Lagunes-Córdoba, 2017).

### **5.1. Validez**

La validez es el grado en el cual las conclusiones e interpretaciones de cualquier medida están bien conformadas y justificadas, en tanto que son a la vez significativas y relevantes (Cook & Beckman, 2006). Para conocer realmente la validez de un instrumento, se debe hacer un juicio evaluativo global sobre si los datos empíricos y los constructos respaldan la pertinencia y el significado de las interpretaciones que se hacen con base en los puntajes de las pruebas (Oluwatayo, 2012).



### **5.1.1. Validez aparente**

Se basa en juicios subjetivos, tanto del constructor como de los usuarios, sobre si el instrumento verdaderamente parece una encuesta formal o un instrumento de medida, lo que incluye un juicio valorativo sobre el léxico empleado, la claridad de las instrucciones, la organización del instrumento y la consideración sobre si sus reactivos son relevantes, claros, entendibles y razonables (Oluwatayo, 2012).

### **5.1.2. Validez de contenido**

Esta característica responde a la pregunta de si los reactivos incluidos representan realmente todas las dimensiones del fenómeno. Su análisis determina qué tan adecuado es el muestreo que hace un cuestionario del universo de posibles conductas que reflejan el constructo (Cohen & Swerdik, 2001). La validez de contenido se estima por métodos indirectos, y el más común y eficiente de ellos es el juicio de expertos (Escobar & Cuervo, 2008).

### **5.1.3. Validez de constructo**

la validez de constructo es un juicio acerca de lo apropiado de las inferencias realizadas a partir de las puntuaciones o calificaciones obtenidas en la prueba, respecto a posiciones individuales en una variable llamada constructo. Un constructo es una idea informada, científica, desarrollada como una hipótesis para describir o explicar el comportamiento. Los constructos son rasgos inobservables, supuestos (subyacentes) a los que un desarrollador de pruebas puede recurrir para describir el comportamiento de la prueba o el desempeño del criterio evaluado (Cohen & Swerdlik, 2001).

Los métodos más comunes para determinar la validez de constructo son el análisis factorial (en sus modalidades exploratoria y confirmatoria) y los coeficientes de correlación. El análisis factorial es un término singular, abreviado, que es usado para describir una clase de

procedimientos matemáticos diseñados para identificar factores o variables específicas que de manera particular son atributos, características o dimensiones en las que es posible diferir. En la investigación psicométrica, el análisis factorial es empleado con frecuencia como un método de reducción de datos en el que son analizados varios conjuntos de puntuaciones y las correlaciones entre ellas (Cohen & Swerdlik, 2001; Beaver, Lounsbury, Richards, Huck, Skolits & Esquivel, 2013). El propósito de este análisis es identificar el factor o factores en común entre las puntuaciones de la prueba. Esta característica lo hace especialmente pertinente para determinar si la estructura del instrumento reproduce la de la teoría o el constructo que se utilizó para elaborarlo. Los datos necesariamente son las puntuaciones de los reactivos, y se espera que los factores obtenidos correspondan con las dimensiones del constructo planteado (Lagunes-Córdoba, 2017).

El análisis factorial exploratorio (AFE) implica de manera característica la estimación o extracción de factores, la decisión de cuántos factores conservar y la rotación de éstos a una orientación interpretable (Floyd & Widaman, 1995). Por el contrario, en el análisis factorial confirmatorio (AFC) se plantea la hipótesis de una estructura factorial en forma explícita y se prueba su ajuste con la estructura de la covarianza observada en las variables medidas (Floyd & Widaman, 1995).

#### **5.1.4. Validez de criterio**

Se refiere al punto hasta el que una medida concuerda con un criterio independientemente de lo que se mide (Achenbach, 1981). Es un juicio de cuán adecuadamente puede ser utilizada la puntuación de una prueba para inferir la posición más probable de un individuo con respecto a cierta medida de interés, siendo el criterio esa medida de interés. Dos tipos de evidencias de validez se encuentran asumidas bajo el rubro de validez relacionada con el criterio: la validez

concurrente y la validez predictiva. La primera es un índice del grado en el que se relaciona la puntuación de una prueba con alguna medida de criterio obtenida al mismo tiempo (de manera concurrente) que la puntuación. La segunda es un índice del grado en el que la puntuación de una prueba predice alguna medida de criterio (Cohen & Swerdlik, 2001).

## **5.2. Confiabilidad**

La confiabilidad se refiere al grado en el que la medición concuerda consigo misma (Kerlinger & Lee, 2002). Esto es, el punto hasta el que una medida da congruentemente un valor particular para una variable, cuando el valor real de esta última no cambia (Achenbach, 1981). Es el atributo de consistencia en la medición (Cohen & Swerdlik, 2001). Un coeficiente de confiabilidad es un índice de confianza, una proporción que indica la razón entre la varianza de la puntuación verdadera en una prueba y la varianza total (Cohen & Swerdlik, 2001). El término confiabilidad se refiere a la proporción de la varianza total atribuida a la varianza verdadera. La varianza de las diferencias reales es la varianza verdadera y la varianza de fuentes aleatorias irrelevantes es la varianza de error. Entre mayor es la proporción de la varianza total atribuida a la varianza verdadera, más confiable es la prueba. Debido a que se supone que las diferencias reales son estables, se presume que producen puntuaciones consistentes en aplicaciones repetidas de la misma prueba al igual que en formas equivalentes de ésta. Dado que la varianza de error puede incrementar o disminuir en cantidades variables una puntuación de alguna prueba, se vería afectada la consistencia en la puntuación y por tanto en la confiabilidad (Cohen & Swerdlik, 2001).

Como la confiabilidad del instrumento puede verse afectada por una gran diversidad de factores, las puntuaciones de los individuos siempre están sujetas a errores aleatorios. Nunca se obtiene la puntuación verdadera de la característica que se pretende medir. Debido a ellos, no existe un

procedimiento para obtener directamente la confiabilidad de una escala o de un instrumento de medición; pero sí puede estimarse por medio de distintos procedimientos estadísticos, los cuales se basan en el uso de coeficientes de correlación (Aiken, 2003). La confiabilidad se reporta en forma de un coeficiente que varía entre 0 (ausencia total de confiabilidad) y 1 (repetitividad perfecta de la medición).

Los métodos más habituales para estimar la confiabilidad se describen a continuación.

**Confiabilidad test-retest.** Esta forma de confiabilidad se refiere al grado de acuerdo entre las calificaciones obtenidas cuando se aplica la misma medida de una variable dos veces, dentro de un intervalo de tiempo suficientemente breve como para que no se espere que cambie el valor real. puesto que la experiencia en un procedimiento de medición puede influir en un sujeto, la confiabilidad de test-retest se mide a veces con formas equivalentes de un procedimiento. Las formas quivalentes (o “alternas”) se diseñan para medir exactamente la misma variable con conceptos bastante diferentes de modo que la experiencia con una forma no influya en el desempeño de la otra (Achenbach, 1981).

**División en mitades emparejadas.** Una estimación de la confiabilidad de dividir en mitades se obtiene correlacionando dos pares de puntuaciones obtenidas de mitades equivalentes de una sola prueba aplicada una sola vez. El cálculo de un coeficiente de confiabilidad de dividir en mitades por lo general implica tres pasos: 1) Dividir la prueba en mitades equivalentes, 2) Calcular una  $r$  de Pearson entre las puntuaciones en las dos mitades de la prueba y, 3) Ajustar la confiabilidad de una mitad de la prueba usando la fórmula de Spearman-Brown (Cohen & Swerdlik, 2001).

Una forma aceptable de dividir una prueba es asignar al azar las preguntas a una u otra mitad de la prueba. Una segunda forma es asignar las preguntas con números nones a una mitad de la prueba y las de números pares a la otra mitad. Este método produce una estimación de la

confiabilidad de dividir en mitades, a la que también se le llama **confiabilidad non-par** (Cohen & Swerdlik, 2001).

**Método de la equivalencia racional (consistencia interna).** Es una extensión de procedimiento anterior. Su planteamiento básico es que todos los reactivos pueden considerarse como instrumentos paralelos, y el coeficiente de correlación conjunto permitirá determinar la confiabilidad total de la prueba. La fórmula más general para determinar la confiabilidad por este procedimiento es el coeficiente Alfa de Cronbach. El coeficiente alfa de manera típica varía en valor de 0 a 1. Esto se debe a que de manera conceptual el coeficiente alfa, se calcula para ayudar a responder preguntas sobre qué tan similares son los conjuntos de reactivos. Aquí, en esencia, la similitud se estima en una escala de 0 (no similar en absoluto) hasta 1 (perfectamente idéntico).

## Capítulo 6. Justificación

La lactancia materna exclusiva es uno de los comportamientos saludables más importantes para prevenir el desarrollo de enfermedades a corto y largo plazo en los infantes, ya que les provee de numerosos beneficios (Gartner, Morton, Lawrence, Naylor, O'Hare, Schanler & Eidelman, 2005; OMS, 2003). Los niños que son amamantados presentan menor probabilidad de experimentar una variedad de infecciones y de desarrollar enfermedades crónicas a lo largo de su vida (Chung, Raman, Chew, Magula, Trikalinos & Lau, 2007). La alimentación adecuada de los lactantes y los niños de corta edad puede aumentar sus oportunidades de sobrevivir. Además, favorece su buen crecimiento y evolución, en especial durante el periodo fundamental que va desde el nacimiento hasta los dos años de edad. Lo ideal es amamantar al recién nacido dentro de la primera hora de vida, y que tome el pecho como alimentación exclusiva durante los primeros 6 meses, y continuar amamantándole incluso pasados los dos años. La iniciación temprana de la lactancia materna es una práctica fundamental que beneficia tanto al neonato como a la madre y que consolida la práctica ulterior de un amamantamiento adecuado (UNICEF, 2016).

Los lactantes no alimentados exclusivamente con leche materna corren mayor riesgo de morir por diarrea o por neumonía que los que sí lo son, debido a que la leche materna refuerza el sistema inmune del lactante y ayuda a protegerle más tarde en la vida de afecciones crónicas como la obesidad y la diabetes (UNICEF, 2016). La lactancia materna contribuye también a proteger a las madres de determinados tipos de cáncer, a prevenir hemorragias y depresión postparto, a reducir las probabilidades de enfermedades como diabetes tipo II, osteoporosis, hipertensión y problemas cardiacos, además de percibir beneficios sociales y económicos. La alimentación adecuada a partir de los 6 meses de edad en adelante ayuda a prevenir el retraso en el crecimiento y a reducir el riesgo de padecer enfermedades infecciosas.

No obstante, pese a estos posibles beneficios, sólo la mitad de los bebés menores de 6 meses de todo el mundo se alimentan exclusivamente de leche materna. En México la prevalencia de la LME es del 30.8% en menores de 6 meses, además de que sólo 1 de cada 10 mujeres que trabajan amamantan a sus bebés, el resto les dan fórmulas artificiales (UNICEF, 2011, 2015; US Department of Health and Human Services, 2014). En el año 2015 la prevalencia de la lactancia materna exclusiva alcanzaba los 14.4 puntos porcentuales, actualmente, a nivel nacional, la prevalencia es del 30.8%. La cifra se duplicó, sin embargo, sigue siendo baja. Por esta razón es importante identificar los factores psicosociales que están relacionados a la práctica y mantenimiento de esta conducta, al igual que su abandono.

Dentro de los factores más próximos que se han identificado asociados a la práctica de la LME destaca la autoeficacia, sin embargo, en México no se cuentan con suficientes investigaciones ni instrumentos que exploren esta variable, por lo que es importante el desarrollo de un instrumento que permita obtener un indicador de la autoeficacia relacionada con la lactancia materna exclusiva en mujeres de la Ciudad de México de forma válida y confiable.

## Capítulo 7. Método

### 7.1. Objetivo general

Diseñar y obtener la validez y confiabilidad de un instrumento para medir la autoeficacia para lactar en mujeres embarazadas de la Ciudad de México.

#### 7.1.1 Objetivos particulares

1. Estimar la validez de constructo del instrumento
2. Estimar la confiabilidad del instrumento.
3. Estimar la validez de criterio del instrumento

### 7.2. Diseño

Se empleó un diseño instrumental, que corresponde al desarrollo de nuevos procedimientos, aparatos, instrumentos o pruebas, incluyendo tanto el diseño como la adaptación de los mismos, así como sus propiedades psicométricas (Montero & León, 2007); transversal.

### 7.3. Participantes

Mujeres embarazadas voluntarias usuarias de un centro de primer nivel de atención a la salud, ubicado al oriente de la Ciudad de México. Las participantes se seleccionaron a través de un muestreo intencional no probabilístico. Los criterios de inclusión fueron que las mujeres estuvieran embarazadas y que supieran leer. Se excluyeron aquellas que tuvieran alguna condición que contraindicara la lactancia materna.

### 7.4. Definición de Variables

**Autoeficacia.** Creencias de las personas acerca de sus propias capacidades para llevar a cabo apropiadamente una conducta determinada (Bandura, 2001). En este sentido, la autoeficacia para lactar se define como las creencias que las mujeres tienen sobre su capacidad de amamantar



adecuadamente a su bebé a pesar de situaciones que pudieran complicar su realización (Varaei, Mehrdad & Bahrani, 2009).

#### **7.4.1. Covariables.**

**Intención.** Ajzen (1991) define a la intención como una ubicación personal en la dimensión de probabilidad subjetiva que implica una relación entre sí mismo y una acción. La intención conductual, por lo tanto, se refiere a la probabilidad subjetiva de la persona de realizar algún comportamiento. Particularmente, la intención de lactar de forma exclusiva se entiende como la probabilidad de que la mujer lleve a cabo esta conducta.

**Edad.** Años cumplidos al momento del estudio.

**Escolaridad.** Nivel académico al momento del estudio.

**Estado civil.** Tipo de relación.

**Experiencia previa.** Experiencia con la lactancia materna, ya de forma exclusiva o mixta.

#### **7.5. Instrumentos**

Los instrumentos para medir las variables de interés se describen a continuación:

**Intención para lactar exclusivamente:** se utilizó una escala analógica de un sólo reactivo que va de 0 a 10; 0 significa nada segura y 10 totalmente segura de lactar exclusivamente por 6 meses (Apéndice A).

Asimismo, se incluyó una parte con **datos sociodemográficos** (Apéndice B), como edad, escolaridad, estado civil, paridad, semana de gestación, entre otros.

#### **7.6. Procedimiento**

El instrumento se construyó en función de la revisión de la literatura relacionada con la variable de interés y tomando como antecedente instrumentos diseñados para otros comportamientos relacionados con la salud. Una vez que se redactaron los reactivos que conformaron la escala, y

después de que dos expertos en el área lo revisaran, se llevó a cabo una prueba piloto en un Hospital Materno Infantil con el objetivo de identificar errores de redacción o falta de claridad de las instrucciones y preguntas. La versión final del instrumento (Apéndice C) estuvo compuesta por 16 reactivos con escala tipo likert con cuatro opciones de respuesta: a) Nada segura, b) Algo segura, c) Moderadamente segura y d) Completamente segura, con valores de 0 a 3, con un puntaje mínimo de 0 y un máximo de 48.

La aplicación del instrumento se hizo de manera individual en la sala de espera del centro de salud “Dr. Manuel Pesqueira” en una sola sesión con una duración aproximada de 20 minutos. Se les solicitó su participación a las mujeres explicándoles el objetivo de la investigación y resaltando la importancia de su contribución, una vez que aceptaban colaborar se les entregaba un consentimiento informado (Apéndice D) para que lo leyeran y, si estaban de acuerdo, lo firmaran, posteriormente, se les entregaba el cuestionario.

### **7.7. Análisis de datos**

Después de verificar que la base no tuviera datos atípicos, se realizaron análisis descriptivos de la muestra y de los reactivos, así como pruebas de normalidad, análisis de discriminación y correlaciones ítem-total. De acuerdo a la distribución de las respuestas de las participantes a los reactivos, se emplearon pruebas paramétricas o no paramétricas para el análisis. Se realizó un análisis factorial exploratorio con una submuestra escogida aleatoriamente con el objetivo de identificar la estructura factorial del instrumento. Se determinó la consistencia interna de cada factor a través del coeficiente alfa de Cronbach. Para analizar las diferencias por edad, nivel académico, paridad se utilizó una prueba de comparación de grupos. Para evaluar el valor predictor de los factores de autoeficacia hacia la intención, se empleó un modelo de regresión

logística múltiple. Para este fin, se usó a la intención como variable categórica<sup>1</sup>. Todos los análisis se hicieron con el paquete estadístico STATA V.14.

---

<sup>1</sup> La variable intención mostró una distribución con un acentuado sesgo negativo, por lo que se decidió transformarla en una variable dicotómica. Se empleó como punto de corte un puntaje de 9 bajo el supuesto de que las mujeres con esta puntaje o menos no tenían la intención de lactar totalmente definida

## Capítulo 8. Resultados

### 8.1. Descripción de la muestra

Participaron 183 mujeres, con un rango de edad de 14 a 43 años ( $\bar{x}$  =24, d.e= 6.39). Tuvieron en promedio 26 semanas de gestación, con una media de 3 consultas para atención prenatal en el centro de salud. Sólo el 20% asistía al grupo de ayuda mutua y el 49% planeó su embarazo. En la tabla 1 se muestran las variables sociodemográficas de las participantes. El perfil de las participantes fue: mujeres embarazadas casadas, amas de casa, multíparas y con una escolaridad de secundaria completa.

Tabla 1:  
*Características sociodemográficas de las participantes*

| <b>Variable</b>                    | <b>n (%)</b> |
|------------------------------------|--------------|
| <b>Estado civil</b>                |              |
| Soltera                            | 38 (21%)     |
| Casada/unión libre                 | 139 (77%)    |
| Otro                               | 4 (2.21%)    |
| <b>Escolaridad</b>                 |              |
| Primaria o menos                   | 18 (9.89%)   |
| Secundaria completa                | 82 (45.05%)  |
| Bachillerato o equivalente         | 69 (38%)     |
| Licenciatura                       | 12 (6.6%)    |
| <b>Ocupación</b>                   |              |
| Profesional                        | 4 (2.20%)    |
| Comerciante                        | 20 (11%)     |
| Trabajadora manual/obrero          | 13 (7.14%)   |
| Ama de casa                        | 124 (68.13%) |
| Estudiante                         | 16 (8.79%)   |
| Desempleada, jubilada o pensionada | 5 (2.75%)    |
| <b>Paridad</b>                     |              |
| Primíparas                         | 84 (46.67%)  |
| Multíparas                         | 96 (53.33%)  |

### 8.2. Análisis de los reactivos

La distribución de cada ítem se obtuvo a través de análisis descriptivos. Con la suma total de los reactivos se dividió a la muestra en dos grupos iguales tomando como referencia la mediana. Se utilizó la prueba de Shapiro Wilk para identificar la distribución de los puntajes totales del instrumento. Dado que su distribución no fue normal, se empleó la prueba de U de Mann

Whitney para estimar la capacidad de discriminación de cada reactivo entre las puntuaciones altas y bajas del instrumento, asimismo, para identificar los reactivos con probabilidad de eliminación. Los criterios de inclusión para los reactivos fueron que discriminaran entre las puntuaciones altas y bajas de la escala, que el valor fuera significativo y que las correlaciones entre cada ítem y el total de la escala tuvieran valores mayores a .2 y menores a .8., debido a que valores menores a .2 indican ausencia de relación y valores mayores a .8 alta colinealidad (Meneses, Barrios, Lozano, Bonillo, Turbany, Cosculluela, & Valer, 2014). En la tabla 2 se presentan los resultados de cada prueba.

Tabla 2:  
*Análisis de discriminación y correlación ítem-total de los reactivos del instrumento de Autoeficacia para lactar*

| Reactivo   | Análisis de discriminación |      | Correlación ítem-total |
|--|----------------------------|------|------------------------|
|  | Z                          | p    |                        |
| 1. Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque esté en público   | -5.32                      | .000 | .50*                   |
| 2. Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque atravesase por problemas personales                                 | -7.17                      | .000 | .69*                   |
| 3. Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque las personas en la calle estén en desacuerdo                        | -6.79                      | .000 | .66*                   |
| 4. Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque personas significativas (pareja, padres, hijos) estén en desacuerdo | -6.83                      | .000 | .63*                   |
| 5. Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque trabaje   | -6.51                      | .000 | .64*                   |
| 6. Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque esté cansada  | -8.41                      | .000 | .74*                   |
| 7. Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque esté enferma  | -8.43                      | .000 | .76*                   |
| 8. Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque no quiera hacerlo   | -8.00                      | .000 | .73*                   |
| 9. Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque me sienta estresada   | -8.92                      | .000 | .78*                   |
| 10. Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque me sienta triste o desanimada                                      | -9.83                      | .000 | .81*                   |
| 11. Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque tenga que hacer  | -9.25                      | .000 | .78*                   |
| 12. Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque esté en una fiesta   | -8.83                      | .000 | .76*                   |
| 13. Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque no perciba los beneficios  | -7.56                      | .000 | .72*                   |
| 14. Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque tenga grietas en los pezones                                       | -8.59                      | .000 | .76*                   |
| 15. Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque me produzca dolor en los senos                                     | -9.03                      | .000 | .77*                   |
| 16. Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque se me escurra la leche   | -9.37                      | .000 | .73*                   |

\*p<.001

### **8.3. Análisis Factorial Exploratorio y análisis de fiabilidad**

Para evaluar la adecuación muestral y el grado de correlación de las variables se emplearon la prueba Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Bartlett, lo cual permite confirmar si la muestra de aplicaciones obtenida es adecuada para llevar a cabo el Análisis Factorial Exploratorio (AFE). Dado que se obtuvieron resultados adecuados en ambos análisis (KMO=0.90;  $\chi^2=2467.939$ ;  $p=.000$ ) se realizó un AFE con una submuestra compuesta por 99 observaciones tomadas aleatoriamente del total de la muestra para determinar la validez de constructo del instrumento. El AFE identificó tres factores. Para conformar cada factor se consideró que estuviera formado por al menos 3 reactivos, que la carga factorial fuera mayor a .40 y que el valor Eigen fuera mayor a 1, además de que hubiera congruencia conceptual con los demás reactivos y que no cargara en más de un factor. Tomando en cuenta estos criterios, se eliminaron tres reactivos: “creo que puedo amamantar a mi hijo aunque atravesase por problemas personales”, “creo que puedo amamantar a mi hijo aunque esté enferma” y “creo que puedo amamantar a mi hijo aunque esté en una fiesta”. La escala quedó integrada por 13 reactivos que explicaron el 94% de la varianza total del instrumento. En la tabla 3 se muestra la estructura factorial del instrumento. La consistencia interna de cada factor se obtuvo a través del alpha de Cronbach.

Tabla 3:

*Matriz de componentes rotados y consistencia interna del instrumento Autoeficacia para lactar*

| Reactivos  | Componentes |            |            |
|--|-------------|------------|------------|
|  | F1          | F2         | F3         |
| 6. Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque esté cansada  | .52         |            |            |
| 8. Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque no quiera hacerlo   | .71         |            |            |
| 9. Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque me sienta estresada   | .86         |            |            |
| 10. Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque me sienta triste o desanimada                                      | .77         |            |            |
| 11. Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque tenga que hacer  | .77         |            |            |
| 13. Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque no perciba los beneficios  | .69         |            |            |
| 14. Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque tenga grietas en los pezones                                       |             | .86        |            |
| 15. Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque me produzca dolor en los senos                                     |             | .88        |            |
| 16. Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque se me escurra la leche   |             | .74        |            |
| 1. Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque esté en público   |             |            | .68        |
| 3. Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque las personas en la calle estén en desacuerdo                        |             |            | .83        |
| 4. Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque personas significativas (pareja, padres, hijos) estén en desacuerdo |             |            | .71        |
| 5. Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque trabaje   |             |            | .48        |
| <b>Consistencia interna</b>  | <b>.91</b>  | <b>.94</b> | <b>.82</b> |
| <b>Varianza explicada</b>  | <b>72%</b>  | <b>12%</b> | <b>9%</b>  |

### 8.3.1. Descripción de los factores.

De acuerdo con su contenido, los factores se denominaron de la siguiente manera:

**Factor 1 autoeficacia para lactar ante presión emocional (6 reactivos):** se refiere a estados emocionales negativos y a situaciones que pueden favorecer la aparición de éstos que pueden representar una barrera para que se lleve a cabo la lactancia materna exclusiva. Este Factor tiene una puntuación mínima de 0 puntos y máxima de 18 puntos, donde valores altos indican alta autoeficacia para lactar a pesar de la presión emocional y puntajes bajos lo contrario.

**Factor 2 autoeficacia para lactar ante molestias físicas (3 reactivos):** está relacionado con las molestias físicas que puede causar la lactancia y que actúan como un obstáculo para la misma. La puntuación mínima para este factor es de 0 puntos, y la máxima es de 9 puntos. Puntajes altos indican alta autoeficacia para lactar ante las molestias físicas y bajos puntajes indican lo inverso.

**Factor 3 autoeficacia para lactar ante la desaprobación y/o presencia de terceros (4 reactivos):** compuesto por reactivos relacionados con practicar la LME ante la presencia o la

desaprobación de otras personas, las que además, pueden ser significativas para la mujer, situación que puede dificultar o impedir ésta. En este Factor la puntuación máxima es de 12 puntos y la mínima es de 0 puntos. Donde puntuaciones altas se relacionan con alta autoeficacia y puntuaciones bajas establecen una relación contraria.

Para analizar la dirección y magnitud de la relación entre los factores, se utilizó una correlación de Spearman, la cual mostró que los factores tenían una relación positiva moderada. La correlación más alta se encontró entre las dimensiones autoeficacia para lactar ante presión emocional y autoeficacia para lactar ante molestias físicas (tabla 4).

Tabla 4:  
*Matriz de correlación entre los factores*

| <b>Factor</b>   | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> |
|---|----------|----------|----------|
| 1. Autoeficacia para lactar ante presión emocional                          | 1        |          |          |
| 2. Autoeficacia para lactar ante molestias físicas                          | .62*     | 1        |          |
| 3. Autoeficacia para lactar ante la desaprobación y/o presencia de terceros | .58*     | .57*     | 1        |

\*p<.001

#### **8.4. Validez de criterio**

Para determinar la validez de criterio de la escala se identificaron las diferencias en los puntajes de los tres factores por grupo de edad, experiencia previa e intención para lactar exclusivamente. Con base en la teoría de la autoeficacia, que sugiere que la confianza para realizar un comportamiento específico se determina a partir de los logros previos, se formuló la hipótesis de que las mujeres con experiencia previa con la lactancia materna tendrían mayor autoeficacia para lactar en comparación con las mujeres que no han lactado. Asimismo, dado que se ha reportado que la edad es un elemento importante para la autoeficacia relacionada con la LM, se planteó la hipótesis de que las mujeres menores de 20 años tendrían menores puntajes en los tres factores de la escala en contraste con las mujeres de mayor edad. Finalmente, se ha reportado que la autoeficacia es un predictor de la intención, se desarrolló la hipótesis de que puntajes altos en los factores del instrumento predecirían la posibilidad de tener alta intención de alimentar



exclusivamente con leche materna durante 6 meses. Dado que los tres factores del instrumento de autoeficacia para lactar no tuvieron una distribución normal, se utilizó un enfoque no paramétrico para los análisis.

Las diferencias por grupo de edad se obtuvieron a través de una prueba de U de Mann Whitney y las diferencias por experiencia previa se examinaron mediante una prueba de Kruskal-Wallis. En la tabla 5 se observa que existen diferencias por forma de alimentación respecto al factor 1 y el factor 3. Para determinar específicamente entre qué grupos se encontraban las diferencias se utilizó una prueba de post-estimación para este análisis. Se encontró que las mujeres que habían alimentado a su primer hijo exclusivamente con leche materna y de forma mixta obtuvieron un mayor puntaje en ambos factores a diferencia de las que sólo lo alimentaron con fórmula láctea. No se identificaron diferencias por escolaridad.

Tabla 5.  
*Diferencias de grupo por factores de autoeficacia para lactar*

| Variable                  | Grupo (n)         | Presión emocional |     |      | Molestias físicas |     |      | Desaprobación y/o presencia de terceros |     |      |
|---------------------------|-------------------|-------------------|-----|------|-------------------|-----|------|---|-----|------|
|                           |                   | Mediana           | RIC | p    | Mediana           | RIC | p    | Mediana                                 | RIC | p    |
| <b>Edad</b>               | 14-19 años (50)   | 14                | 12  | 0.07 | 5.5               | 6   | 0.00 | 8                                       | 5   | 0.01 |
|                           | ≥20 (133)         | 16                | 9   |      | 8                 | 4   |      | 10                                      | 4   |      |
| <b>Experiencia previa</b> | LME (48)          | 16.5              | 9.5 | 0.03 | 9                 | 4   | 0.20 | 10.5                                    | 4   | 0.01 |
|                           | Mixta (26)        | 19.5              | 7   |      | 9                 | 3   |      | 10.5                                    | 3   |      |
|                           | Sólo fórmula (11) | 13.5              | 3   |      | 6                 | 6   |      | 8                                       | 5   |      |

Nota:  
RIC: Rango intercuartílico

Finalmente, se construyó un modelo de regresión logística múltiple (tabla 6), tomando como variable dependiente o resultado a la intención en forma dicotómica (0=intención media-baja; 1=intención alta), y como variables independientes o predictoras las dimensiones de la escala de autoeficacia para lactar. Sólo el factor 2 autoeficacia para lactar ante molestias físicas y el factor 3 autoeficacia para lactar ante la desaprobación o presencia de terceros resultaron significativos, lo que indica que por cada unidad de cambio en el puntaje del factor, la posibilidad de tener alta intención de amamantar aumenta en un 24% y un 15%, respectivamente.

Tabla 6:

*Modelo de regresión logística múltiple de la intención de lactar*

| <b>Intención</b>   | <b>OR</b> | <b>DE</b> | <b>p</b> | <b>IC 95%</b> |
|--|-----------|-----------|----------|---------------|
| Autoeficacia para lactar ante presión emocional                          | 0.93      | .03       | .13      | 0.86 – 1.01   |
| Autoeficacia para lactar ante molestias físicas                          | 1.24      | .10       | .00      | 1.05 - 1.45   |
| Autoeficacia para lactar ante la desaprobación y/o presencia de terceros | 1.15      | .08       | .05      | 0.99 - 1.33   |

Nota:

El modelo se ajustó por edad

Para evaluar la bondad de ajuste e identificar si existía multicolinealidad en el modelo, se realizaron análisis de postestimación, en los que se encontró que el ajuste del modelo fue adecuado ( $p=.77$ ) y la ausencia de colinealidad entre las variables.

## Capítulo 9. Discusión

El objetivo de esta investigación fue construir y estimar las propiedades psicométricas de un instrumento para medir la autoeficacia para lactar de mujeres embarazadas de la Ciudad de México.

El instrumento quedó compuesto por 13 reactivos (Apéndice E) distribuidos en 3 factores que explicaron el 94% del total de su varianza. La agrupación de los reactivos fue conceptualmente congruente, lo que permitió definir adecuadamente a los factores: autoeficacia para lactar ante presión emocional, autoeficacia para lactar ante molestias físicas y autoeficacia para lactar ante la desaprobación y/o presencia de terceros. Cada factor se relaciona con situaciones a las que se enfrentan las mujeres que pueden representar un riesgo para la iniciación y mantenimiento de la lactancia materna exclusiva, como los estados emocionales negativos (estrés, tristeza), las molestias que pueden ser consecuencia de la lactancia materna y la desaprobación de personas importantes de su entorno y/o la presencia de otros, como sucede cuando tienen que hacerlo en público.

Los factores del instrumento se relacionaron entre sí de forma moderada y positiva, lo que indica que existe consistencia entre ellos, sin embargo, miden diferentes dimensiones del constructo.

Los resultados sugieren que la escala posee propiedades psicométricas adecuadas (validez de constructo, de criterio y consistencia interna), por lo que se puede considerar que los objetivos de este estudio se alcanzaron satisfactoriamente.

En México no se cuentan con instrumentos para medir la autoeficacia relacionada con la lactancia materna exclusiva en mujeres embarazadas. A nivel internacional se cuenta con la BSES-SF (Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form), la cual ha sido traducida a diferentes idiomas y probada en distintos países (Alus-Tokat, Okumuş & Dennis, (2010); Dennis, 2003;

Gregory, Penrose, Morrison, Dennis, & MacArthur, (2008); McCarter-Spaulding & Dennis, 2010; Wutke & Dennis, 2010; Zubaran, Foresti, Schumacher, Thorell, Amoretti, Müller & Dennis, 2010), reportando propiedades psicométricas adecuadas; sin embargo, no contempla situaciones en las que las mujeres tengan que amamantar a su hijo en público o las relacionadas con el dolor físico, las cuales favorecen el cese temprano de la lactancia, por lo que es necesario construir un instrumento que incluya reactivos que estimen qué tan capaces se perciben las mujeres para amamantar a sus hijos ante estas situaciones.

Aghdas, Talat & Sepideh, (2014) aportan evidencia sobre la importancia de la autoeficacia en la conducta de lactar exclusivamente, sugieren que la autoeficacia desempeña un rol primordial en la toma de decisión para llevar a cabo este comportamiento, por lo que es relevante identificar qué tan capaz se siente la mujer para lactar aunque perciba barreras de tipo emocional y social.

En México se han desarrollado diversas intervenciones de carácter informativo sobre los beneficios que la LME provee al niño y a la madre, un ejemplo de esto son los Grupos de Ayuda Mútua que se llevan a cabo bajo la dirección del personal de los centros de salud de la Ciudad de México. Sin embargo, se ha reportado que la información no es suficiente para que se lleve a cabo un comportamiento, en este caso la LME. Ejemplo de ello son los datos aportados por la *Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres en México 2015*, que indican que el 84.6% de las mujeres madres de niños entre 0 y 23 meses conocen al menos un beneficio de la lactancia materna para la madre o para el niño, el 88.6% recibieron algún tipo de consejería sobre lactancia en el periodo prenatal o en la primera semana después del parto, no obstante, la prevalencia de la LME en niños menores de 6 meses es muy baja. Por lo que se debe dar importancia a los factores psicosociales que configuran la toma de decisiones en las mujeres.

De los factores sociodemográficos la edad resultó ser el más importante tanto para la autoeficacia para lactar ante molestias físicas como para la autoeficacia para lactar ante la desaprobación y/o presencia de terceros y marginalmente para la autoeficacia para lactar ante presión emocional, lo que puede deberse a factores de madurez y/o de experiencia previa con la LM, de modo que uno de los objetivos es trabajar con las mujeres menores de 20 años para incrementar su autoeficacia para lactar ante estas situaciones.

La experiencia previa también resultó ser importante en cuanto a la autoeficacia para lactar ante presión emocional y para la autoeficacia para lactar ante la desaprobación y/o presencia de terceros, lo cual es congruente con la teoría, ya que una de las fuentes de la autoeficacia es la experiencia previa con la conducta. Sin embargo, no se encontraron diferencias respecto a la autoeficacia para lactar ante molestias físicas. Esto puede ser explicado en tanto que se tomó sólo a las participantes que eran multíparas, lo que involucra un menor número de participantes (53%) que pudo haber reducido la variabilidad de las respuestas, además de que es probable que ya hayan experimentado estas molestias.

En esta muestra, el estado civil y la escolaridad no se asociaron con la intención de lactar, sin embargo, se ha documentado (Espinoza-Cadima, Zamorano-Jiménez & Graham-Pontones, 2014; González Méndez & Pileta Romero, 2002; Rodríguez-García & Acosta-Ramírez, 2008) que estas variables sociodemográficas sí influyen en la decisión de lactar de forma exclusiva, por esta razón es importante replicar la aplicación en una población más amplia con el fin de obtener mayor variabilidad en los estratos sociales.

La principal aportación de este trabajo fue el disponer de un instrumento con adecuadas propiedades psicométricas para estimar la percepción de autoeficacia para lactar de mujeres gestantes, lo que permitirá identificar a las mujeres que están en riesgo de no iniciar la LME

desde el nacimiento. Su generalización puede alcanzar a mujeres de nivel socioeconómico medio-bajo y bajo de zonas urbanas de la Ciudad de México, particularmente aquellas que son usuarias de los servicios de salud públicos.

La escala de autoeficacia para lactar incluye criterios y reactivos que dan cuenta de situaciones en escenarios no clínicos, con poblaciones normales, por lo que es altamente probable que los datos psicométricos hallados en esta investigación reflejen particularidades propias de quienes participaron y no se puedan generalizar.

Por último, cabe resaltar que la Escala de Autoeficacia para Lactar se construyó bajo criterios metodológicos rigurosos, de manera que se cuenta con un instrumento sólido tanto en la parte conceptual como metodológica.

La limitación de este trabajo es que no hay certeza de la validez externa de la escala, es decir, no se ha probado con mujeres que viven en zonas rurales, ni en mujeres que pertenecen a estratos sociales altos y que utilizan los servicios de salud privados.

## **9.1. Conclusiones**

Los resultados sugieren que el instrumento puede ser una herramienta útil para evaluar la autoeficacia para lactar de mujeres embarazadas ante distintas situaciones, por lo que podría emplearse para ayudar a los profesionales de la salud a desarrollar intervenciones dirigidas a mujeres que pueden estar en alto riesgo de no iniciar la LME desde el nacimiento, es decir, las mujeres que puntúan bajo en esta escala presentan un riesgo potencial de no iniciar la LME desde el nacimiento y optar por la alimentación con fórmula láctea.

De esta forma, es importante considerar los factores proximales como la autoeficacia para la probabilidad de éxito de la LME. La autoeficacia se constituye por cuatro fuentes esenciales: experiencia previa, experiencia vicaria, persuasión verbal y respuestas fisiológicas, por lo que

para mejorar la autoeficacia, las intervenciones deben centrarse en elementos modificables como la persuasión social y las cogniciones de las mujeres sobre su capacidad de alimentar a su hijo con leche materna exclusivamente, para lo cual un instrumento válido para medir la autoeficacia es crucial para este objetivo.

## Referencias

- Achenbach, T. (1981). *Investigaciones en Psicología del Desarrollo. Conceptos, Estrategias y Métodos*. México: Editorial El Manual Moderno.
- Aghdas, K., Talat, K., & Sepideh, B. (2014). Effect of immediate and continuous mother–infant skin-to-skin contact on breastfeeding self-efficacy of primiparous women: A randomised control trial. *Women and Birth, 27*(1), 37-40.
- Aguilar-Palafox, M. I., & Fernández-Ortega, M. A. (2007). Lactancia materna exclusiva. *Revista de La Facultad de Medicina, 50*(4), 174–179.
- Aiken, L. (2003). *Tests psicológicos y evaluación* (11ª ed). Pearson Educación.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes, 50*(2), 179-211.
- Allen, J., & Hector, D. (2005). Benefits of breastfeeding. *New South Wales Public Health Bulletin, 16*(4), 42-46.
- Alus-Tokat, M. A., Okumuş, H., & Dennis, C. (2010). Translation and psychometric assessment of the Breast-feeding Self-Efficacy Scale—Short Form among pregnant and postnatal women in Turkey. *Midwifery, 26*(1), 101-108.
- Arenz, S., Ruckerl, R., Koletzko, B., & von Kries, R. (2004). Breast-feeding and childhood obesity—a systematic review. *International Journal of Obesity, 28*(10), 1247-1256.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*(2), 191-215. doi: 10.1037/0033-295X.84.2.191
- Bandura, A. (1986). The explanatory and predictive scope of self-efficacy theory. *Journal of Social and Clinical Psychology, 4*(3), 359-373.



- Bandura, A. (1987). *Pensamiento y acción: fundamentos sociales*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bandura, A. (1991). Social Cognitive Theory of self-regulation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 248-287.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bandura, A. (1998). Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychology and Health*, 13(4), 623-649.
- Bandura, A., Elder, G. H., Flammer, A., Schneewind, K. A., Oettingen, G., Jerusalem, M., & Zimmerman, B. J. (1999). *Auto-eficacia: cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 1-26.
- Ballard, O., & Morrow, A. L. (2013). Human milk composition: nutrients and bioactive factors. *Pediatric Clinics of North America*, 60(1), 49.
- Baró, L., Jiménez, J., Martínez-Férez, A., & Boza, J. (2001). Componentes biológicamente activos de la leche materna. *Ars Pharmaceutica*, 42(1-2), 21-38.
- Beavers, A. S., Lounsbury, J. W., Richards, J. K., Huck, S. W., Skolits, G. J., & Esquivel, S. L. (2013). Practical considerations for using exploratory factor analysis in educational research. *Practical assessment, research & evaluation*, 18(6), 1-13.
- Carrasco, M. Á., & del Barrio, M. V. (2002). Evaluación de la autoeficacia en niños y adolescentes. *Psicothema*, 14(2).

- Chung, M., Raman, G., Chew, P., Magula, N., Trikalinos, T., & Lau, J. (2007). Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evid Technol Asses (Full Rep)*, 153(153), 1-186.
- Cohen, J., & Swerdlik, M. (2001). *Pruebas y evaluación psicológicas. Introducción a las pruebas ya la medición* (4ª ed.). México: McGraw-Hill.
- Colchero, M. A., Contreras-Loya, D., Lopez-Gatell, H., & de Cosío, T. G. (2015). The costs of inadequate breastfeeding of infants in Mexico. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 101(3), 579-586.
- Cook, D. A., & Beckman, T. J. (2006). Current concepts in validity and reliability for psychometric instruments: theory and application. *The American journal of medicine*, 119(2), 166-e7-166-e16.
- Creedy, D. K., Dennis, C., Blyth, R., Moyle, W., Pratt, J., & De Vries, S. M. (2003). Psychometric characteristics of the breastfeeding self-efficacy scale: Data from an Australian sample. *Research in Nursing & Health*, 26(2), 143-152.
- Delgado-Becerra, A., Arroyo-Cabrales, L. M., Díaz-García, M. A., & Quezada-Salazar, C. A. (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.
- Dennis, C. (2002). Breastfeeding initiation and duration: A 1990- 2000 literature review. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 31(1), 12-32.
- Dennis, C. (2003). The breastfeeding self-efficacy scale: Psychometric assessment of the short form. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 32(6), 734-744.

- Dennis, C. (1999). Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: a self-efficacy framework. *Journal of human lactation*, 15(3), 195-201.
- Dennis, C., & Faux, S. (1999). Development and psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. *Research in nursing & health*, 22(5), 399-409.
- Dieterich, M., Felice, P., O'Sullivan, E., Rasmusen M. (2013). Breastfeeding and Health Outcomes for the Mother. *Infant Dyad*. 60(1): 31-48.
- Encuesta Nacional en Salud y Nutrición. Resultados Nacionales 2012. Instituto Nacional de Salud Pública. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
- Escobar-Pérez, J., & Cuervo-Martínez, A. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en medición*, 6(1), 27-36.
- Espinoza-Cadima, C., Zamorano-Jiménez, C., & Graham-Pontones, S. (2014). Factores que determinan la duración de la lactancia materna durante los tres primeros meses de vida. *Revista Anales Médicos*, 59(2), 120-126.
- Flórez-Alarcón, L., & Alarcón, L. F. (2007). *Psicología social de la salud: promoción y prevención*. México: Manual Moderno.
- Floyd, F. J., & Widaman, K. F. (1995). Factor analysis in the development and refinement of clinical assessment instruments. *Psychological assessment*, 7(3), 286-299.
- Gartner, L. M., Morton, J., Lawrence, R. A., Naylor, A. J., O'Hare, D., Schanler, R. J., & Eidelman, A. I. (2005). Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 115(2), 496-506.

- González Méndez, I., & Pileta Romero, B. (2002). Lactancia materna. *Revista Cubana de Enfermería, 18*, 15-22.
- Gregory, A., Penrose, K., Morrison, C., Dennis, C., & MacArthur, C. (2008). Psychometric properties of the Breastfeeding Self- Efficacy Scale- Short Form in an ethnically diverse UK sample. *Public Health Nursing, 25*(3), 278-284.
- Hanson, L. Å. (2004). Protective effects of breastfeeding against urinary tract infection. *Acta paediatrica, 93*(2), 154-156.
- Heinig, M. J. (2001). Host defense benefits of breastfeeding for the infant: effect of breastfeeding duration and exclusivity. *Pediatric Clinics of North America, 48*(1), 105-123.
- Hoddinott, P., Kroll, T., Raja, A. & Lee, A. (2010). Seeing other women breastfeed: how vicarious experience relates to breastfeeding intention and behaviours. *Maternal and Child Nutrition, 6*, 134-146.
- Huh, S. Y., Rifas-Shiman, S. L., Taveras, E. M., Oken, E., & Gillman, M. W. (2011). Timing of solid food introduction and risk of obesity in preschool-aged children. *Pediatrics, 127*(3), 544-551.
- Instituto Nacional de Salud Pública y UNICEF México. (2016). Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres, 2015- Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados 2015, Informe Final. Ciudad de México, México: Instituto Nacional de Salud Pública y UNICEF México.
- Isaacs, C. E. (2005). Human milk inactivates pathogens individually, additively, and synergistically. *The Journal of nutrition, 135*(5), 1286-1288.

- Kavanagh, D. J., & Bower, G. H. (1985). Mood and self-efficacy: Impact of joy and sadness on perceived capabilities. *Cognitive Therapy and Research*, 9(5), 507-525.
- Kerlinger, F. N., & Lee, H. B. (2001). *Investigación del comportamiento: métodos de investigación en ciencias sociales*. México: McGraw-Hill.
- Labbok, M. H. (2013). Breastfeeding: Population-based perspectives. *Pediatric Clinics*, 60(1), 11-30.
- Lagunes-Córdoba, R. (2017). Recomendaciones sobre los procedimientos de construcción y validación de instrumentos y escalas de medición en la psicología de la salud. *Revista Psicología y Salud*, 27(1), 5-18.
- Lefebvre, C. M., & John, R. M. (2014). The effect of breastfeeding on childhood overweight and obesity: a systematic review of the literature. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 26(7), 386-401.
- León-Cava, N., Lutter, C., Ross, J., & Martin, L. (2002). *Quantifying the benefits of breastfeeding: a summary of the evidence*. Pan American Health Organization, Washington DC.
- Maddux, J. E., & Rogers, R. W. (1983). Protection motivation and self-efficacy: A revised theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Experimental Social Psychology*, 19(5), 469-479.
- Marild S, Hansson S, Jodal U, Oden A, Svedberg K. Protective effect of breastfeeding against urinary tract infection. *Acta Paediatr* 2004; 93(2): 164–8.

- McCarter-Spaulding, D. E., & Dennis, C. (2010). Psychometric testing of the breastfeeding self-efficacy scale- short form in a sample of black women in the United States. *Research in nursing & health*, 33(2), 111-119.
- McMillan, B., Higgins, A. R., & Conner, M. (2005). Using an extended theory of planned behaviour to understand smoking amongst schoolchildren. *Addiction Research & Theory*, 13(3), 293-306.
- McQueen, K., Sieswerda, L. E., Montelpare, W., & Dennis, C.-L. (2015). Prevalence and Factors Affecting Breastfeeding Among Aboriginal Women in Northwestern Ontario. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 44(1), 51–68. doi:10.1111/1552-6909.12526
- Meedya, S., Fahy, K., & Kable, A. (2010). Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: a literature review. *Women and Birth*, 23(4), 135-145.
- Meneses, J., Barrios, M., Lozano, L. M., Bonillo, A., Turbany, J., Cosculluela, A., & Valer, S. (2014). *Psicometría*. Editorial UOC.
- Mitra, A., Khoury, A, Hinton, A. & Carothers, C. (2004). Predictors of breastfeeding intention among low-income women. *Maternal and Child Health Journal*. 8(2):65-70.
- Montero, I. & León, O. G., (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847-862.
- National Institutes of Health. (2014). US Department of Health and Human Services 2011. Principles of Community Engagement.

- Neville, M. C., Allen, J. C., Archer, P. C., Casey, C. E., Seacat, J., Keller, R. P., Lutes, V., Rasbach, J. & Neifert, M. (1991). Studies in human lactation: milk volume and nutrient composition during weaning and lactogenesis. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 54(1), 81-92.
- Oddy, W. H. (2001). Breastfeeding protects against illness and infection in infants and children: a review of the evidence. *Breastfeeding Review*, 9(2), 11.
- Odiijk, J. V., Kull, I., Borres, M. P., Brandtzaeg, P., Edberg, U., Hanson, L. Å., Host, A., Kuitunen, M., Olsen, S., Skerfving, S., Sundell, J. & Wile, S. (2003). Breastfeeding and allergic disease: a multidisciplinary review of the literature (1966–2001) on the mode of early feeding in infancy and its impact on later atopic manifestations. *Allergy*, 58(9), 833-843.
- OPS-OMS. (2014). Lactancia materna: un tema contemporáneo en un mundo globalizado. Recuperado de: [www.paho.org](http://www.paho.org)
- Oluwatayo, J. A. (2012). Validity and reliability issues in educational research. *Journal of Educational and Social Research*, 2(2), 391-400.
- Owen, C. G., Martin, R. M., Whincup, P. H., Smith, G. D., & Cook, D. G. (2005). Effect of infant feeding on the risk of obesity across the life course: a quantitative review of published evidence. *Pediatrics*, 115(5), 1367-1377.
- Organización Mundial de la Salud (2014). 10 datos sobre la lactancia materna. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/es/>

- Petrozzi, A., & Gagliardi, L. (2016). Breastfeeding self-efficacy scale: validation of the Italian version and correlation with breast-feeding at 3 months. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 62(1), 137-139.
- Pereda, B., Etxaniz, I., Aramburu, I., Ugartemendia, M., Uranga, M., & Zinkunegi, N. (2014). Beneficios de las intervenciones profesionales de apoyo en la lactancia materna. *Matronas Profesional*, 15(2), 1-8.
- Sanabria, M., Coronel, J., Díaz, C., Salinas, C., & Sartori, J. (2005). Perfil de la lactancia materna en cuatro servicios de referencia neonatal. *Revista Chilena de Pediatría*, 76(5), 530-535.
- Sandoval, L., Jiménez, M. V., Olivares, S. & De la Cruz, T. (2016). Lactancia materna, alimentación complementaria y el riesgo de obesidad infantil, *Atención Primaria*, 48(9), 572-578.
- Swanson, V., & Power, K. G. (2005). Initiation and continuation of breastfeeding: theory of planned behaviour. *Journal of Advanced Nursing*, 50(3), 272-282. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03390.x
- Reyes-Vázquez, H. & Fuentes, D. (2016). *Manual del Curso Avanzado de Apoyo a la Lactancia Materna CAALMA 2016*. APROLAM.
- Rodríguez-García, J., & Acosta-Ramírez, N. (2008). Factores asociados a la lactancia materna exclusiva en población pobre de áreas urbanas de Colombia. *Revista de Salud Pública*, 10, 71-84.
- Thulier, D., & Mercer, J. (2009). Variables associated with breastfeeding duration. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 38(3), 259-268.



- Valenzuela, J. A. F., Caldera, E. M., & Ham, E. I. S. (2011). Prevalencia y factores biosociales asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva. *Rev. Pediatría de México, 13*(2).
- Varaei, S. H., Mehrdad, N., & Bahrani, N. (2009). The relationship between self-efficacy and breastfeeding, Tehran, Iran. *Journal of Hayat, 15*(3), 31-38.
- Vinaccia, S., Contreras, F., Restrepo, L. M., Cadena, J., & Anaya, J. M. (2005). Autoeficacia, desesperanza aprendida e incapacidad funcional en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 5*(1).
- Wutke, K., & Dennis, C. (2007). The reliability and validity of the Polish version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form: Translation and psychometric assessment. *International Journal of Nursing Studies, 44*(8), 1439-1446.
- Zubaran, C., Foresti, K., Schumacher, M., Thorell, M. R., Amoretti, A., Müller, L., & Dennis, C. (2010). The Portuguese Version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form. *Journal of Human Lactation, 26*(3), 297-303.

# APÉNDICES

## Apéndice A

### PARTE I

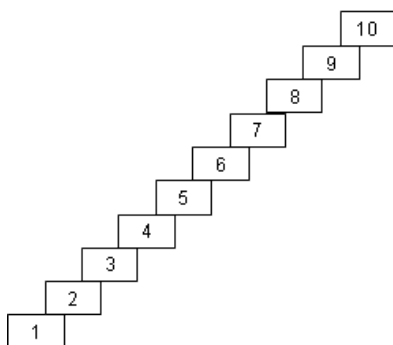
A continuación, se le presentan dos preguntas relacionadas con la forma en que usted piensa alimentar a su bebé cuando nazca. **Marque con una "X" el número que mejor represente su intención**, desde 0 que significa nada segura hasta 10 que significa totalmente segura.

1. ¿Qué tan segura está de alimentar a su hijo(a) **solamente con leche materna desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad?**

|  |             |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                   |
|--|-------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-------------------|
|  | Nada segura | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Totalmente segura |
|--|-------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-------------------|

## Apéndice B

|  |            |
|--|------------|
| <b>PARTE VIII</b>  |            |
| En esta parte se muestran preguntas relacionadas con datos generales. Por favor, no deje ninguna respuesta sin contestar (excepto a partir de la pregunta 12 si no se aplica a usted). ¡Gracias!   |            |
| No. Expediente: _____ Folio: _____   |            |
| 1. Nombre completo:  |            |
| 2. Fecha actual: ____/____/____<br>(día) (mes) (año)   |            |
| 3. Teléfono(s): local: _____ celular: _____  |            |
| 4. Edad: ____ (años cumplidos)   | 4. [ ] [ ] |
| 5. Estado civil: Soltera ( 0 ) Casada, Unión libre ( 1 ) Otro ( 2 )  | 5. [ ]     |
| 6. Escolaridad:<br>( 0 ) Primaria o menos  | 6. [ ]     |
| ( 1 ) Secundaria completa ( 3 ) Licenciatura completa  |            |
| ( 2 ) Bachillerato o equivalente completo ( 4 ) Posgrado   |            |
| 7. Ocupación:<br>( 0 ) Profesional o técnica especializada, jefa y/o directiva de empresa o institución  | 7. [ ]     |
| ( 1 ) Comerciante, trabajadora administrativa, pequeña empresaria  |            |
| ( 2 ) Trabajadora manual no calificada, obrera, trabajadora por cuenta propia  |            |
| ( 3 ) Ama de casa  |            |
| ( 4 ) Estudiante   |            |
| ( 5 ) Desempleada, jubilada o pensionada   |            |
| <b>PARTE IX</b><br>8.- Nivel socioeconómico:<br>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. [ ]     |



### PARTE X

No marcar la parte sombreada

1. ¿Su embarazo fue planeado?

Sí ( 1 )

No ( 0 )

2. ¿Cuánto pesaba antes del embarazo? \_\_\_\_\_ Kg

3. Peso actual \_\_\_\_\_ Kg

4. Estatura \_\_\_\_\_ m.

5. Semana de embarazo/gestación: \_\_\_\_ semanas \_\_\_\_ días

6. Fecha probable de parto: \_\_\_\_ día \_\_\_\_ mes \_\_\_\_ año

7. ¿En qué semana del embarazo acudió por primera vez al centro de salud a consulta prenatal? \_\_\_\_\_

## (Continuación Apéndice B)

a) En el centro de salud \_\_\_\_\_

b) En consulta privada \_\_\_\_\_

9. ¿Asiste a algún Grupo de Ayuda Mutua en el Centro de Salud?

Sí ( 1 ) No ( 0 )

10. ¿Ha asistido a pláticas o asesorías sobre lactancia materna?

Sí ( 1 ) No ( 0 )

11. Una vez que su hijo(a) haya nacido ¿a qué servicio médico planea llevarlo para revisión y/o seguimiento?

- a) Centro de Salud
- b) Consulta privada con un Médico General
- c) Consulta privada con un Pediatra
- d) ISSSTE O IMSS
- e) Ninguno

12. ¿Es su primer embarazo?

Sí ( 1 ) **HA TERMINADO EL CUESTIONARIO, GRACIAS**

No ( 0 ) *CONTINÚE CON LA PREGUNTA 13*

13. Contando el embarazo actual, ¿cuántos ha tenido en total?: \_\_\_\_\_

14. Número de: (a) Partos: \_\_\_\_\_ (b) Cesáreas: \_\_\_\_\_ (c) Abortos: \_\_\_\_\_

15. ¿De qué forma alimentó a su primer hijo?

Lactancia materna exclusiva ( 0 ) Alimentación mixta ( 1 ) Solo fórmula láctea ( 2 )

a) ¿Durante cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

16. ¿De qué forma alimentó a su segundo hijo?

Lactancia materna exclusiva ( 0 ) Alimentación mixta ( 1 ) Solo fórmula láctea ( 2 )

a) ¿Durante cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

17. ¿De qué forma alimentó a su tercer hijo?

Lactancia materna exclusiva ( 0 ) Alimentación mixta ( 1 ) Solo fórmula láctea ( 2 )

a) ¿Durante cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

**GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN**

## Apéndice C

### PARTE VII

A continuación se le presentan una serie de frases que describen las situaciones en las cuales las mujeres pueden encontrar dificultades para amamantar. Por favor, lea cada una de ellas y marque con una "x" la opción que mejor describa su respuesta. Esto no es un examen, así que no hay respuestas correctas o incorrectas, por lo que se le pide que conteste con la mayor sinceridad posible.

No marcar la parte sombreada

| <b>Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque...</b>                       | Nada segura | Algo segura | Moderadamente segura | Completamente segura |        |
|---|-------------|-------------|----------------------|----------------------|--------|
| 1. ...esté en público   | 0           | 1           | 2                    | 3                    | 1.[ ]  |
| 2. ...atraviese por problemas personales                                  | 0           | 1           | 2                    | 3                    | 2.[ ]  |
| 3. ...las personas en la calle estén en desacuerdo                        | 0           | 1           | 2                    | 3                    | 3.[ ]  |
| 4. ...personas significativas (pareja, padres, hijos) estén en desacuerdo | 0           | 1           | 2                    | 3                    | 4.[ ]  |
| 5. ...trabaje   | 0           | 1           | 2                    | 3                    | 5.[ ]  |
| 6. ...esté cansada  | 0           | 1           | 2                    | 3                    | 6.[ ]  |
| 7. ...esté enferma  | 0           | 1           | 2                    | 3                    | 7.[ ]  |
| 8. ...no quiera hacerlo   | 0           | 1           | 2                    | 3                    | 8.[ ]  |
| 9. ...me sienta estresada   | 0           | 1           | 2                    | 3                    | 9.[ ]  |
| 10. ...me sienta triste o desanimada                                      | 0           | 1           | 2                    | 3                    | 10.[ ] |
| 11. ...tenga quehacer   | 0           | 1           | 2                    | 3                    | 11.[ ] |
| 12. ...esté en una fiesta   | 0           | 1           | 2                    | 3                    | 12.[ ] |
| 13. ...no perciba los beneficios  | 0           | 1           | 2                    | 3                    | 13.[ ] |
| 14. ...tenga grietas en los pezones                                       | 0           | 1           | 2                    | 3                    | 14.[ ] |
| 15. ...me produzca dolor en los senos                                     | 0           | 1           | 2                    | 3                    | 15.[ ] |
| 16. ...se me escurra la leche   | 0           | 1           | 2                    | 3                    | 16.[ ] |

## Apéndice D



### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PROYECTO PAPIIT-IN307916



Yo, \_\_\_\_\_ acepto participar en el estudio de investigación: **“Promoción de la lactancia materna exclusiva en el primer nivel de atención a la salud”** que se lleva a cabo en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la UNAM, y cuyo responsable es el Dr. Mario Rojas Russell.

Esta investigación tiene como objetivos:

1. Identificar el papel predictor de un conjunto de variables sociodemográficas, de atención al embarazo y psicosociales con la intención de lactar, así como con la realización y duración de la lactancia.
2. Identificar el efecto sobre la intención para lactar de tres intervenciones motivacionales breves adaptadas a la disposición para llevar a cabo la lactancia.

Se me ha informado que mi participación en el estudio consiste en:

- Responder a los formatos de evaluación que se soliciten
- Proporcionar información verdadera
- Proporcionar información después del parto

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

- La participación en este estudio no generará riesgos a su salud física ni emocional

**LOS DATOS PERSONALES SERÁN CONFIDENCIALES Y PROTEGIDOS POR LA “LEY DE PROTECCIÓN DE LOS DATOS PERSONALES” PARA EL DISTRITO FEDERAL Y LA “LEY DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA DEL DISTRITO FEDERAL”, ASIMISMO, SE LE INFORMA QUE SUS DATOS NO PODRÁN SER DIFUNDIDOS SIN SU CONSENTIMIENTO EXPRESO, SALVO LAS EXCEPCIONES PREVISTOS EN LA LEY**

He leído y comprendo la información relativa al estudio y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Entiendo que puedo retirarme del estudio en el momento en que lo desee.

Por favor, indique si está de acuerdo en que la información contenida en su expediente clínico, que se encuentra a resguardo del Centro de Salud “Dr. Manuel Pesqueira” sea utilizada para fines de la presente investigación.

Estoy de acuerdo (  )      No estoy de acuerdo (  )

Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento

\_\_\_\_\_  
Firma del participante y/o de la persona responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Esta parte debe ser completada por el Investigador (o su representante):**

He explicado a(la) Sr(a). \_\_\_\_\_ la naturaleza y los propósitos de la investigación y los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado sus preguntas tanto como mi conocimiento me lo permite. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

\_\_\_\_\_  
Firma del investigador

\_\_\_\_\_  
Fecha

Cualquier pregunta o duda que usted tenga sobre el estudio puede consultarla directamente con el responsable del mismo:  
Dr. Mario Rojas Russell. Tel. 56230603 Correo electrónico: mr1811@gmail.com

## Apéndice E

### PARTE VII

A continuación se le presentan una serie de frases que describen las situaciones en las cuales las mujeres pueden encontrar dificultades para amamantar. Por favor, lea cada una de ellas y marque con una "x" la opción que mejor describa su respuesta. Esto no es un examen, así que no hay respuestas correctas o incorrectas, por lo que se le pide que conteste con la mayor sinceridad posible.

No marcar la parte sombreada

| <b>Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque...</b>                       | <b>Nada segura</b> | <b>Algo segura</b> | <b>Moderadamente segura</b> | <b>Completamente segura</b> |        |
|---|--------------------|--------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------|
| 1. ...esté en público   | 0                  | 1                  | 2                           | 3                           | 1.[ ]  |
| 2. ...las personas en la calle estén en desacuerdo                        | 0                  | 1                  | 2                           | 3                           | 2.[ ]  |
| 3. ...personas significativas (pareja, padres, hijos) estén en desacuerdo | 0                  | 1                  | 2                           | 3                           | 3.[ ]  |
| 4. ...trabaje   | 0                  | 1                  | 2                           | 3                           | 4.[ ]  |
| 5. ...esté cansada  | 0                  | 1                  | 2                           | 3                           | 5.[ ]  |
| 6. ...no quiera hacerlo   | 0                  | 1                  | 2                           | 3                           | 6.[ ]  |
| 7. ...me sienta estresada   | 0                  | 1                  | 2                           | 3                           | 7.[ ]  |
| 8. ...me sienta triste o desanimada                                       | 0                  | 1                  | 2                           | 3                           | 8.[ ]  |
| 9. ...tenga que hacer   | 0                  | 1                  | 2                           | 3                           | 9.[ ]  |
| 10. ...no perciba los beneficios  | 0                  | 1                  | 2                           | 3                           | 10.[ ] |
| 11. ...tenga grietas en los pezones                                       | 0                  | 1                  | 2                           | 3                           | 11.[ ] |
| 12. ...me produzca dolor en los senos                                     | 0                  | 1                  | 2                           | 3                           | 12.[ ] |
| 13. ...se me escurra la leche   | 0                  | 1                  | 2                           | 3                           | 13.[ ] |