



**UNIVERSIDAD
DE PALERMO**

Trabajo final de integración

**Adaptación de la escala de autoeficacia BSES (Breastfeeding Self Efficacy Scale -
Escala de Autoeficacia en la Lactancia Materna)**

Facultad de Humanidades

Licenciatura en Psicología Clínica

Autor: Verónica Marilén Ponce

Tutor: Doctora Vánesa Góngora

Indice

1. INTRODUCCION.....	2
1.2. Planteo del problema: su relevancia e importancia.....	2
1.3. Objetivo general.....	2
1.4. Objetivos específicos.....	2
1.5. Hipótesis.....	3
2. DESARROLLO.....	3
2.1. Variables que influyen en la lactancia materna.....	3
2.1.1 Bases teóricas.....	4
2.2. Origen de la teoría de autoeficacia.....	5
2.2.1. Aprendizaje Social de Rotter.....	6
2.2.2. Teoría sociocognitiva de Bandura.....	6
2.3. Importancia de la lactancia materna.....	10
2.3.1. Lactancia materna y protección frente a infecciones y enfermedades a largo plazo.....	11
2.3.2. Lactancia materna y crecimiento.....	11
2.3.3. Lactancia materna y ventajas para la madre.....	12
2.3.4. Beneficios psicológicos.....	12
2.4. Relación entre la teoría de autoeficacia y la lactancia materna.....	15
2.4.1. Fuentes de la autoeficacia y lactancia materna.....	17
3. METODO.....	18
3.1. Participantes.....	18
3.2. Instrumentos.....	20
3.3. Procedimiento.....	21
3.3.1. Traducción de la escala al español.....	21
3.3.2. Prueba piloto.....	22
3.3.3. Edición y codificación de comentarios espontáneos en relación con la escala.....	24
4. RESULTADOS.....	27
5. COMENTARIOS Y DISCUSION.....	33
5.1. Dificultades del presente estudio.....	37
5.2. Autocrítica.....	38
5.3. Conclusión.....	39
6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	43
7. ANEXO.....	47

1. INTRODUCCION

El presente estudio realiza la descripción de la adaptación de la escala BSES-Breast Feeding Self Efficacy- en lactancia materna a partir de la experiencia desarrollada durante la práctica de habilitación profesional que se realizó en una institución dedicada a la lactancia.

Muchas madres dejan de amamantar tempranamente debido a las dificultades que se les presentan más que por una elección personal. Diversos estudios han demostrado que la duración de la lactancia materna se asocia significativamente con la confianza materna (Dennis, 1999).

1.2. Planteo del problema: su relevancia e importancia

Ante la falta de un instrumento que sirva para evaluar la autoconfianza percibida en la lactancia materna, y para detectar variables que pueden afectarla e implementar estrategias, surgen los objetivos del presente trabajo.

1.3. Objetivo general

Adaptar y realizar los pasos previos para validar la escala de autoeficacia en lactancia materna BSES de Dennis (1999) en población urbana Argentina.

1.4. Objetivos específicos

- 1) Establecer la equivalencia semántica del instrumento.
- 2) Comparar los resultados en la escala entre:
 - a. Las madres primíparas y multíparas.
 - b. Madres multíparas que amamantaron menos de 7 meses con aquellas que amamantaron más de 7 meses.
 - c. Madres que recibieron información antes del parto y las que no.
 - d. Madres que trabajan y que no trabajan.
- 3) Determinar los comentarios espontáneos más frecuentes surgidos de la administración de la escala de autoeficacia en lactancia materna.
- 4) Determinar la forma de alimentación de los bebés a las 6 semanas postparto y relacionarla con las puntuaciones en autoeficacia en lactancia materna.

1.5. Hipótesis

- 1) Las madres primerizas puntúan más bajo en la escala.
- 2) Las madres multíparas que amamantaron más de 7 meses puntúan más alto en la escala.
- 3) Las madres que recibieron información antes del parto puntúan más alto en la escala.
- 4) Las madres que trabajan puntúan más bajo en la escala.
- 5) Las madres que puntúan más bajo introducen sucedáneos de leche materna a las 6 semanas posparto.

2. DESARROLLO

2.1. Variables que influyen en la lactancia materna

La historia de la alimentación infantil en el siglo XX cuenta la pérdida de la cultura del amamantamiento y una desintegración del conocimiento tradicional con respecto de cómo las madres amamantan y los niños se comportan, del tipo de vínculo que generan, la clase de cualidades innatas que ellos poseen, y el tipo de apoyo que requieren para establecer la lactancia (Mulford, 1995). Desde 1970 en adelante se ha tratado de aumentar la lactancia materna en el mundo implementando fuertes programas de promoción. Las tasas de lactancia han aumentado desde entonces, pero aún la mayoría de las mujeres dejan de amamantar antes de los 6 meses abandonando la lactancia exclusiva, a pesar de lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud - OMS- en 2002 y The United Nations Children's Fund- UNICEF – en 1989 con el objetivo de reducir la mortalidad infantil y la desnutrición. Apenas un tercio de los recién nacidos en Argentina continúa con lactancia materna hasta los 6 meses de vida -Agencia de noticias de la República Argentina- Télam - en agosto 2008. La práctica de introducir otros alimentos prematuramente y otras leches se fueron instaurando desde la segunda mitad del siglo XX en adelante. La incorporación de la mujer al trabajo sin que la sociedad pudiera armonizar su otra tarea, la crianza, y la publicidad de las mamaderas y leches, que el público ha transformado en productos de consumo masivo medicalizando la lactancia, hicieron que retrocediera la práctica natural.

Las estrategias de comercialización de los sucedáneos de la leche materna influyen desalentando de manera significativa la práctica del amamantamiento. Con la

sanción del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna de la OMS en 1981, las compañías del sector debieron modificar sus publicidades para adaptarse a la normativa (Vallone, 2008). A pesar del código y de tratados internacionales vigentes que protegen la lactancia materna, se instaló la creencia de que el pecho es bueno, pero el pecho más otra cosa es mejor. Los expertos en lactancia sostienen que la combinación de lactancia materna junto con un sucedáneo es contraproducente debido a que las propiedades de la leche materna se ven disminuidas produciendo la inhibición de la absorción de ciertos nutrientes y la función inmunitaria queda interferida. Por eso, se recomienda que la leche sea exclusivamente de la madre de donde surge el término lactancia materna exclusiva o pecho exclusivo. Entre los obstáculos se encuentra la falta de información: muchas mujeres no saben que la secreción de leche en cantidad comienza después de las 48 horas (Télam, 2008), y el uso de chupetes y mamaderas desde los primeros días crea confusión de pezón al bebé, afectando la confianza materna y por ende abandonando la lactancia prematuramente.

2.1.1. Bases teóricas

Por medio de estudios realizados en diferentes países como Inglaterra, Canadá, Puerto Rico y Nicaragua entre otros, se descubrió que una de las razones principales de la discontinuidad de la lactancia exclusiva se debía a dificultades relacionadas con la confianza materna más que por una elección personal (Hill, 1991). En especial, O'Campo, Faden, Gielen, y Wang (1992) realizaron diversos estudios en los que encontraron que la variable psicológica y demográfica más significativa que afectaba el inicio y la duración de la lactancia era la confianza que poseía la madre. También encontraron que la confianza materna influenciaba la percepción que tienen las madres al creer tener insuficiente leche para amamantar.

Bottorff (1990) estudió los patrones de pensamiento de mujeres que amamantaban y descubrió que aquellas que tenían dificultades con la lactancia solían tener autodiálogo negativo. Las dificultades y las dudas ponían en funcionamiento un proceso cognitivo asociado con la posibilidad de dejar de amamantar. Estudios sobre las reacciones emocionales han revelado que las mujeres que amamantan lo perciben como un desafío y una forma de sentirse vigorosas. Las emociones combinadas con patrones de pensamiento influyen en el amamantamiento. Locklin (1995) mediante investigaciones realizadas encontró que aquellas mujeres que se focalizaban en aspectos

negativos de la lactancia dudaban, estaban ansiosas y tensas mientras amamantaban, y además eran más propensas a dejar de amamantar en lugar de afrontar las dificultades que le surgían. Las mujeres que poseían pensamientos positivos intentaban resolver los problemas y estaban más predispuestas a amamantar. Además, percibían las dificultades como normales y continuaban amamantando.

Tanto Locklin (1993) como Bottoff (1990) hallaron en sus investigaciones que la mayoría de las mujeres decían tener dificultad para amamantar en los primeros meses después del parto, y aquellas mujeres que lograron afrontar las dificultades sostuvieron la importancia de ser persistentes para mantener la lactancia.

La mayoría de los individuos intentan evadir tareas en las que creen no tener habilidades y elegir aquellas en las que creen poseer más talento, determinando así la elección del comportamiento. Dusdieker, Booth, Seals y Ekwo (1985), siguiendo teorías psicosociales, descubrieron que la preocupación de las madres en relación con la lactancia comienza antes del parto, y que la percepción de eficacia determinaba la decisión de iniciar la lactancia.

La teoría de la autoconfianza fue desarrollada por Bandura (1977), quien sostiene que la autoconfianza es uno de los factores psicológicos más frecuentemente citados por su influencia sobre el rendimiento de los individuos, entendiéndola como una expectativa realista sobre lo que se puede conseguir.

La teoría de la autoconfianza concede un papel central a la influencia del pensamiento autorreferente sobre el pensamiento psicosocial actuando como mediadora de la conducta y de la motivación de las personas. Los juicios que tienen las personas sobre su capacidad para actuar a un nivel determinado en una tarea concreta influyen en su conducta - esfuerzo, persistencia, etc.- en sus patrones de pensamiento y en sus reacciones emocionales.

2.2. Origen de la teoría de autoeficacia

El constructo autoeficacia inicialmente surgió de la teoría del aprendizaje social de Rotter (1966) y de la teoría sociocognitiva de Bandura (1977).

El enfoque cognitivo estudia la manera en que las personas piensan. La personalidad se define desde el punto de vista de las creencias que la gente sostiene, las

maneras que tiene de procesar la información y las explicaciones que se dan acerca de los acontecimientos que les suceden. El término cognición hace referencia a procesos de pensamiento que incluyen: percepción, memoria y lenguaje. Los elementos cognitivos comprenden tipo de información y maneras de procesamiento.

Albert Bandura crea su propia teoría sociocognitiva., influido por psicoanalistas como Freud y Adler; por teorías del aprendizaje como Hull y Tolman; y fundamentalmente por la teoría de Rotter (1954).

2.2.1. Aprendizaje Social de Rotter

La teoría del aprendizaje social es una teoría psicológica basada en los principios del aprendizaje, la persona y su cognición junto a los aspectos del ambiente en que lleva a cabo la conducta. Según Rotter (1967), la persona puede tener varias opciones de comportamiento, cada conducta potencial la relacionaría con una consecuencia. Esto puede tener un refuerzo positivo o negativo dependiendo de las consecuencias. Además de tener un valor, las conductas tienen probabilidades: concepto de expectativa, mayor o menor acerca de que una conducta se produzca. La posibilidad de que una conducta suceda es función del valor del reforzador y de la probabilidad de que suceda.

El modelo expectativa-valor sostiene que tanto el valor del reforzador como la probabilidad son propios del sujeto, lo definen y son únicos, no sólo para el individuo sino para la situación. Las expectativas pluralizadas se mantienen a través de distintas situaciones: la confianza interpersonal y el locus de control - lugar en el que se sitúan las atribuciones de las cosas que suceden -.

2.2.2. Teoría sociocognitiva de Bandura

Las personas siempre han querido tener control sobre los eventos que afectan su vida. En la época primitiva, cuando se tenía muy poco conocimiento acerca del mundo y existían limitadas maneras de alterar su funcionamiento, se le atribuía a lo sobrenatural el control de lo vivido. Se realizaban rituales para evitar o lograr determinados acontecimientos y protegerse de poderes sobrenaturales. Aún en la actualidad se utilizan rituales para obtener resultados favorables; en aquellas circunstancias en que un ritual era acompañado de un resultado favorable se le atribuía al mismo el resultado positivo.

El crecimiento del conocimiento en la historia de la humanidad ha incrementado la habilidad del ser humano para predecir ciertos acontecimientos y poder controlarlos. Esto le da al ser humano un cierto poder para cambiar su propio destino: la tecnología física y biológica para alterar la genética de las plantas y los animales, las técnicas médicas y psicológicas para mejorar la calidad de vida física y emocional, el sistema social que determina creencias y conductas para obtener beneficios sociales. La falta de habilidad para evitar las adversidades en la vida genera apatía, rechazo o desesperación. La habilidad de generar expectativas deseadas y evitar las no deseadas provee de un poder incentivo para el desarrollo del ejercicio del control personal, y es el control central en la vida del ser humano (Bandura, 1997).

Bandura (1977) plantea que el funcionamiento psicológico se basa en la interacción recíproca del ambiente físico y social, del sistema cognitivo y afectivo y del sistema conductual. Hace énfasis en los mecanismos cognitivos que nos permiten aprender de uno mismo, de los demás y del mundo, y regular así la conducta. Propone que existen 5 tipos de capacidades:

1. **Simbolización:** capacidad para representar simbólicamente el conocimiento.
2. **Aprendizaje Vicario:** capacidad de aprender habilidades, conocimientos, e incluso tendencias afectivas a través de la observación y del modelado.
3. **Expectativas:** capacidad de anticipar contingencias (consecuencias).
4. **Autorregulación:** capacidad para alcanzar metas y evaluar las propias acciones.
5. **Autorreflexión:** capacidad para pensar y reflexionar sobre sí mismo.

Según Bandura (1986), las tres últimas capacidades forman un sistema cuyo funcionamiento es la esencia de la personalidad. En 1966, Bandura demostró que los seres humanos podían aprender conductas en ausencia de recompensas, pero sólo las demostraban si las había; se aprenden conductas por observación. También se aprenden reacciones emocionales por condicionamiento vicario. Así mismo, descubrió que personas que observaban a un modelo expresando miedo, desarrollaban una reacción de miedo ante un estímulo que previamente era neutral. Se ha comprobado que aunque el período de observación sea breve, los resultados pueden ser de larga duración. Es decir, reacciones emocionales intensas y de larga duración se pueden adquirir por observación sin haber vivido la experiencia directamente.

Bandura (1977), desarrolló la percepción de autoeficacia y lo situó en el centro de todo cambio en psicoterapia. La teoría de la autoeficacia parte de la distinción conceptual entre expectativas de eficacia o autoeficacia y expectativas de resultados o acción-reacción. Las expectativas de eficacia se definen como la creencia de que uno es capaz de ejecutar con éxito un determinado comportamiento requerido para obtener unos resultados determinados, es decir, la creencia de que uno puede realizar lo que se propone. Por expectativas de resultados se entiende la creencia de que un determinado comportamiento irá seguido de unas determinadas consecuencias.

Bandura (1987) enfatiza el papel de las creencias de autoeficacia al considerarla como uno de los factores más influyentes en el funcionamiento humano. La autoeficacia ha sido definida como los juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento. Las creencias acerca de la propia eficacia juegan un importante rol mediador, actuando a manera de filtro entre los logros anteriores o habilidades y la conducta posterior. Las creencias que las personas tienen acerca de sus capacidades pueden ser un mejor predictor de la conducta posterior que su nivel de habilidad real.

La autoeficacia afecta directamente las elecciones, ya que las personas tienden a elegir aquellas actividades en las cuales se consideran más hábiles y tienden a rechazar aquellas en las cuales se consideran incapaces. Las creencias de autoeficacia afectan también la conducta del individuo influyendo en el esfuerzo que realiza, la perseverancia ante los obstáculos con que se enfrenta, los patrones de pensamiento y las reacciones emocionales que experimenta.

Las creencias de autoeficacia se diferencian de la autoestima, del autoconcepto y de los juicios valorativos que el sujeto posee sobre su imagen global (Bandura, 1997). Mientras que la autoeficacia se refiere a juicios acerca de las capacidades individuales en el desempeño de tareas determinadas, la autoestima tiene que ver con juicios valorativos hacia sí mismo. Por lo tanto, un individuo con eficacia baja no necesariamente posee autoestima baja, pues la autoeficacia personal se juzga en términos de capacidades, no imagen o valores. Por otra parte, el sentido de eficacia personal es un constructo dinámico y por ende, la eficacia percibida tiende a cambiar con el tiempo como resultado de nuevas experiencias que se viven en distintas

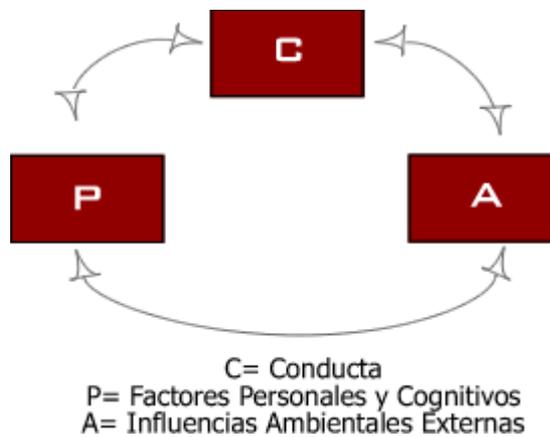
circunstancias y contextos donde se requiere de habilidades particulares que influyen en el desempeño de cada individuo (Gist & Mitchell, 1992).

Otro concepto que se diferencia es la confianza, que es una de las dimensiones de la autoeficacia y forma parte de la fuerza de eficacia. La seguridad de ser capaz y la fuerza de esa creencia constituyen la autoeficacia. La confianza influye en el comportamiento y el comportamiento en el resultado.

Por otro lado, Bandura (1986) señaló que cuando las condiciones ambientales obligan a emitir una conducta determinada, éstas se convierten en los principales determinantes del comportamiento; sin embargo, cuando los imperativos de la situación son débiles, los factores personales son los que actúan sobre dicha conducta. Así mismo, plantea que los individuos poseen un sistema interno que les permite ejercer control sobre sus propias acciones, conductas y pensamientos, siendo este sistema un componente fundamental de influencia en el logro de las metas que cada quien se propone. Al respecto, Bandura Ob. Cit. (1997) expresa que las creencias de autoeficacia constituyen un factor decisivo en el logro de metas y tareas de un individuo. Además, sostiene que si las personas creen que no tienen poder para producir resultados, no harán el intento para hacer que esto suceda. En general, según dicho autor, el control y la competencia personal que los individuos poseen como agentes creadores de su propio entorno no sólo les permite responder a su ambiente sino que los capacita para transformarlo mediante su actuación o desempeño, proporcionando a la persona un mecanismo de referencia a partir del cual se percibe y evalúa el comportamiento humano. De ello se desprende que, si el sujeto se juzga capaz y confía en sus habilidades de ejecución de una tarea específica, esta autopercepción contribuirá al éxito de su desempeño. Es decir, podría afirmarse que el éxito esperado en el logro de una meta se relaciona de manera directa con las expectativas de resultado que el sujeto anticipa.

Este sistema interno de creencias proporciona un marco referencial determinante de la percepción, regulación y evaluación de la conducta del individuo. De allí la importancia de considerar las creencias de autoeficacia como el juicio personal sobre las capacidades o autoconfianza en la ejecución de tareas propuestas en el momento de llevar a cabo lo que se intenta hacer. Las preconcepciones o juicios que la persona establece acerca del éxito o fracaso de su desempeño, proporcionan información, y a su vez, alteran las creencias de autoeficacia percibida que se reflejarán en desempeños posteriores. A la luz de la teoría de Bandura (1997), el sentido de agenciar en el ser

humano¹ se concibe como una relación triádica donde la conducta, los factores personales y cognitivos - afectivos, y biológicos - e influencias del ambiente interactúan de manera recíproca e interdependiente conformando una estructura unificada como lo muestra la Figura 1.



En la teoría de Bandura Ob.Cit. (1997), los individuos evalúan sus propias experiencias mediante la autorreflexión de manera que el juicio o creencias personales sobre las capacidades y logros previos ejercen una fuerte influencia en las actuaciones futuras. En tal sentido, las creencias de autoeficacia pueden anticipar mejor el comportamiento futuro del sujeto que la actuación previa. Sin embargo, vale la pena aclarar que en la teoría de la autoeficacia las tareas que una persona es capaz de ejecutar no pueden ir más allá de sus capacidades, ya que no basta sólo con creer en las capacidades que se poseen, sino que se requiere de las habilidades y conocimientos necesarios para el logro de una competencia adecuada.

2.3. Importancia de la lactancia materna

En las últimas décadas las investigaciones (Kennel & Klaus, 1975; Kramer et al., 2001) han dado importantes aportes sobre los componentes básicos del desarrollo infantil. Ha quedado claro que el recién nacido tiene complejas competencias en su comportamiento que le permiten ser un participante activo en su propia experiencia social desde muy temprano. Esto es de importancia crítica y es en este contexto que el niño desarrolla un concepto de sí mismo y de los otros, de las reglas de interacción y del intento comunicativo de su comportamiento y el de los demás.

¹ Del Inglés Human Agency

La lactancia materna debe ser valorizada por sus amplios efectos sobre la niñez desde todos los aspectos y no observar únicamente el alcance de las implicancias nutricionales, sino como todo un conjunto de valores indispensables en el desarrollo integral de los niños y por ende de la sociedad en general.

2.3.1. Lactancia materna y protección frente a infecciones y enfermedades a largo plazo

Recientemente Kramer et al. (2001) han realizado un ensayo clínico que aporta una información muy válida sobre el efecto protector frente a las infecciones y el crecimiento. Estos autores aleatorizaron las maternidades de Bielorrusia para recibir o no una intervención encaminada a la promoción de la lactancia materna; con esta actividad consiguieron incrementar el número de madres lactantes y la duración de la lactancia materna de forma significativa en los hospitales en los que se realizó la tarea de promoción de lactancia. Las poblaciones que atendían los hospitales con o sin promoción eran idénticas con relación a los niveles educativos, económicos, estado de salud, edad materna, etc. Este trabajo ha demostrado que los niños de los hospitales que recibieron promoción de lactancia materna y que se amamantaron con mayor frecuencia y durante más tiempo, tuvieron un riesgo disminuido para contraer infecciones gastrointestinales. Estudios posteriores al de Kramer et al. (2001), con diferente metodología, han venido a corroborar los hallazgos de este autor (Heinig, 2002).

Numerosos estudios han puesto de manifiesto el efecto protector de la lactancia materna en relación con la mortalidad infantil por muerte súbita del lactante u otras causas, diabetes insulina dependiente, enfermedad de Chron, colitis ulcerosa, patología alérgica, obesidad, enfermedades respiratorias y linfomas (Pallás Alonso, 2005; OPS, 2002).

2.3.2. Lactancia materna y crecimiento

En el estudio realizado por Kramer, Guo, Shampiro & Collet (2002), en referencia al crecimiento, sugiere que la lactancia materna prolongada y exclusiva, realmente podría acelerar el crecimiento (incremento de peso y talla) durante los 6 primeros meses de la vida. Las curvas de crecimiento que se utilizan en Argentina no

están construidas sobre la base de una población de niños amamantados y esto lleva en ocasiones a los pediatras a interpretaciones erróneas sobre las curvas de peso. Los niños amamantados tienen un mayor incremento de peso y talla durante los primeros 3 a 6 meses de vida. Después de esta edad los niños alimentados con sucedáneos muestran mayor aumento, interpretándose tal hecho por muchos expertos como la manifestación de un crecimiento excesivo que no corresponde al patrón fisiológico observado en los niños amamantados.

En 1994, la OMS solicitó la elaboración de nuevas curvas de crecimiento de los niños amamantados basadas en datos procedentes de una muestra internacional de niños amamantados sanos. El objetivo era establecer un patrón de referencia internacional. Se demostró que cuando los niños y niñas poseen las condiciones socioambientales necesarias crecen de igual manera más allá de su raza, origen étnico, etc. Mediante este nuevo patrón, se pudo determinar cuándo se satisfacen o no las necesidades de nutrición y atención de salud de los niños. La subnutrición, el sobrepeso y la obesidad, así como otras condiciones relacionadas con el crecimiento, podrán entonces detectarse y abordarse en una fase temprana. (OMS, 2006).

2.3.3. Lactancia materna y ventajas para la madre

Diversos trabajos indican un efecto beneficioso de la lactancia materna en la salud de la madre. Después del parto las mujeres que amamantan a sus hijos tienen menos sangrado y al retrasarse el inicio de las menstruaciones, se produce un ahorro de hierro que compensa de forma fisiológica las pérdidas que se producen durante el parto. La mujer que lacta a su hijo recupera antes el peso pregestacional. La remineralización ósea tras el parto es más rápida y eficaz, y en la edad postmenopáusica disminuye la frecuencia de fracturas de cadera. Se reduce el riesgo de cáncer de ovario y de cáncer de mama en la mujer premenopáusica (Pallás Alonso, 2005; OPS, 2002).

2.3.4. Beneficios psicológicos

La lactancia materna es el producto de muchos factores que interaccionan, más que de la sola conducta individual. Una buena experiencia con la lactancia materna puede garantizar una intensa interacción y una sincronía entre dar y aceptar. De acuerdo con Brazelton (1963), ésta es la base sobre la que el niño comienza a crear un

mundo seguro para sí mismo. Está claro que las creencias y actitudes hacia la lactancia materna influyen en su elección y la continuidad. Bentovim (1976), señala que es posible restablecer la lactancia materna como opción natural. El papel del profesional sanitario en este aspecto es importante porque solo a través de la adecuada relación con la madre se encontrará un nuevo modelo materno que pueda actuar como una forma de familia extensa con la que la madre se pueda identificar y contrarrestar las influencias personales, familiares y culturales. Hendrickse (1976), confirma lo anteriormente dicho, y afirma que el mayor obstáculo en la mente de las mujeres son los sentimientos de vergüenza asociados con la lactancia materna. Más de la mitad de las mujeres no dieron el pecho en un estudio realizado por Newcastle (1976), por un sentimiento de vergüenza, resultado de relacionar el pecho con la sexualidad.

La lactancia materna ayuda en el crecimiento psicológico proporcionando el ambiente interactivo óptimo para el niño. La estimulación táctil y vestibular que el contacto corporal y la atención de la madre le proporcionan al bebé en el proceso de amamantamiento son claramente importantes para las otras áreas del desarrollo y esta situación proporciona una experiencia de aprendizaje directa basada en la interacción. Dicho contacto estrecho, según algunos estudios sobre la lactancia materna, favorece la independencia y la autoestima en los niños (Uvnas-Moberg, 1996). La autoestima materna, competencia y confianza en el rol materno y un aumento del sentimiento de valorización personal, son grandes avances psicológicos que han sido demostrados en madres que amamantan a sus bebés.

Una lactancia bien establecida es una experiencia que la mayoría de las mujeres refiere como muy satisfactoria en todos los aspectos manifestados, incluso tienen sentimientos de pérdida cuando finaliza (Uvnas-Moberg, 1996).

Otros estudios relacionaron la lactancia materna como un importante componente del vínculo madre hijo y del apego del hijo con su madre. En especial Klaus y Kennell (1975), demostraron la importancia del contacto posparto inmediato con sus consecuencias a largo plazo, así como a corto plazo, en la interacción madre hijo. Muchos de sus trabajos revelaron un período sensible para la vinculación. Este período ha sido descrito en muchas especies animales en que la madre rechaza e incluso da muerte a sus crías si es separada de ellas durante el período antes mencionado. Según Kennel et al. (1975), en algunos animales se da dentro de los 5

primeros minutos posteriores al parto, y en el ser humano dentro de las 12 primeras horas. Observaron, además, que las madres mostraban diferente conducta de apego cuando se les permitía el contacto precoz con su hijo prematuro, en comparación con las que tenían el contacto a las tres semanas de edad. Las madres de niños a término, a las que se les permitía el contacto extra posteriormente, se comportaban de modo diferente con sus hijos al mes y al año, en comparación al grupo control. Tal período sensible afectaría el inicio y duración de la lactancia materna. Como resultado de las investigaciones de Klaus y Kennell (1975-1982) se han producido cambios notables en la atención al parto y posparto a nivel mundial. Bowlby (1988), ya hacía referencia a las investigaciones de estos autores en su libro *Una base segura*, describiendo el modo en que la madre, inmediatamente después del nacimiento, lo alza y comienza a acariciarle la cara con las yemas de los dedos, cómo el bebé se tranquiliza. Relata que la madre continúa tocándolo con la mano y, al cabo de 5 o 6 minutos, siente el deseo de acercarlo al pecho y el bebé respondía con una succión prolongada del pezón.

Se ha estudiado el impacto de la lactancia precoz y de la interacción precoz entre madre e hijo sobre la duración de la lactancia materna. Bentovim (1976), ha estudiado sistemáticamente el éxito en la lactancia materna, señalando una serie de factores físicos, psicológicos y sociológicos involucrados.

Con el transcurrir de los años muchos investigadores en el área salud han aumentado la atención en el embarazo, parto y posparto, implementándose nuevas políticas de salud respecto al período perinatal para humanizar el proceso del nacimiento, ofreciendo así una mayor calidad y calidez al proceso de ajuste al nacimiento. Algunos ejemplos de las antes mencionadas políticas de salud mundiales son las pruebas científicas de los diez pasos hacia una feliz lactancia natural (Ver Tabla 1), iniciativa de la OMS y de la Organización Panamericana de la Salud – OPS – en 1989. Y en la Asamblea Mundial de la Salud del año 2001 se aceptó como recomendación universal lactancia materna exclusiva por 6 meses y su continuación hasta los 2 años o más con el agregado de alimentación complementaria adecuada, oportuna y segura. A pesar de los muchos esfuerzos por promover y apoyar la lactancia materna, la mayoría de los países del mundo no logran cumplir con las recomendaciones de la lactancia exclusiva. Sólo el 68 % de las madres, en todo el mundo, alimentan a sus

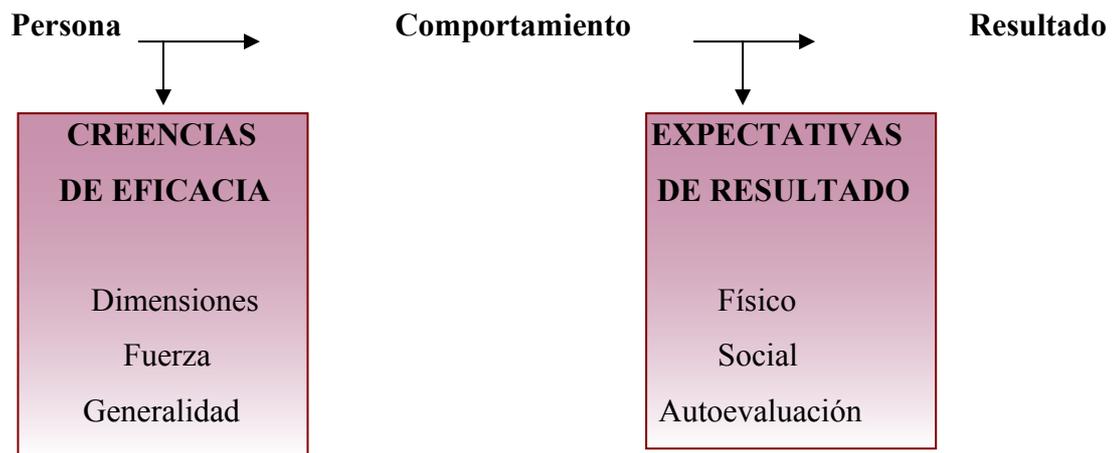
hijos con leche materna durante las primeras 4 semanas posparto decreciendo a un 37% a las 12 semanas y a un 8% a las 24 semanas (Télam, 2008).

Tabla 1
Diez pasos para lactar con éxito, OMS y UNICEF (1989)

1. Tener unas normas escritas sobre lactancia materna que sean conocidas por todo el personal sanitario.
2. Ofrecer a todo el personal sanitario los conocimientos necesarios para aplicar estas normas.
3. Informar a todas las mujeres embarazadas de los beneficios y la técnica de la lactancia materna.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la primera media hora después del parto.
5. Enseñar a las madres cómo lactar y mantener la secreción láctea aunque tengan que separarse de sus hijos.
6. No dar a los recién nacidos otros alimentos o bebidas distintos de la leche materna, excepto cuando esté médicamente indicado.
7. Practicar el alojamiento conjunto (permitir a las madres permanecer con sus hijos las 24 horas del día).
8. Fomentar la lactancia materna a demanda.
9. No dar tetinas artificiales o chupetes a los niños amamantados.
10. Fomentar la creación de grupos de ayuda mutua de madres lactantes y orientar a las madres hacia estos grupos cuando salgan de la clínica.

2.4. Relación entre la teoría de autoeficacia y la lactancia materna

Existe una relación causal entre creencias de autoeficacia, comportamiento y resultados. En los dominios de funcionamiento, las creencias de eficacia varían en dimensiones o niveles, fuerza y generalidad. Los resultados que surgen de una determinada acción pueden ser negativos o positivos a nivel físico, social o de autoevaluación (Bandura, 1997, p22):



Los logros de ejecución poseen 2 dimensiones:

1. **Expectativas de eficacia:** la madre siente confianza que será capaz de colocar correctamente el bebé al pecho.
2. **Expectativas de resultados:** la madre cree que colocar al bebé correctamente al pecho garantizará que sus pezones no se agrieten.

La influencia de la autoeficacia en los comportamientos relacionados con la lactancia materna posee 4 dimensiones:

1. **Elección de conducta:** determina si uno intenta iniciar una conducta. Las madre con una elevada autoeficacia en lactancia materna decidirán iniciarla, mantenerla comprometiéndose con ella. De acuerdo con Bandura (1997) la eficacia es la llave de la intención.
2. **Esfuerzo empleado para mantener la conducta:** las madres con una elevada autoeficacia en lactancia materna harán un esfuerzo y la continuaran cuando se encuentren con dificultades.
3. **Patrones de pensamiento:** las madres con una elevada autoeficacia en lactancia materna visualizaran con éxito, pensarán analíticamente y podrán revertir los pensamientos negativos cuando se enfrenten a diferentes dificultades.
4. **Reacciones emocionales:** las madre con elevada autoeficacia en lactancia materna interpretaran las dificultades como un desafío positivo sin sentirse abrumadas por ellas. Las madres que posean baja autoeficacia reaccionarán de forma contraria.

2.4.1. Fuentes de la autoeficacia y lactancia materna

El desarrollo de las expectativas de autoeficacia en lactancia materna influyen en las fuentes de información. Cuanto más grande es la creencia más grande será la expectativa (Bandura, 1997). Las creencias de autoeficacia se forman a partir de la información aportada por 4 fuentes (Bandura, 1977), que en lactancia se relacionan de la siguiente manera:

1. **Logros de ejecución/experiencia anterior:** constituyen la fuente de información de autoeficacia más importante, ya que se basan en experiencias de dominio real (Bandura, 1987). El éxito repetido en determinadas tareas aumenta las evaluaciones positivas de autoeficacia mientras que los fracasos repetidos las disminuyen, especialmente cuando los fracasos no pueden atribuirse a un esfuerzo insuficiente o a circunstancias externas. Ejemplo: Las madres con experiencia anterior positiva en lactancia intentan amamantar mientras que aquéllas que tuvieron una experiencia negativa abandonan la idea de amamantar.
2. **Experiencia Vicaria:** Viendo a otras personas ejecutar exitosamente ciertas actividades, o imaginándolas, el sujeto puede llegar a creer que él mismo posee las capacidades suficientes para desempeñarse con igual éxito. Esta fuente de autoeficacia adquiere particular relevancia en los casos en los cuales los individuos no tienen un gran conocimiento de sus propias capacidades o tienen poca experiencia en la tarea que van a realizar. La experiencia vicaria también involucra las comparaciones sociales que el individuo realiza entre sus propias capacidades y las de los otros. Estas comparaciones pueden transformarse en poderosas influencias en el desarrollo de autopercepciones de eficacia. Sin embargo, la influencia de estas comparaciones va a estar determinada por la similitud percibida por el sujeto entre sus propias capacidades y las del modelo (Pajares, 1997). Ejemplo: ver a otras madres que amamantan a pesar de encontrarse con obstáculos, estimula a la madre que las observa a pensar que ella también podrá amamantar a pesar de las dificultades.
3. **Persuasión verbal:** es otra importante fuente de autoeficacia, especialmente en aquellas personas que ya poseen un nivel elevado de autoeficacia y necesitan solamente de un poco más de confianza para realizar un esfuerzo extra y conseguir logros. Sin embargo, esta fuente de información tiene mayor éxito en

la disminución de la eficacia percibida que en el fortalecimiento de ésta, (Pajares et al., 1997), ya que la influencia familiar, de amigos y médicos es muy fuerte y puede ser tanto positiva como negativa. Ejemplo: Los profesionales de la salud juegan un rol muy importante en lo que respecta a esta fuente y se los debe entrenar para transmitir apoyo a la lactancia materna y contrarrestar persuasiones negativas de familiares y amigos en caso de existir.

4. **Estado fisiológico/respuestas psicológicas:** Los múltiples indicadores de activación autonómica, así como los dolores y la fatiga, pueden ser interpretados por el individuo como signos de su propia ineptitud. En general las personas tienden a interpretar los estados elevados de ansiedad como signos de vulnerabilidad y por ende como indicadores de un bajo rendimiento. Ejemplo: cansancio, estrés, ansiedad, el llanto del bebé, pueden afectar el estado emocional de la madre.

3. METODO

El estudio realizado es de tipo descriptivo y correlacional de diferenciación de grupos.

3.1. Participantes

La muestra consta de 60 madres al momento del alta hospitalaria de una maternidad .

La edad promedio de las mujeres era de 23 años, en un rango de 15 a 35 años. Se agruparon las edades de las participantes en cuatro grupos etáreos. El 72 % de las madres no recibió información acerca de la lactancia materna durante el embarazo. De las 35 madres que poseen otros hijos el 89 % amamantó al menos 3 semanas, la media de tiempo de amamantamiento de hijos anteriores fue de 7 meses, el 77 % de las madres estuvo en contacto con su bebé dentro de las 2 primeras horas El 77 % de las madres eran amas de casa y solamente el 27% poseía secundario completo. Los datos obstétricos se presentan a continuación en la tabla 2 y los demográficos de se presentan en la Figura 3 y tabla 4.

Criterio de exclusión: Se excluirán aquellas madres en las que alguna razón pueda interferir significativamente en la lactancia: embarazos múltiples y partos considerados de alto riesgo por los médicos.

Tabla 2
Datos Obstétricos

		n	Porcentajes	Media	Desvío
Hijos anteriores	Primípara	25	42 %		
	Múltipara	35	58 %		
	Media de cantidad de hijos			2	1
Experiencia anterior en lactancia	Amamantó	31	52 %		
	No amamantó	29	48 %		
Tiempo de amamantamiento hijos anteriores	Media en meses			7	11
Utilización de Fórceps (parto vaginal, n=44)	SI	3	5 %		
	NO	41	68 %		
Información recibida durante el embarazo	SI	27	28 %		
	NO	43	72 %		
Contacto precoz	En la primera media hora	46	77 %		
	Entre 1 o 2 horas después	12	20%		
	Más de 2 horas	2	3 %		
Total	N=60				

Figura 3
Zona

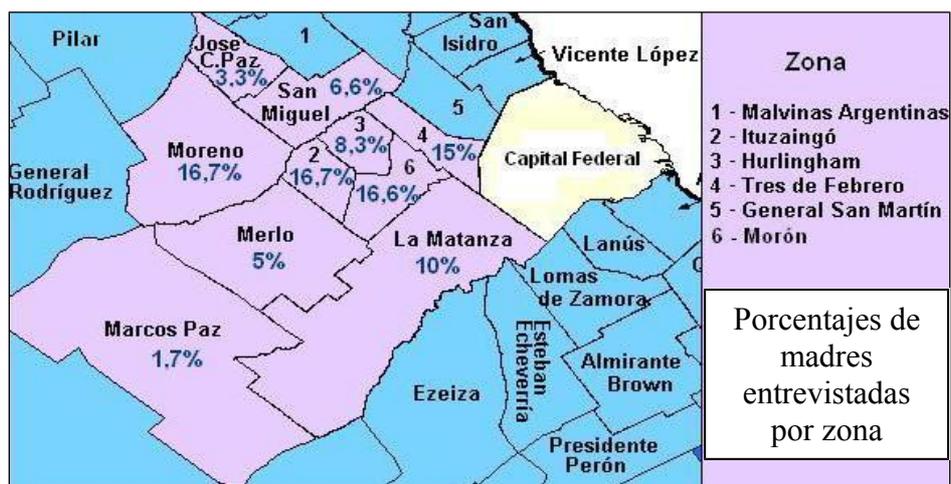


Tabla 4
Datos demográficos

		n	Porcentajes	Media	Desvío
Edades	15 a 19 años	11	18 %		
	20 a 24 años	27	45 %		
	25 a 30 años	18	30 %		
	31 a 35 años	4	7 %		
	Media de edad			23	4
Trabaja	SI	14	23 %		
	NO	46	77 %		
	Media de horas laborables			8	2
Estudia	SI	4	7 %		
	NO	56	93 %		
	Media de horas de estudio			4	2
Educación	Primaria incompleta	4	7 %		
	Primaria completa	13	22 %		
	Secundaria incompleta	22	37 %		
	Secundaria completa	16	27 %		
	Terciaria incompleta	4	7 %		
	Universitaria Incompleta	1	2 %		
Estado Civil	Soltera	2	3 %		
	Casada	11	18 %		
	Separada/ divorciada	2	3 %		
	Unida/ en pareja/ juntada	45	75 %		
Total	N=60				

3.2. Instrumentos

La escala BSES (Dennis, 1999), evalúa desde la teoría sociocognitiva de Bandura la autoeficacia en lactancia materna desde dos aspectos de la conducta por medio de sub-escalas: pensamiento intrapersonal (percepción de la madre que incluye actitudes y creencias relacionadas con la madre) y técnica (acción física que la madre debe realizar y presenta ciertas tareas para amamantar). Dicho instrumento consta de 33 ítems, escalas tipo Likert de 5 puntos (1= para nada segura y 5= totalmente segura). Las afirmaciones poseían dirección positiva para su evaluación. La sub-escala pensamiento intrapersonal consta de los ítems: 3, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 25, 27,

29, 31, 32, 33. La sub-escala técnica consta de los ítems: 1, 2, 4, 5, 6, 8, 14, 15, 16, 20, 24, 26, 28, 30.

Se diseñó una encuesta, que se administró junto con la escala para relevar datos obstétricos: múltipara, primípara; tipo de parto: vaginal, cesárea; información sobre lactancia; tiempo transcurrido para el contacto con el bebé al posparto; registro de comentarios espontáneos en forma de respuesta abierta; y datos demográficos: edad, educación, zona, estado civil, si trabaja o estudia. Al final de la misma se incluyó la autorización para entrevistarlas telefónicamente a las 6 semanas posparto con 3 posibilidades para contactar a un pariente en caso de ser necesario. (Ver ANEXO).

3.3. Procedimiento

Las participantes eran contactadas al momento del alta hospitalaria, quienes deseaban participar voluntariamente llenaban el formulario antes de dejar el hospital.

La recolección de datos se repitió a las seis semanas post parto por vía telefónica para obtener la forma de alimentación del bebé.

Una vez editadas y codificadas las encuestas se cargaron los datos obtenidos y se procesaron mediante el programa estadístico SPSS.

3.3.1. Traducción de la escala al español

Se contactó a la Doctora Cindy-Lee Dennis de Canadá para solicitarle autorización para realizar la adaptación de la escala BSES en lactancia para la Argentina. Una vez obtenida se comenzó el proceso de traducción por diversos métodos. Se realizaron 3 traducciones: 2 de forma directa, y una de forma inversa para equivalencia semántica a cargo de la traductora de la institución a la que se concurrió y una estudiante avanzada de Psicología. Al comparar las 3 traducciones se obtuvo una primera versión, revisada por expertos en lactancia, para acordar la mejor adaptación lingüística y cultural de cada ítem para asegurar el contenido, la semántica, y la equivalencia de las palabras utilizadas en Argentina. El objetivo de la equivalencia semántica fue que el significado de cada ítem se mantenga al traducirse a un determinado lenguaje (Flaherty, 1988). El grupo de expertos estaba

formado por una mamá líder en lactancia, un médico pediatra, la traductora y una estudiante avanzada de Psicología. Se evaluó cada ítem teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- 1) Que el contenido sea importante para que la madre logre amamantar y no le cree confusión.
- 2) Significado claro y acorde al lenguaje utilizado en Argentina para lactancia.

Al determinarse la mejor adaptación se realizó una presentación utilizando el programa Power Point para un Hospital en la cual se explicaba el objetivo de la escala y su uso. Se presentó una nota para el Comité de Bioética de dicho Hospital de la institución acudida solicitando la autorización de la administración de dicho instrumento en el área maternidad.

3.3.2. Prueba piloto

Una vez aprobada por dicho comité se administró una prueba piloto a 10 madres voluntarias al momento del alta hospitalaria, y así se aseguró que la traducción fuera comprensible. Finalmente se realizó una revisión general para obtener una tercera versión final; teniendo en cuenta lo resultante de la prueba piloto se modificaron 2 ítems:

Item 10: I can always monitor how much breast milk my baby is getting by keeping track of my baby's urine and bowel movements.

Se tradujo de la siguiente manera: Siempre puedo monitorear cuánta leche materna toma mi bebé controlando movimientos intestinales y orina. Se modificó por: Siempre puedo controlar si come monitoreando movimientos intestinales y orina, y se agregó al lado entre paréntesis: si hace pis y caca, que durante la prueba piloto se decía oralmente para mejor comprensión de las participantes.

Item 22: I can always feed my baby every 2-3 hours.

Se tradujo de la siguiente manera: Siempre puedo amamantar a mi bebé cada 2-3 horas. Se modificó por: Siempre puedo amamantar a mi bebé a libre demanda.

Dicho ítem, durante la prueba piloto creaba confusión entre las participantes con relación a la información que recibían luego del parto de amamantar sin horarios, a libre demanda. Los expertos en lactancia consideraron conveniente modificarla para cumplir con lo anteriormente mencionado, teniendo en cuenta que la escala de autoconfianza materna fue creada en 1999, antes de la implementación de las últimas políticas mundiales iniciadas por la OMS - 2001 al 2003 - y no estaba basada en los Diez Pasos para una Lactancia Natural (1989). Se solicitó autorización a la doctora Cindy-Lee Dennis, quien aceptó tal modificación como se realizó en la adaptación de la escala de Puerto Rico en el mismo ítem por Molina Torres (2003). Así mismo, se agregó entre paréntesis sucedáneo de leche materna en el ítem 11 dónde figuraba leche de fórmula.

En lo que respecta a los datos relevados en la escuela se modificaron las siguientes preguntas:

¿Recibió Ud. algún tipo de información sobre lactancia? ¿De quién?

Se cambió por ¿Recibió Ud. algún tipo de información sobre lactancia antes del parto? De ser así, ¿de quién? La forma de preguntar anterior creaba confusión entre las madres, algunas respondían que recibieron información después del parto, pero no antes, lo que llevó a su posterior modificación. Finalmente las respuestas se agruparon en: 1. Recibió información sobre lactancia durante el embarazo y 2. No recibió información durante el embarazo para favorecer su posterior análisis estadístico.

Algunos ítems de la escala resultaron ambiguos y confusos para las madres, lo cual generaba inseguridad para responder. Ejemplo: ítem 24: amamantar sin sentirme incómoda delante de mi familia, preguntaban: ¿de la mía o la de mi pareja?; ítem 10: controlar si come monitoreando movimientos intestinales y orina, dicho ítem evalúa dos procesos fisiológicos diferentes y las madres manifestaban que podía pasar una semana el bebé sin ir de cuerpo, mientras que lo urinario debe ser diariamente.

Se administró la versión final de la escala junto con la encuesta con el consentimiento de las participantes al momento del alta hospitalaria. Se contactó nuevamente a las madres entrevistadas al momento del alta hospitalaria a las 6 semanas posparto por medio de entrevistas telefónicas. El objetivo de dichas entrevistas fue

evaluar la forma de alimentación de sus bebés a las 6 semanas posparto. Se dividió el tipo de alimentación en 3 categorías: Pecho exclusivo (leche materna solamente), alimentación combinada (pecho y sucedáneo de leche materna), sucedáneo de leche materna y otra (para alimentos no lácteos y agua).

3.3.3. Edición y codificación de comentarios espontáneos en relación con la escala

Los comentarios espontáneos, en relación con la escala, se registraron de forma abierta, se codificaron y agruparon según similitud de ítems y comentarios surgidos de la siguiente manera:

Ítem 4 se agrupó con ítem 5:

1) Me duele un poco, por eso creo que está bien prendido/ me duele un poco porque se agarra fuerte/ me duele cuando se prende/ me duele, ya va a pasar el dolor/ me duele/ me hace ver las estrellas/ me lastimó el pezón. Se etiquetó como *Percepción de dolor para amamantar*.

2) No se prende bien/ me corrigen a cada rato/ se prende sólo/ se desprende sólo/ me suelta/ deja la teta solo. Se etiquetó como *pensamientos relacionados con la dificultad para amamantar en relación a la colocación al pecho*.

Ítem 6 se agrupó con ítem 15, 28 y 33:

3) El bebé se duerme/ se duerme y no sé si toma lo que necesita/ se cansa y se duerme/ se duerme y no sabe/ siempre se queda dormido/ se duerme. Le doy un solo pecho/a veces le doy solo de un pecho/se duerme y no puedo darle de los dos/le doy 10 minutos/ un rato de cada pecho pero a veces no puedo se duerme/es difícil darle de los 2 pechos se duerme/no siempre se puede. Le hablo para mantener despierto al bebé /le cambio el pañal/ lo despierto cada 3 horas/ lo despierto para darle de los 2 pechos. Se etiquetó como *pensamientos relacionados con la preocupación de despertar al bebé para alimentarlo*.

4) Tengo pezón umbilical/ mi pezón no ayuda, se etiquetó como *otros*.

Ítem 10:

5) Es importante ver si hace bien/ el pediatra de mi otro hijo me dijo que puede pasar una semana/me dijeron que puede pasar una semana sin hacer/mis otros hijos no iban de cuerpo seguido, me decían que era normal/mi otro hijo no iba todos los días me decían que es normal. Se etiquetó como *creencias relacionadas con la frecuencia en que va el bebé de cuerpo*.

Ítem 11 se agrupó con ítem 18 y 12:

6) Después del año/ hasta los 3 meses porque estudio/tengo que trabajar/no se si voy a poder porque trabajo / hasta los 6 meses, luego quiero darle leche por mi experiencia anterior. Se etiquetó como *intención de abandonar lactancia materna a los 3/6/12 meses por trabajo/estudio*.

7) Mi leche no sirve/no tengo mucha leche, quiero que se acostumbre a la mamadera/ se queda con hambre/ tengo miedo de quedarme sin leche/ los otros no se llenaban, mi leche no sirve/no engorda/ me dicen que le tengo que dar leche/ espero poder amamantar, espero tener leche/ si tengo leche voy a amamantar/ tengo muchas dudas sobre mi leche/ tengo buena leche, lo sé por los otros pibes/ el otro engordaba. No sé si toma lo que necesita/lo suficiente/ no se si quiere seguir tomando y si lo puedo dejar/ siento que no tengo mucha leche, se queda con hambre/ no sé si se llena bien/ no sé si quiere seguir tomando y si lo puedo dejar. Se etiquetó como *creencias relacionadas con la falta de leche/ mala calidad de la leche materna*.

8) Me dijeron que la S es buena. Se etiquetó como *otros*.

Ítem 16 se agrupó con ítem 22, ítem 29 e ítem 32:

9) Me dijeron cada 3 horas/ los médicos me dicen cada 3 horas, la familia cuando el bebé quiere, no sé que hacer/ a mi otro hijo le daba cada 3 horas/si pasan más de 3 horas me dicen que tengo que despertarlo/ me dijeron cada 3 horas pero le voy a dar

cuando me pida/ no entiendo bien que es la libre demanda / hay que darle cada vez que tiene hambre/ le doy todo lo que necesita/ hago y voy a hacer lo que pueda. Los comentarios: me dijeron que amamante cada 3 horas. Le doy cada vez que tiene hambre/ libre demanda, se etiquetó como *creencias relacionadas con la frecuencia de amamantamiento*.

Ítem 20. :

10) No tengo amigas/ no tengo amistades. Se etiquetó como *otros*.

Ítem 24 se agrupó con ítem 26:

11) Delante de la familia de mi esposo me da vergüenza/ me siento incómoda, espero acostumbrarme/no me gusta que me vean/no me gusta mucho sacar la teta delante de los demás/ no me gusta que me vean/ me da vergüenza/ me siento incómoda, prefiero que llore. Se etiquetó como *Incomodidad/ vergüenza para amamantar delante de familiares o lugares públicos*.

Ítem 25:

12) Es una experiencia maravillosa/es lo más lindo que hay en la vida/es muy lindo. Se etiquetó como *otros*.

Ítem 30:

13) Se atraganta / se ahoga, se etiquetó como *otros*.

4. RESULTADOS

El propósito del presente estudio fue adaptar la escala de autoconfianza en lactancia materna, BSES, y comparar los grupos que se detallan a continuación.

A los fines de comparar la capacidad percibida para amamantar entre madres primíparas y multíparas se realizó una prueba t de comparación de medias. En la tabla 5

se presentan los resultados para el total de escala y de las dos sub-escalas que la componen: pensamiento intrapersonal y técnica. La escala va de un rango total de 69 a 162 puntos, la sub-escala intrapersonal de 41 a 95 puntos y la sub-escala técnica de 28 a 70 puntos.

Tabla 5
Capacidad percibida para amamantar entre las madres primíparas y múltipara

		n	Media	Desvío	t	p
PUNTAJE TOTAL ESCALA	Primípara (1 hijo)	25	136,48	22,61	-2,371	0,24
	Múltipara (de 1 a 5 hijos)	35	148,26	12,17		
SUB- ESCALA PENSAMIENTO INTRAPERSONAL	Primípara (1 hijo)	25	80,80	13,76	-1,756	0,088
	Múltipara (de 1 a 5 hijos)	35	86,17	7,91	.	1
SUB-ESCALA TECNICA	Primípara (1 hijo)	25	55,68	9,63	-3,050	0,004
	Múltipara (de 1 a 5 hijos)	35	62,09	4,95	.	.
Total	N=60					

No se observan diferencias significativas entre las madres primerizas y múltiparas en cuanto a la comparación de medias del total del puntaje de los ítems de la escala ni en la sub-escala que evalúa pensamiento intrapersonal ($p > 0,05$). Se han encontrado diferencias significativas entre las madres en cuanto a la comparación de medias de la sub-escala técnica ($p < 0,05$).

Con el propósito de comparar la capacidad percibida para amamantar por cantidad de hijos se realizó una ANOVA one-way de comparación de medias. En la tabla 6 se presentan los resultados para el total de escala y de las dos sub-escalas que la componen: pensamiento intrapersonal y técnica.

Tabla 6
Capacidad percibida para amamantar por cantidad de hijos

		n	Media	Desvío	F	p
TOTAL ESCALA	1 hijo	23	136,48	22,87	2,934	,061
	2 hijos	26	146,92	14,16		
	3 hijos y más hijos	11	149,27	10,00		
	Total	60	143,35	18,10		
SUB-ESCALA PENSAMIENTO INTRAPERSONAL	1 hijo	23	80,96	13,97	1,481	,236
	2 hijos	26	85,31	8,75		
	3 hijos y más hijos	11	86,91	7,29		
	Total	60	83,93	10,96		
SUB-ESCALA TECNICA	1 hijo	23	55,52	9,71	5,261	0,008
	2 hijos	26	61,62	5,95		
	3 hijos y más hijos	11	62,35	3,59		
	Total	60	59,42	7,87		

No se han encontrado diferencias significativas entre la cantidad de hijos en cuanto a la comparación de medias del total del puntaje de los ítems de la escala ni en la sub-escala que evalúa pensamiento intrapersonal ($p > 0,05$). Se mantiene la diferencia significativa en la sub-escala que evalúa técnica en cuanto a la cantidad de hijos ($p < 0,05$). Se observa un aumento progresivo de las medias del puntaje del total escala y de las sub-escalas a mayor cantidad de hijos.

Para determinar si existían diferencias entre las madres primíparas y multíparas que amamantaron menos de 7 meses y más de 7 meses se realizó una prueba t de comparación de medias. En la tabla 7 se presentan los resultados para el total de escala y de las dos sub-escalas que la componen: pensamiento intrapersonal y técnica.

Tabla 7
Capacidad percibida para amamantar entre las madres múltiples que amamantaron menos de 7 y más 7 meses, según orden de nacimiento

Puntaje total de escala		n	Media	Desvío	t	p
1er Hijo	Amamantó menos de 7 meses	12	144,00	14	-2,344	0,036
	Amamantó más de 7 meses	19	154,53	5		
2do hijo	Amamantó menos de 7 meses	6	145,67	13	-1,608	0,161
	Amamantó más 7 meses	6	154,17	4	.	.
3er y 4to hijo	Amamantó menos de 7 meses	2	154,50	4	-0,283	0,804
	Amamantó más 7 meses	2	155,50	4	.	.
Total	N=31					

Puntaje sub-escala pensamiento intrapersonal		n	Media	Desvío	t	p
1er Hijo	Amamantó menos de 7 meses	12	83,92	9	-2,000	0,100
	Amamantó más de 7 meses	19	88,84	4		
2do hijo	Amamantó menos de 7 meses	6	85,50	10	-0,886	0,410
	Amamantó más 7 meses	6	89,17	4	.	.
3er y 4to hijo	Amamantó menos de 7 meses	2	90,00	7	0,096	0,932
	Amamantó más 7 meses	2	89,50	2	.	.
Total	N=31					

Puntaje sub-escala técnica		n	Media	Desvío	t	p
1er Hijo	Amamantó menos de 7 meses	12	60,00	5	-3,098	0,080
	Amamantó más de 7 meses	19	64,68	2		
2do hijo	Amamantó menos de 7 meses	6	60,17	3	-3,288	0,010
	Amamantó más 7 meses	6	65,00	2		
3er y 4to hijo	Amamantó menos de 7 meses	2	64,50	4	-0,557	0,633
	Amamantó más 7 meses	2	66,00	1		
Total	N=31					

Se han encontrado diferencias significativas entre las madres que amamantaron menos de 7 meses y las que amamantaron más de 7 meses en la comparación de las medias del total de los ítems de la sub-escala técnica en el primer y segundo hijo ($p < 0,05$). No se encontraron diferencias significativas en ninguno de los hijos en la sub-escala pensamiento intrapersonal ($p > 0,05$)

Se utilizó prueba t de comparación de medias para determinar la capacidad percibida para amamantar entre las madres que recibieron información y las que no la recibieron. En la tabla 8 se presentan los resultados para el total de escala y de las dos sub-escalas que la componen: pensamiento intrapersonal y técnica.

Tabla 8
Capacidad percibida para amamantar de madres que recibieron información antes del parto y las que no recibieron información

		n	Media	Desvío	t	p
PUNTAJE TOTAL ESCALA	Recibió información durante el embarazo	43	144,83	18,22	1,024	0,314
	No recibió información durante el embarazo	17	139,58	17,75		
SUB- ESCALA PENSAMIENTO INTRAPERSONAL	Recibió información durante el embarazo	43	84,40	11,12	0,523	0,605
	No recibió información durante el embarazo	17	82,76	10,80	.	1
SUB-ESCALA TECNICA	Recibió información durante el embarazo	43	6,44	7,77	1,627	0,114
	No recibió información durante el embarazo	17	56,82	7,76	.	.
Total	N=60					

No se han hallado diferencias significativas entre las madres que recibieron información durante el embarazo y las que no en cuanto a la comparación de las medias del total de los ítems de la escala ni en las sub-escalas ($p > 0,05$).

A los fines de comparar la capacidad percibida para amamantar entre madres que trabajan y las que no lo hacen se realizó una prueba t de comparación de medias. En la tabla 9 se presentan los resultados para el total de escala y de las dos sub-escalas que la componen: pensamiento intrapersonal y técnica.

Tabla 9
Capacidad percibida para amamantar entre las madres que trabajan y las que no trabajan

		n	Media	Desvío	t	p
PUNTAJE TOTAL ESCALA	Sí trabaja	14	137,07	24,47	-1,184	0,254
	No trabaja	46	145,26	17,75		
SUB- ESCALA PENSAMIENTO INTRAPERSONAL	Sí trabaja	14	79,36	14,45	-1,454	0,165
	No trabaja	46	85,33	9,42		
SUB-ESCALA TECNICA	Sí trabaja	14	57,71	10,50	-0,743	0,468
	No trabaja	46	59,93	6,95		
Total	N=60					

No se observan diferencias estadísticamente significativas entre las madres que trabajan y las que no en cuanto a la comparación de las medias del total de los ítems de la escala ni en las sub-escalas pensamiento intrapersonal y técnica ($p > 0,05$).

Con el objetivo de determinar los comentarios espontáneos realizados por las madres al momento de la administración de la escala, se obtuvo frecuencias de las categorías generadas. En la tabla 10 se presentan las categorías y sus respectivas frecuencias.

Tabla 10
Comentarios espontáneos más frecuentes

	n	Porcentajes
Percepción de dolor para amamantar	8	13 %
Pensamientos relacionados con la dificultad para amamantar en relación a la colocación al pecho	9	16 %
Pensamientos relacionados con la preocupación de despertar al bebé para alimentarlo	27	45 %
Percepciones relacionadas con la frecuencia en que va el bebé de cuerpo	6	10 %
Intención de abandonar lactancia materna a los 3/6/12 meses por trabajo/estudio	8	13 %
Percepciones relacionadas con la falta de leche/ mala calidad de la leche materna	20	33 %
Percepciones relacionadas con la frecuencia de amamantamiento	12	19 %
Incomodidad/ vergüenza para amamantar delante de familiares o lugares públicos	11	15 %
Otros	8	13 %
Casos	60	

Se hallaron como comentarios espontáneos más significativos por su proporción: preocupación de despertar al bebé para alimentarlo (45%), percepciones relacionadas con la falta de leche/ mala calidad de la leche materna (33%).

Se aplicó una t de comparación de medias de la escala y determinar la capacidad percibida para amamantar según el tipo de alimentación a las 6 semanas postparto para las categorías pecho exclusivo y combinado. Se descartó la categoría leche de fórmula por falta de casos suficientes para su comparación. En la tabla 11 se presentan los resultados para el total de escala y de las dos sub-escalas que la componen: pensamiento intrapersonal y técnica

Tabla 11
Capacidad percibida para amamantar y tipo de alimentación a las 6 semanas postparto

		n	Media	Desvío	t	p
TOTAL ESCALA	Pecho Exclusivo	15	149,87	10,64	2,143	0,042
	Combinado	13	140,15	13,34		
	Total	29				
PENSAMIENTO INTRAPERSONAL	Pecho Exclusivo	15	87,80	6,48	2,072	0,048
	Combinado	13	81,69	9,06		
	Total	29				
TECNICA	Pecho Exclusivo	15	62,07	5,43	1,74	0,093
	Combinado	13	58,46	5,49		
	Total	29				

En cuanto a la comparación de medias de la forma de alimentación a las 6 semanas post-parto se han encontrado diferencias significativas entre las madres en el total de escala y en la sub-escala pensamiento intrapersonal. ($p > 0,05$).

5. COMENTARIOS Y DISCUSION

En base a los resultados precedentes, podría inferirse que la autoconfianza en relación a la lactancia materna se relaciona más con los conocimientos de técnica de amamantamiento que con los pensamientos intrapersonales entre los grupos comparados.

De la comparación de los ítems en la escala y de lo hipotetizado surge que:

- Las madres primíparas puntúan más bajo que las multíparas en los puntajes relacionados con la sub-escala técnica según Bandura (1982), la experiencia previa de una acción tiene gran influencia en la autoeficacia cuando se vuelve a realizar. La mayoría de las mujeres poseen dificultad para amamantar los

primeros meses, aquellas que logran afrontar las dificultades pueden continuar la lactancia (Bottorf 1990). La preocupación de las madres por amamantar comienza antes del parto y la percepción de eficacia determina la decisión de iniciar la lactancia (Dusdieker, Booth, Seals & Ekwo).

- b. Las madres que amamantaron menos de 7 meses a sus hijos anteriores (en el grupo de primer hijo) puntúan más bajo en el total de escala, y en lo que respecta a la sub-escala técnica puntúan más alto del tercer hijo en adelante. La experiencia anterior prolongada en el tiempo influye en la autoeficacia y que el éxito repetido aumentan las evaluaciones positivas para repetir el intento. La autoeficacia afecta directamente las elecciones ya que se tiende a elegir aquellas actividades en las cuales las personas se consideran más hábiles. (Bandura, 1986).
- c. La falta de información antes del parto no reflejó puntajes más bajo en la escala, podría inferirse que ello se debe a que recibieron información dentro del hospital antes del alta hospitalaria o que las falsas creencias que poseen las madres determine puntajes similares. Ejemplo: totalmente segura de ser capaz de prender al bebé correctamente al pecho creyendo que tiene que doler - comentario espontáneo- mientras que otra madre se siente igual de segura sabiendo que no tiene que doler si esta bien prendido al pecho. Puntúan igual pero piensan diferente. También podría destacarse que las diferencias de la sub-escala técnica se deben a la falta de información que poseen las madres (72%) . Existen algunas pruebas de que la educación prenatal es útil, más para la primípara que las múltiparas. La educación prenatal puede tener un importante efecto sobre la lactancia, sobre todo si se aborda la técnica de la lactancia y se refuerza la confianza de la madre en su capacidad para lactar. Se ha demostrado que en los países desarrollados entre un tercio y la mitad de las mujeres deciden cómo alimentarán a sus hijos antes de quedarse embarazadas (Hally, 1984; Niefert, 1988; Dix, 1991; Graffy, 1992). Sus intenciones pueden variar con el grupo étnico, el estado civil y la edad (Baranowski, 1983; Lizarraga, 1992) y con experiencias previas, incluyendo la forma en que fueron alimentadas en su infancia (Entwisle, Doering & Reilly, 1982). Las actitudes del compañero y la percepción que tiene la embarazada de dichas actitudes, también pueden influir en su decisión (Freed, Fraey & Schandler, 1992 y 1993). Más tarde, hacia el momento del parto, las principales influencias provienen de otras mujeres, como

- amigas, hermanas y parientes (Labbok, 1988) y del compañero (Giugliani, 1994). De modo que la información es sólo uno de los factores que pueden influir sobre la intención de lactar, y puede no tener mucho efecto en sí misma.
- d. Las madres que trabajan no puntúan más bajo que aquellas que no trabajan. El grupo de madres entrevistado no es parejo para comparar tal variable (14 casos vs. 46 casos) por lo que se podría inferir que el resultado encontrado no es totalmente válido. De los comentarios espontáneos se obtuvo que la mayoría de las madres que trabajaban tenían la intención de abandonar la lactancia. Según varios estudios (Picado; Olson y Rasmussen 1997), las madres trabajadoras encontraron que es necesario dar pronto la mamadera hasta destetarlos para preparar al niño para cuando ellas comiencen a trabajar fuera del hogar. Las madres consideraron también una dificultad el hecho de trabajar para poder amamantar. Acorde a lo que investigó Van Esterik (1992), algunos estudios revelaron que el empleo de la madre no afecta la lactancia, mientras que otros estudios indican lo contrario. Van Esterik; Winikoff y Laukaran (1989), han indicado que el trabajo en sí no es un factor determinante importante de la conducta referente a la lactancia.
- e. Según surgen del análisis de los comentarios espontáneos en relación a la escala los ítems más comentados son aquellos que tienen que ver con la percepción del dolor, el bebé que se duerme, el prendimiento y desprendimiento del bebé al pecho, la percepción de falta de leche y hambre del bebé (por experiencias anteriores), la intención de introducir sucedáneos de leche por trabajo o estudio, cada cuánto se debe colocar al pecho al bebé, la falta de conocimiento de la libre demanda y la vergüenza que genera amamantar en lugares públicos o la familia del esposo. Picado; Olson y Rasmussen (2002), determinaron en un estudio que la dentro de las actitudes y barreras psicológicas que dificultan el amamantamiento eran la creencia de que la leche materna no sirve, la falta de autoconfianza y el apoyo familiar. Bottorff (1990) observó los patrones de pensamiento de mujeres que amamantaban y descubrió que aquellas que tenían dificultades con la lactancia solían tener autodiálogo negativo. Las dificultades y las dudas ponían en funcionamiento un proceso cognitivo asociado con la posibilidad de dejar de amamantar. Por otro lado, la falsa creencia: “Me dijeron que la S es buena” refleja la influencia social que aún las publicidades ejercen sobre las madres menoscabando su autoconfianza. Según lo investigado en

Argentina por Vallone (2008), el mercado de fórmulas infantiles de nuestro país había sufrido una considerable expansión a partir de la década de 1980, fenómeno entendido como respuesta a la aparición del Código Internacional y como un modo por medio del cual las compañías buscaron nuevas estrategias para incrementar sus ventas.

- f. En lo que respecta a la forma de alimentación a las 6 semanas post-parto se encontró que las madres que puntúan bajo en la escala tienden a introducir sucedáneos de leche materna en relación a la categoría de alimentación combinada. La falta de casos para leche de fórmula impidieron comparar las tres categorías. Las diferencias de puntajes se reflejan en el total de la escala y en la sub-escala pensamiento intrapersonal a diferencia del resto de los grupos comparados. Se podría inferir que dicha diferencia podría estar revelando que las creencias de las madres influyen en la confianza para amamantar. Bandura Ob.Cit. (1987) enfatiza el papel de las creencias como uno de los factores más influyentes en el funcionamiento humano y sostiene que las preconcepciones o juicios que la persona establece acerca del éxito o fracaso de su desempeño, proporcionan información, y a su vez, alteran las creencias de autoeficacia percibida que se reflejarán en los desempeños posteriores. Además de las creencias, varios estudios han demostrado que la utilización de mamaderas produce confusión de pezón llevando al destete prematuramente (Blomsquist, 1994). Sin embargo, se sabe que entre los lactantes que recibieron suplementos por las indicaciones médicas específicas de diabetes materna tipo 1 o diabetes gestacional, la duración de la lactancia era similar a la del grupo no suplementado. La explicación de estos autores era que suplementar al recién nacido por motivos estrictamente médicos no altera la relación entre madre e hijo y la confianza de la madre, como ocurre cuando el suplemento se da por falta de leche o porque el bebé protesta y se queda con hambre. La asociación encontrada entre el uso de suplementos y la pérdida inicial de un 10% de peso o más va en apoyo de esta hipótesis; en este caso, la madre probablemente recibe un claro mensaje de que no tiene suficiente leche, mensaje que puede ser difícil de superar. Se ha estudiado prospectivamente el uso de suplementos poco después del alta. Martinez, Ashworth y Kirwood (1989) encontraron en Brasil que el consumo de sucedáneos de leche materna a la edad de una semana se asociaba con un riesgo relativo 3,7 veces mayor de abandonar la lactancia antes

de un mes. La introducción de suplementos en la primera semana es un factor de riesgo para el cese precoz de la lactancia, independientemente de las intenciones maternas (OMS, 1998).

- g. De la traducción y análisis de los ítems se encontró que la escala no contiene las recomendaciones de IBFAN- The Internacional Baby Food Action Network- Boletín 165 del 2006, que la institución elegida representa en Argentina, en lo que respecta a la forma de referirse a la lactancia. Ejemplos: ítem 11 dar el pecho sin utilizar fórmula de leche materna. Según IBFAN, este término describe erróneamente la leche artificial infantil como un producto científico y perfecto. Ítem 17 darle a mi bebé leche materna sin utilizar otra leche por 4 semanas, IBFAN establece que no habría que referirse a la lactancia materna como una opción de alimentación. Ítem 24 y 26 se refieren a sentirse incómodas para amamantar delante de la familia o lugares públicos, emite juicios y crea culpa. Ítem 27 aceptar que amamantar lleva tiempo e Ítem 31 aceptar que amamantar limita mis otras actividades, IBFAN sugiere evitar afirmaciones con connotaciones negativas acerca de la lactancia. Ítem 28 saber cuándo cambiar de pecho, IBFAN recomienda evitar términos que implican tiempo en la lactancia y además se contrapone al concepto de libre demanda.

5.1. Dificultades del presente estudio

- a. La escala resultaba ser larga y poco práctica, las madres debían interrumpirla para completar cuestiones administrativas relacionadas con el alta y amamantar a sus hijos. Se completaron los datos informativos y personales por la madre a fin de agilizar la administración de los protocolos.
- b. La obtención de la muestra se vio limitada debido a que la administración de los protocolos se realizó una vez por semana a fines del 2006 y principios del 2007 en medio de paros realizados por el personal del Hospital, lo que demoró reunir los casos mínimos para la realización de la tesina. La administración de los protocolos fue realizada por una sola persona que junto con los pasos protocolares demoraron la investigación.
- c. La escala se adaptó con la intención de su posterior validación, pero ante el recorte de presupuesto para la institución a fines del 2007 sumado a que la

escala no cumplía con lo recomendado por IBFAN para lactancia, se decidió dejar la misma sin efecto. Ante el comunicado de la decisión y las dificultades encontradas, Cindy-Lee Dennis sugirió la validación de la versión corta que consta de 14 ítems en lugar de 33, dado que otros países plantearon dificultad al administrarla al alta hospitalaria. Se evaluó la versión corta y no respeta lo recomendado por IBFAN.

- d. La escala se diseñó para ser utilizada en hospitales privados; ciertos ítems no se adaptan a la población evaluada. Ejemplo: muchas madres manifestaban no tener amigas para ítem 20: cuento con el apoyo de mis amistades (por venir del interior).
- e. La elaboración del instrumento estuvo a cargo de obstetras y estadistas sin la participación o evaluación de un psicólogo que evalúe la correcta aplicación de la teoría acerca de la creación de escalas de autoeficacia de Bandura Ob. Cit. (1986).
- f. En lo que respecta a la forma de alimentación a las 6 semanas posparto no se pudo comparar las tres categorías por falta de casos estadísticamente significativos en leche de fórmula (1 caso) y la cantidad de madres no contactadas (32 casos).
- g. Surgieron dificultades de tamaño de la muestra en algunas categorías para poder compararlas (Ejemplo: Recibió Información, Trabajo, Tipo de alimentación).

5.2. Autocrítica

Ante la falta de experiencia en validación de escalas y el entusiasmo de quien empieza a trabajar en psicología, no se evaluaron los ítems de la escala en profundidad antes de la realización del proceso de validación, y se detectó que no cumplía con lo recomendado por IBFAN y Bandura (1986) con la investigación ya avanzada. Lo anteriormente dicho sumado a los obstáculos antes mencionados cambió la dirección del proyecto: adaptación de la escala en lugar de su validación.

5.3. Conclusión

Aunque el 95,4% de los bebés argentinos inician su alimentación con lactancia materna, según indica la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud, la práctica se pierde en un 50% durante los primeros 2 meses de vida (Télam, 2008). Los factores que afectan la lactancia materna son variados y numerosos, siendo la autoconfianza uno de los más destacados según el autodiálogo y las creencias de las madres. El análisis en profundidad de la escala, determina que no es un instrumento acorde a los intereses de la institución e IBFAN.

Surge la pregunta: ¿resulta útil adaptar la escala BSES para validarla? Si bien las investigaciones han demostrado que la autoconfianza materna es un factor modificable que puede ser utilizado para identificar a aquellas mujeres que están en riesgo de abandonar la lactancia (Dennis, 1999), las dificultades señaladas en la presente investigación indicarían descartar su adaptación.

El instrumento diseñado en Canadá en 1999 no contempla las recomendaciones internacionales que defienden la alimentación infantil ni se adecua a lo sugerido por Bandura (1986) para la creación de escalas, como se ha desarrollado anteriormente. Teniendo en cuenta el aporte de los resultados en cuanto a la diferencia en la sub-escala técnica de los grupos comparados, los comentarios espontáneos y el tipo de alimentación a las 6 semanas post-parto, que indicarían la utilidad de la escala conforme a la teoría, se recomienda el desarrollo de un nuevo instrumento para evaluar la autoconfianza en la lactancia y la realización de un estudio que evalúe en profundidad las creencias de las madres. Para la realización de un nuevo instrumento se sugiere tener en cuenta las recomendaciones de IBFAN, evitar ítems ambiguos o confusos, para una mejor validez de contenido y validez aparente, e incluir acciones relacionadas con la lactancia que no se contemplaron en la escala estudiada. Por ejemplo: sacarse leche materna, dar leche materna en cucharita o vasito, tomar suficiente agua.

Así mismo, el presente estudio posee información de gran utilidad para seguir realizando hipótesis y plantear nuevos objetivos de estudios que quedaron sin evaluar. Por ejemplo: Evaluar si existen diferencias significativas entre las medias de escala por grupos etáreos de edad, por contacto precoz, utilización de fórceps, educación de la madre, horas de trabajo, la influencia del apoyo del marido y el apoyo social.

La evaluación de las creencias acentuaría la autoeficacia y mitigaría las respuestas emocionales negativas, como el temor y la ansiedad, las falsas creencias (creer que el dolor significa que esta bien prendido al pecho, mi leche no sirve),

corrigiendo las interpretaciones erróneas resultantes de los comentarios espontáneos en relación con la escala. Las madres desarrollan sus expectativas basadas en experiencias anteriores y logros (mi hijo anterior no engordaba, se quedaba con hambre), experiencias vicarias (mi mamá no tenía buena leche), persuasión verbal (me dijeron que le de cada 3 horas) y estados emocionales (me da vergüenza, es una experiencia maravillosa).

Inmediatamente después del parto, los profesionales de la salud podrían realizar la evaluación prenatal y dar inicio a las estrategias que amplían la confianza para lograr un inicio de la lactancia. Dado que el desempeño de una actividad con experticia, y en consecuencia la autoeficacia, se ven favorecidos por la repetición de una conducta, es preciso alentar a las nuevas madres a iniciar la lactancia de inmediato después del parto y brindarles múltiples oportunidades para amamantar durante la estadía en el hospital mediante la utilización de habilidades varias: posturas para amamantar que evitan tensión, colocación del bebé al pecho, etc. Las enfermeras, pediatras y obstetras podrían observar todos los intentos de inicio de la lactancia con las madres para que ningún aspecto o resultado de su desempeño percibido como negativo menoscabe sus percepciones de autoeficacia y por ende su confianza en la lactancia materna (Ejemplos: tengo pezón umbilical, no pude amamantar a mi otro hijo).

Una vez registradas las creencias y de haber individualizado el plan de atención, se podrían implementar estrategias de construcción de la confianza para sostener la lactancia. Todo aquello que se realice en forma correcta debería recibir un estímulo positivo, conjuntamente con decisiones acerca de cómo mejorar el desempeño de la lactancia materna en el futuro. Durante esta revisión, los profesionales de la salud deberían observar si la madre experimentó malestar, ansiedad, frustración o un sentimiento de fracaso. Aprender a controlar los estados fisiológicos y afectivos representa un paso importante para continuar la lactancia; los profesionales de la salud deberían hacer esfuerzos en forma continua para lograr que las madres se sientan cómodas. Bandura (1997), destaca que las personas suelen interpretar el cansancio, dolor y lastimaduras como indicadores de su ineficacia. Proporcionarle a la madre toda la información que necesita para evitar lastimarse los pezones o sentir dolor y difundir así los 10 pasos hacia una Feliz Lactancia Natural (OMS & OPS, 1998).

Es posible mejorar aún más la autoeficacia gracias al aprendizaje a través de la observación (aprendizaje vicario) durante el período de posparto modificando el modo

en que los profesionales de la salud realizan sus demostraciones, reuniendo en grupos a las madres al momento del alta hospitalaria. La discusión en grupo de temas como los mitos y temores y las demostraciones prácticas pueden ser métodos útiles sobre las ventajas de la lactancia materna (OMS, 1998). Utilizando los espacios del hospital destinados a tal fin, mediante la proyección de videos y distribución de material impreso con recomendaciones como posturas cómodas para amamantar, explicando conceptos como la libre demanda, confusión de pezón, contraindicaciones del uso temprano de chupetes y mamaderas y su reemplazo por vasos o cucharas.

A su vez, se podría capacitar a los profesionales de la salud para que puedan hacerles ver a las madres aquellas habilidades de la lactancia no observables, como ser visualizaciones, técnicas de relajación, estrategias para la resolución de problemas, el manejo de pensamientos negativos, y la perseverancia a pesar de las dificultades (Ponce, 2001). Dado que muchas mujeres en los países occidentales no han podido observar a otras mujeres amamantando, asistir a los grupos de apoyo de madres locales, a los consultorios de puericultura y a los lactarios en áreas públicas proporciona una oportunidad ideal para ofrecer aprendizaje a través de la observación. De este modo, las nuevas madres pueden observar y escuchar a otras madres relatar sus experiencias con la lactancia materna. Partiendo de los principios del aprendizaje vicario, Bandura (1997, p88.) propuso las técnicas para adquirir y eliminar conductas, mediante el aprendizaje de modelos que junto con la información pueden modificar lo que dejó la experiencia fallida: mis otros hijos no se llenaban. La información compartida junto con el entrenamiento en habilidades sociales, es hoy un elemento básico de casi todos los programas preventivos.

El personal del hospital puede desarrollar un apoyo de pares telefónico, en los casos que se contacten, mediante el cual se vincula a una madre reciente con una madre experimentada de su misma comunidad. La credibilidad de la mamá líder se basa en la experiencia previa y sostenida en el tiempo de la lactancia. Estos consejeros de pares proporcionan un modelo positivo para la persuasión verbal, orientación anticipada, comparación verbal, y un vínculo entre las madres de la comunidad y los profesionales de la salud. Integrar las estrategias de autoeficacia mejora la calidad de la atención que los profesionales de la salud brindan al tiempo que aumenta la confianza de la nueva madre en su capacidad de amamantar y, al encontrar dificultades, será capaz de

perseverar y de continuar amamantando. La ayuda práctica individual con la técnica de la lactancia (Richard & Alade, 1992; Pérez-Escamilla, 1992) y el apoyo psicológico para aumentar la confianza de la madre (Hofmeyr, 1991) pueden ser tanto o más eficaces para aumentar la duración de la lactancia materna.

El presente estudio es un aporte a la iniciativa Hospital Amigo y al aumento de la tasa de lactancia propuesto por la OMS. En lo que respecta a la Psicología, la lactancia materna es un área con escasas investigaciones, un campo a explorar. Las investigaciones realizadas hasta el momento revelan la importancia de la lactancia materna y los beneficios psicológicos que genera, sirve para ayudar a las madres en sus dificultades individuales personalizando las intervenciones.

La lactancia materna es un factor de protección y de prevención primaria para la salud, importante tanto para la madre como para el bebé a nivel psíquico, inmunológico, afectivo-vincular y nutricional. Es sin duda un aporte al Bienestar Psicológico, a la Psicología Positiva y a la resiliencia.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- American Psychological Association (2002). *Manual de estilo de publicaciones*. México: El Manual Moderno.
- Bacon, C.J. (1976). Mother's attitudes to infant feeding at Newcastle General Hospital in summer 1975. *British Medical Journal* 1:308.
- Bandura, A. (1966). *Role of vicarious learning in personality development*. Proceedings of the XVIIIth International Congress of Psychology: Social factors in the development of personality. Moscow, USSR.
- Bandura, A., Gruce, J.E. & Menlove, F.L. Some Social Determinants of Self-Monitoring Reinforcement Systems. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 274-281.
- Bandura, A. (1977^o). Self-efficacy: Towards a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1977b). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Baranowski, T. (1983) Social support, social influence, ethnicity and the breastfeeding decision. *Social science and medicine*, 17(21):1599-1611.
- Bentovim, A. (1976). *Shame and other anxieties associated with breast feeding: a systems theory and psychodynamic approach*. En Ciba Foundation Symposium, número 45, Breast feeding and the mother. Amsterdam: Elsevier Scientific.
- Blomquist, H.K. (1994). Supplementary feeding in the maternity ward shortens the duration of breast feeding. *Acta paediatrica*, 83:1122-1126.
- Bottoff, J.L. (1990). Persistence in breastfeeding: A phenomenological investigation. *Journal Adv. Nurse*, 15, 204-209.
- Bowlby, J. (1988). El comienzo de la interacción madre-niño. En *Una base segura: Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Buenos Aires: Paidós.
- Brazelton, T.B. (1963). The early mother-infant adjustment. *Pediatrics* 32:931.
- Dennis, C.L. (1999). Theoretical Underpinnings of breastfeeding confidence: A self-efficacy framework. *Journal of Human Lactation*, 15, 195-201.
- Dix, D.N. (1991) Why women decide not to breastfeed. *Birth*, 18:222-225.

- Dusdieker, L.B., Booth, B.M., Seals, B.F. & Ekwo, E.E. (1985). Investigation of a model for the initiation of breastfeeding in primigravida women. *Social Science and Medicine*, 20(7):695-703.
- Entwisle, D.R., Doering, S.G., & Reilly, T.W. (1982). Sociopsychological determinants of women's breast-feeding behavior: A replication and extension. *American journal of orthopsychiatry*, 52(2):244-260.
- Freed, G., Fraley, J.K. & Schanler, R.J. (1992). Attitudes of expectant fathers regarding breast-feeding. *Pediatrics*, 90(2):224-227.
- Freed, G., Fraley, J.K. & Schanler, R.J. (1993). Accuracy of expectant mothers' predictions of fathers' attitudes regarding breast-feeding. *Journal of family practice*, 37(2):148-152.
- Giugliani, E.R.J. (1994). Effect of breastfeeding support from different sources on mother's decisions to breastfeed. *Journal of human lactation*, 10 (3):157-161.
- Hally, M.R. (1984). Factors influencing the feeding of first-born infants. *Acta paediatrica Scandinavica*, 73(1):33-39.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. & Baptista, P. (1991). *Metodología de la investigación*. México: Mc. Graw-Hill.
- Hill, P. (1991). The enigma of insufficient milk supply. *MCN*, 16, 313-16.
- Hofmeyr, G.J. (1991). Companionship to modify the clinical birth environment: effects on progress and perceptions of labour, and breastfeeding. *British journal of obstetrics and gynaecology*, 98(8):756-764.
- Hwang, C.P. (1981). Aspects of mother-infant relationship during nursing, 1 and 6 weeks after extended postpartum contact., *Early Human Dev* 5:279.
- IBFAN (2006). *Utilizar el lenguaje para facilitar la lactancia materna*. Recuperado el 9 de agosto de 2006 de <http://www.ibfan-alc.org/boletines/ibfan-inf/A4N165.htm>.
- Lawrence, R. (1996). *Impacto Psicológico de la lactancia materna*. Madrid: Mosby / Doyma.
- Lizarraga, J.L. (1992). Psychosocial and economic factors associated with infant feeding intentions of adolescent mothers. *Journal of adolescent health*, 13:676-681.
- Kennel, J.H. & Klaus M.H. (1975). Evidence for a sensitive period in the human mother. In Ciba Symposium, 33, *Parent-infant interaction*. Princeton, New Jersey : Excerpta Medica, Associated Scientific Publishers.
- Kramer, M.S., Guo, T., Platt, R.W., Shapiro, S. & Collet J.P. (2002). Breastfeeding and Infant Growth: Biology or Bias?, *Pediatrics*, 110: 343-347
- Kramer, M.S., Chalmers, B, Hodmett, E.D., Sevkovskaya, Z., Dzikovich, I. & Shapiro, S. (2001). Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT). A randomised Trial in Republic of Belarus. *JAMA*, 285: 413-415.
- Graffy, J.P. (1992) Mothers' attitudes to and experience of breast feeding: a primary care study. *British journal of general practice*, 42:61-64.

- Heinig, M.J. (2002), Host defense benefits of breastfeeding for the infant: *effect of breastfeeding duration and exclusivity*. *Pediatric*, 48: 105-123.
- Labbok, M.H.& Simon, S.R. (1988). A community study of a decade of in-hospital breast-feeding: implications for breast-feeding promotion. *American journal of preventive medicine*, 4 (2):62-66.
- Lawson, K.I., & Tulloch, M. (1995). Breastfeeding duration: prenatal intentions and postnatal practices. *Journal of Advanced Nursing*, 2, 284 1-849.
- Lizarraga, J.L. (1992). Psychosocial and economic factors associated with infant feeding intentions of adolescent mothers. *Journal of adolescent health*, 13:676-681.
- Locklin, M.P. (1993). Does breastfeeding empower women?. *Birth*, 20, 30-35.
- Locklin, M.P. (1995). Low-income women and their breastfeeding experiences. *Journal of Human Lactation*, 11, 285-91.
- Martinez, J.C., Ashworth, A.& Kirkwood, B. (1989). Breast-feeding among the urban poor in southern Brazil: reasons for termination in the first 6 months of life. *Bulletin of the World Health Organization*, 67(2):151-161.
- Molina Torres, M., Dávila Torres, R.R., Parrilla Rodríguez, A.M.& Dennis, C.L. (2003). Translation and validation of breastfeeding self-efficacy scale into Spanish: data from a Puerto Rican Population. *Journal of Human Lactation* 19,35-42.
- Morrow, L. (1994). *Breastfeeding confidence and breastfeeding duration*, Master's Thesis. California:University of Long Beach.
- Neifert, M. (1988). Factors influencing breast-feeding among adolescents. *Journal of adolescent health care*, 9:470-473.
- O' Campo, P., Faden, R., Gielsen, A.& Wang, M. (1992), Prenatal factors associated with breast-feeding duration: Recommendation for prenatal interventions. *Birth*, 19, 195-201.
- Organización Panamericana de la Salud. (2002). Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: reseña de la evidencia. Washington D.C.: OPS-Lacmat.
- Pajares, F. (1997). Current directions in self-efficacy research. *Advances in motivation and achievement*, 10, 1-49.
- Pallás Alonso, C. R. (2005). *Promoción de la lactancia materna*. Previnfad, infancia y adolescencia, España.
- Perez-Escamilla, R. (1992). Effect of the maternity ward system on the lactation success of low-income urban Mexican women. *Early human development*, 31:25-40.
- Picado, J.I., Olson, C.M. & Rasmussen, K.M. (1997). *Metodología combinada para entender la duración del amamantamiento en barrios pobres de Managua*,

Nicaragua. Maestría en Ciencias. Universidad Cornell, División de Ciencias de la Nutrición, Ithaca, Nueva York.

Ponce V.M. (2002). *Yoga, lactancia y relajación*. Buenos Aires, Revista Barracas.

Promueven la lactancia materna hasta los 6 meses. (s.f.). Recuperado Agosto de 2008, de <http://www.telam.com.ar>

Real Academia Española (2001). *Diccionario de la Lengua Española, vigésima segunda edición*. Madrid: Espasa Calpe.

Righard, L. & Alade, M.O. (1992). Sucking technique and its effect on success of breastfeeding. *Birth*, 19:185-189.

Rotter, J.B. (1954). *Social Learning and Clinical Psychology*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice – Hall.

Rotter, J.B. (1966). Generalized Expectancies for Internal versus External Control of Reinforcement. *Psychological Monographs*, PO, 609.

Rotter, J.B. (1967). Beliefs, Social Attitudes and Behavior: A Social Learning Analysis. En Jessor & Feshbach (Eds), *Cognition, Personality, and Clinical Psychology*, San Francisco: Jossey – Bass.

The World Health Organization Executive Board. (1981). Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna. Ginebra: OMS.

The World Health Organization Executive Board. (1989). *Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural: La función especial de los servicios de maternidad*. Declaración conjunta de la OMS/UNICEF. Ginebra: OMS-OPS.

The World Health Organization Executive Board. (1990): Declaración de Innocenti. (resolución WHA 45.34). Florencia: OMS-UNICEF.

The World Health Organization Executive Board (1995). *Patrones de crecimiento infantil de la OMS, Longitud, estatura para la edad, peso para la edad, peso para la longitud, peso para la estatura e índice de masa corporal para la edad.* (resolución WHA 54.2). Ginebra: OMS.

The World Health Organization Executive Board. (1995). An evaluation of infant growth: the use and interpretation of anthropometry in infants, *Bull World Health Organ*, 73:165-174.

The World Health Organization Executive Board. (1998). *Pruebas científicas de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural*. Ginebra: OMS-OPS.

The World Health Organization Executive Board. (2001). *The Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding*. Note for the press no.7. Ginebra: OMS.

The World Health Organization Executive Board. (2003). *The Global Strategy on Infant and Young Child Feeding*. Ginebra: OMS-UNICEF.

Uvnas-Moberg, E. (1996). Breastfeeding: physiological, endocrine and behavioral adaptations caused by oxytocin and local neurogenic activity in the nipple and mammary gland. *Acta Paediatrica*, 85(5), 525-530.

Vallone F. (2008). *Pequeños grandes clientes: La publicidad de sucedáneos de la leche materna en dos revistas pediátricas de Argentina entre 1977 y 2006*. Tesis

de Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud de la Universidad Nacional de Lanús. Buenos Aires.

Van Esterik, P.(1992). *Women, work and breastfeeding*. Cornell International Nutrition Monograph Series Number 23. New York: Cornell University.

Van Esterik, P.(1989). *Beyond the breast bottle controversy*. New Jersey: Rutgers University Press.

Winikoff, B.& Laukaran, V.H.(1989). Breast feeding and bottle feeding controversies in the developing world: evidence from a study in four countries. *Social Scientific Med* 19:859-868

7. ANEXO