

**UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA**

**“ADAPTACION TRANSCULTURAL DE LA ESCALA DE AUTOEFICACIA PARA
EL AMAMANTAMIENTO – FORMATO CORTO, AL CONTEXTO CHILENO”.**

Tesis presentada como parte de los
requisitos para optar al grado de
Licenciado en Enfermería.

**Beatriz Eleonor Goddard Hernández
VALDIVIA – CHILE
2010**

Profesor Patrocinante:

Nombre: René Mauricio Barría P.
Profesión: Enfermero
Grado: Magíster en Epidemiología Clínica
Instituto: Enfermería
Facultad: Medicina

Firma:

Profesor Co-Patrocinante

Nombre: Luis A. Vera B.
Profesión: Médico Cirujano
Grado: Magíster en Salud Pública Basada en Evidencia
Escuela: Medicina
Facultad: Medicina

Firma :

Profesores Informantes:

Nombre: Patricia Triviño V.
Profesión: Enfermera
Grado: Magíster en Enfermería (c)
Instituto: Enfermería
Facultad: Medicina

Firma:

Nombre: Gema Santander M.
Profesión: Enfermera
Grado: Magíster en Salud Pública
Instituto: Enfermería
Facultad: Medicina

Firma:

Fecha Examen de Grado:

INDICE

Resumen	4
Summary	5
1. Introducción	6
2. Marco Teórico	9
3. Objetivos	16
4. Material y Métodos	17
5. Resultados	23
6. Discusión	31
7. Conclusión	35
8. Referencias	36
9. Anexos	41

RESUMEN

Introducción: La lactancia materna (LM) exclusiva es fundamental para el óptimo desarrollo biosicosocial de los individuos, en su inicio y mantención influyen variados factores, entre ellos los psicológicos, destacándose la autoeficacia. Para medir este factor se ha creado una escala, la cual ha sido traducida y validada en varios países. Los resultados de las mediciones han demostrado que la autoeficacia es un factor predictor de la LM, por lo tanto su utilización en Chile puede ser la base para guiar futuras intervenciones en salud.

Objetivo: Adaptar la escala de autoeficacia de amamantamiento formato corto (BSES) al leguaje local, de modo que sea comprensible por usuarias del sistema público de salud de Chile.

Método: Se realizó un estudio de adaptación transcultural basado en metodología de grupo de expertos y grupos focales. El grupo de expertos estuvo conformado por siete profesionales abocados a las temáticas de lactancia, autoeficacia y validación de escalas. Los grupos focales fueron constituidos por un total de 24 madres cuya edad promedio fue 26,5 años, mayoritariamente solteras con pareja y dueñas de casa. La mitad correspondieron a mujeres con hijos previos. El estudio fue realizado en cinco fases : I Selección del instrumento, II Revisión del instrumento por expertos en el área de lactancia materna y teoría de autoeficacia, III Modificaciones del instrumento en base a opiniones de expertos, IV Realización de grupos focales y V Estructuración final del instrumento en base a información obtenida en grupos focales y criterios preestablecidos.

Resultados: Luego de la primera revisión por expertos se excluyó el encabezado de cada pregunta especificándolo en el área de instructivo del instrumento. Se realizaron modificaciones a todos los ítems en base a la información obtenida por expertos y posteriormente por grupos focales con el objetivo de lograr la equivalencia semántica. Se mantuvo la estructura, secuencia y número de ítems.

Conclusiones: Se obtuvo una versión para validar en Chile de la escala BSES, la cual resultó ser semánticamente coherente y de fácil comprensión. El instrumento queda en etapa de ser sometido a un proceso de validación y posteriormente podrá ser utilizado para medir la autoeficacia de amamantamiento en población chilena.

SUMMARY

Introduction

Breastfeeding is essential for the best biopsychosocial development of individuals, and it could be influenced by many factors - the psychological among other - at its initiation and duration being self-efficacy outstanding. For measuring that factor a scale was created, which has been translated and validated in several countries. The results of the measurements have demonstrated that self-efficacy is a predictive factor for breastfeeding; therefore, its use could be the basis for directing future health intervention in Chile.

Aim of the study

The aim of the study is to adapt the scale of Breastfeeding Self-efficacy Scale short form (BSES-SF) to local language, so that it could be understandable by the users of public health system in Chile.

Method

A study of cross-cultural adaptation based on expert and focus groups was carried out. The expert group consisted of 7 professionals devoted to breastfeeding, self-efficacy and validation of scales. The focus groups were formed by 24 mothers with a mean age of 26.5 years, mainly single not working women with a partner. Half of the mothers did not have previous children. The study was carried out in 5 phases: I Determination of the instrument, II Checking of the instrument by breastfeeding and theory of self-efficacy experts, III Modifications of the instrument according to expert suggestions, IV Determination of focus groups, V Final structure of the instrument using the information got from the focus groups and pre-established criteria.

Results

After the first review by the experts, the heading of each question was excluded, but that information was specified in the instructions of the instrument. Changes to all items were made based on the information obtained from the experts and afterwards from the focus groups, in order to find a semantic equivalence. Structure, sequence and number of items were the same.

Conclusions

A version to validate in Chile the BSES scale was obtained, which was semantically coherent and easy to understand. The instrument can be submitted to a validity process and afterwards used to measure breastfeeding self-efficacy in Chilean population.

1. INTRODUCCION

La lactancia materna (LM) es esencial para el adecuado desarrollo de los niños, es por esto que entidades como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) la promueven como alimento exclusivo en los primeros meses de vida (OMS, 2009; UNICEF, 2008).

La LM ha sido una de las estrategias más efectivas en reducir eventos adversos para la salud de la población infantil, constatándose la reducción de la morbilidad por enfermedades infecciosas, como la diarrea y enfermedades respiratorias (Oddy et al, 2003). Este y otros beneficios de la LM han sido ampliamente difundidos, no obstante es considerable el número de madres que deciden no amamantar a sus hijos o lo hacen por un periodo inferior al recomendado.

Factores sociodemográficos y biológicos han sido estudiados estableciéndose probables relaciones causales (Thulier y Mercer, 2009). En los últimos años, se han estudiado los efectos de factores o condiciones psicosociales que afectan la duración de la LM, tales como la intención de amamantar, la experiencia, el soporte social y la autoeficacia (Kronborg y Væth, 2004).

Como se observa, son variados los factores que influyen en la decisión materna de iniciar y mantener la lactancia, algunos son fenómenos complejos, que no son observables directamente y poseen formas de expresión que no son constantes, por lo cual, se hace necesario poseer instrumentos que permitan y aproximen su medición y posterior intervención en caso de ser necesaria. Entre estos instrumentos se encuentran las escalas de medición. En términos generales, una escala puede definirse como *un instrumento de medición, consistente en un conjunto de preguntas encaminadas a revelar determinados niveles de una categoría (o variable) que no podemos observar directamente* (Gómez y Ospina, 2004).

La escala es una herramienta que permite asignar valores a ítems de objetos de acuerdo a una regla de decisión. Usualmente los valores elegidos son números y las opciones de respuesta de los ítems se definen previamente en tal forma que sean mutuamente excluyentes y exhaustivas (Streiner y Norman, 2003). Para elegir la escala adecuada en investigación, debe llevarse a cabo una búsqueda completa de la literatura a través de diversas bases de datos electrónicas y posteriormente complementarla con búsqueda manual. Una vez se hayan localizado una o más escalas relacionadas con el fenómeno a evaluar, es importante tomar la decisión de si es posible utilizar el instrumento elegido o es necesario diseñar un nuevo instrumento. Esta decisión debe ser analizada con cuidado para emitir juicios

apropiados en la selección de los ítems de la escala y por esta razón es importante tener en cuenta una valoración crítica adecuada de la evidencia que apoye el instrumento (Rodríguez y Lopera, 2002).

En los proyectos de investigación se recurre con frecuencia a escalas o instrumentos de medición como cuestionarios que evalúen variables de interés y los desenlaces. Con mucha frecuencia los proyectos deben usar, en particular en estudios transculturales, instrumentos que fueron desarrollados en otro ámbito y, a menudo, en otra cultura. Estos instrumentos necesitan ser traducidos al idioma local y siempre necesitan adaptación cultural, la cual puede incluir cambio de términos y revisión de conceptos y significados. Se debe aplicar una metodología que garantice la reducción de sesgos culturales y que pueda maximizar la utilidad de la escala en el nuevo contexto (Gómez y Ospina 2004).

Para que una escala pueda ser usada debe superar un proceso de validación, el cual es relativamente complejo. Primero se debe seleccionar el instrumento más adecuado para estudiar un fenómeno determinado, posteriormente si la escala escogida se encuentra en otro idioma, se debe traducir y adaptar culturalmente para luego ser sometida a una prueba piloto, la cual consiste en: evaluar los puntos de la escala, su utilidad y los formatos.

La adaptación transcultural tiene como objetivo conseguir un instrumento equivalente al desarrollado en el país de origen. No puede limitarse sólo a la traducción, sino que debe seguir una metodología que asegure la equivalencia conceptual y semántica con el original y la comprensión por parte de la población de la versión adaptada. El método más utilizado es la traducción-retro-traducción por personas bilingües, seguido de un análisis de la nueva versión para detectar discrepancias y de la comprobación en un grupo de pacientes de su comprensión y aceptabilidad (Argimon y Jiménez 2004).

Para realizar una adaptación transcultural, en primer lugar debe evaluarse si el fenómeno que tiene que medir el cuestionario existe en la cultura a la que se desea adaptar. Es esencial conocer qué significado tiene el concepto y cómo se expresa en la cultura original para poder identificar similitudes. Ulteriormente se evalúa su confiabilidad, validez y sensibilidad al cambio. La confiabilidad es el grado de precisión del instrumento, es decir, su capacidad para ofrecer resultados veraces y constantes al ser utilizada en similares condiciones de medición. Validez se refiere al grado en que la escala mide aquello que realmente se quiere medir, es decir, que cumple su propósito. Mientras que la sensibilidad al cambio se refiere a la capacidad de la escala de detectar pequeñas variaciones (Gómez y Ospina, 2004; Martín, 2004).

Con relación a escalas que miden variables asociadas a la LM, existe la “Escala de Autoeficacia de Amamantamiento”. Este es un instrumento que mide el grado de autoeficacia

percibida. La autoeficacia percibida hace referencia a las creencias de las personas acerca de sus propias capacidades para el logro de determinados resultados (Bandura, 1977), en este caso particular, cuan efectiva puede ser una madre para afrontar el proceso de la lactancia.

Este estudio pretende adaptar transculturalmente la escala de autoeficacia de amamantamiento formato corto (Dennis, 2003) como fase previa a su validación, para aportar un instrumento apropiado para identificar grupos sobre los cuales focalizar intervenciones de soporte, y así fortalecer la lactancia materna exclusiva (LME).

2. MARCO TEORICO

La leche materna es el alimento que proporciona la energía y los nutrientes que necesitan los niños durante sus primeros meses de vida, promueve el desarrollo sensorial y cognitivo y es un factor protector ante enfermedades infecciosas y crónicas (Oddy et al, 2003; OMS, 2009). Adicionalmente, contribuye a la salud y el bienestar de la madre, ayuda a espaciar los embarazos y disminuye el riesgo de cáncer ovárico y mamario (Chiaffarino et al, 2005; Tryggvadottir, Tulinius, Eyfjord y Sigurvinsson, 2001). Al amamantar, el contacto piel a piel favorece el apego, lo que condiciona una mayor duración de la lactancia, esto a su vez promueve un mejor desarrollo psico-afectivo en los niños (Pinto, 2007; UNICEF, 2009). Asimismo, contribuye positivamente a la economía de las familias y el país, y no daña el medio ambiente.

Los últimos datos publicados por la UNICEF (2008), muestran que a nivel mundial la prevalencia de LME al sexto mes alcanza 38%. Según el Centro para el Control de Enfermedades (CDC) en Estados Unidos, en el año 2006, la tasa de LME a los 6 meses fue de 13,6% y lactancia complementada a los 12 meses 22,7%. Las tasas de LM han mejorado desde 1999, pero aún están lejos de los objetivos en relación con la duración y exclusividad.

La tabla 1 muestra datos de prevalencia de LME al sexto mes obtenidos entre 2000 y 2007, en varios países latinoamericanos, destacando la mayor prevalencia en Perú (63%), Bolivia y Uruguay (54%). Por el contrario la menor prevalencia se observa en Paraguay (22%).

Tabla 1. Prevalencia de LME en países latinoamericanos seleccionados.

País	Prevalencia de LME al sexto mes
Perú	63%
Bolivia	54%
Uruguay	54%
Guatemala	51%
Colombia	47%
Ecuador	40%
Honduras	35%
Nicaragua	31%
El Salvador	24%
Paraguay	22%

Fuente: Estado Mundial de la Infancia 2009, UNICEF 2008

Por su parte en Chile, tras la instauración de un programa nacional de fomento de la lactancia entre 1993 y 2002, por el Ministerio de Salud (MINSAL), la LME al sexto mes aumentó de 16,0 a 43,1% y la predominante de 25,4 a 57,4%. En el mismo período aumentó la lactancia complementada a los 12 meses de 10,7 a 21,3% y la lactancia parcial o complementada en niños de 12 a 18 meses de 24,1 a 46,7% (MINSAL, 2005). Entre los años 2000 y 2007 el porcentaje de lactantes que recibieron LME al cuarto mes fue 85 % (UNICEF, 2009).

En la ciudad de Valdivia, Chile, recientemente se publicó un estudio de cohorte prospectiva en 315 binomios madre-recién nacidos en el cual se determinó que la LME al tercer mes post parto fue de 69,5 % (Barría, Santander y Victoriano, 2008).

Thulier y Mercer (2009), describen que la duración del amamantamiento está influenciado por una serie de factores: demográficos, biológicos, sociales y psicológicos. Entre las variables sociodemográficas destacan: raza, edad, estado civil, nivel educacional y antecedentes socioeconómicos.

El CDC (2004) muestra las diferencias entre las tasas de lactancia hasta los 6 meses según la raza materna. La tasa más alta se observó en mujeres asiáticas con 16,1%, mientras que mujeres blancas 11,7% e hispanas 11,6%. La cifra más baja se registró en mujeres de raza negra con 7,9%. Se deduce que la raza sigue siendo un fuerte predictor del amamantamiento, y que las mujeres de raza negra tienen menos probabilidades de lactar que aquellas de otras razas.

La edad materna es una variable que influye en la duración del amamantamiento. Se ha observado que a menor edad materna, menor es el periodo de lactancia, la misma situación se observa en relación a la escolaridad materna (Di Napoli, Di Lallo, Pezzotti, Forastiere y Porta, 2006; Dubois y Girard, 2003). En Estados Unidos, se comprobó también el fuerte efecto de la educación materna sobre la lactancia, estimándose un mayor riesgo de no amamantar en mujeres que no finalizaron la secundaria, respecto de las mujeres con educación superior (Heck, Braveman, Cubbin, Chávez y Kiely, 2006). Por lo tanto, un mejor nivel de escolaridad es un factor fundamental en la práctica del amamantamiento, considerándose que aquellas mujeres que tienen mayor escolaridad, tienen también mayor capacidad para entender los beneficios que proporciona la lactancia natural, y de ésta manera son capaces de adoptar conductas que la favorezcan (Barría et al, 2008).

En cuanto al estado civil, se observa que las mujeres casadas dan de amamantar en forma exclusiva hasta los seis meses, 50% más que las solteras (CDC, 2006). Asimismo, en el estudio de Grijibovski, Yngve, Bygren y Sjostrom (2005), se encontró un riesgo significativo de abandono de la LM en madres solteras. No obstante, en Brasil, la vida conyugal en madres

adolescentes solteras, fue un factor favorecedor del destete (Frota y Marcopito, 2004). A nivel local, en Valdivia, la condición de madre sin pareja también se asoció a mayor riesgo de abandono de LME antes del tercer mes (Barría et al, 2008). Aparentemente el efecto de ser soltera sobre el amamantamiento no es tan claro y depende de condiciones socio-culturales.

La investigación realizada por Coulibaly, Seguin, Zunzunegui y Gauvin (2006) en 2223 niños de Quebec, reveló que mujeres de grupos socioeconómicos más bajos presentaban menor incidencia y duración de la LM. La interrupción temprana de la LM ha sido más común entre las mujeres de bajos ingresos. Sin embargo, otras investigaciones sugieren que estos resultados no son absolutos y que se asocian con el nivel educacional (Dennis, 2003).

Desde el punto de vista biológico, las variables asociadas a la duración de la LM son: suministro insuficiente de leche materna, problemas de salud del bebé, obesidad materna, tabaquismo materno y paridad.

Segura, Dewey y Pérez (2004) encontraron que, una de las razones que más habitualmente dan las madres en todo el mundo, para suspender la lactancia o introducir alimentos complementarios precozmente, es que piensan que no tienen leche suficiente o que la calidad de su leche es mala. La percepción de la oferta inadecuada de leche materna, se produce con más frecuencia que el problema real. El suministro insuficiente de leche ya sea real o percibido, se describe como una sensación de la madre de que su leche es insuficiente para satisfacer el hambre de su bebé y/o que no es un apoyo para alcanzar un aumento de peso adecuado (Hill y Humenick, 1989). En respuesta a su percepción de aporte inadecuado de leche, la mayoría de las madres proporcionan a sus bebés fórmulas lácteas o alimentos, lo cual reduce el tiempo de LME.

Importantes problemas de salud del bebé pueden, indiscutiblemente, causar dificultades en la LM. Las mujeres cuyos hijos se encuentran en una unidad de cuidados intensivos (UCI) están sometidas a sufrimiento emocional, separación física de sus hijos y al ambiente estresante de la UCI, esto puede crear múltiples problemas en relación a la lactancia (González, Meinzen-Derr, Burke, Hibler, Kavinsky y Hess, 2008).

Baker, Michaelsen, Sorensen y Rasmussen (2007), realizaron un estudio en 37.459 mujeres danesas para determinar la asociación entre obesidad materna y lactancia, los resultados fueron los siguientes: el riesgo de terminación anticipada de la LM aumentó progresivamente con el aumento de los valores del IMC antes del embarazo en comparación con las mujeres de IMC normal. Esta asociación fue evidente en un contexto social propicio para la LM, por lo tanto, estos resultados sugieren una base biológica para la asociación. La obesidad durante el embarazo causa además una serie de problemas que repercuten sobre la salud del bebé e interfieren con la lactancia natural.

Por su parte, el consumo de cigarrillo durante el embarazo y después del parto es un factor que se asocia negativamente con la LM. De acuerdo con la OMS, aproximadamente 250 millones de mujeres en todo el mundo son fumadoras diarias: 22% de mujeres en países desarrollados y aproximadamente 9% de las mujeres en países en desarrollo. En el estudio realizado por Barría et al. (2008) se estableció que las mujeres que fumaron en el embarazo tuvieron un periodo de amamantamiento exclusivo más corto. Las mujeres que fuman son menos propensas a amamantar a sus hijos que las no fumadoras (Scott, Binns, Oddy y Graham, 2006). Se piensa que la nicotina tiene un efecto negativo sobre el suministro de la leche materna por la supresión de los niveles de prolactina, sin embargo, tras la revisión de varias investigaciones se llega a la conclusión de que, es probable, que los factores psicosociales son mayormente responsables de las bajas tasas de LM en mujeres que fuman, en comparación con los factores fisiológicos (Amir, 2003).

Existen numerosos estudios sobre la relación existente entre paridad y lactancia, destacándose algunas investigaciones que han reportado una relación positiva entre duración del amamantamiento y multiparidad (Simard et al. 2005). Un estudio realizado entre 1995 y 1997 en Cuba, encontró que la mayoría de las madres abandonaron la LME antes de los 4 meses y uno de los factores importantes relacionados con estos resultados fue la primiparidad (Prendes, Vivanco, Gutiérrez y Guibert, 1999). Tal vez esta relación se deba a que las madres que han vivido la experiencia de amamantar a sus hijos se sienten más seguras de poder hacerlo nuevamente, a diferencia de las primíparas para las cuales es una experiencia totalmente nueva.

Entre las variables sociales destacan: el trabajo remunerado, el apoyo familiar y profesional.

Navarro, Duque y Trejo (2003) encontraron que, el factor laboral que influye en la duración del amamantamiento es la ausencia de facilidades para amamantar. En su estudio identificaron dos grupos, un grupo de madres que abandonaron tempranamente la LM, debido a un plan de corta duración de la misma, subordinado al reinicio de su trabajo y otro grupo de madres que a pesar de tener un reinicio igual de sus actividades laborales, prolongó la LM, tal vez porque la manejaron con un nivel mayor de prioridad o al menos equivalente al del trabajo. En Chile, las políticas establecen un periodo de descanso post natal de tres meses, periodo insuficiente para llevar a cabo la LME en forma eficiente y eficaz. Si se considera además que el descanso post-natal es válido sólo para aquellas mujeres que tienen un contrato de trabajo y su previsión al día, quienes en Chile representan aproximadamente el 40% de la población femenina económicamente activa, se reduce más aún el porcentaje de LME (Noy, Guzmán y Masalán, 1998).

Como apoyo a la lactancia se considera aquel brindado en la atención prenatal, la atención hospitalaria, la asesoría que puede ser lograda a partir de redes de apoyo, como los grupos de autoayuda, familiares y amigos. Estudios demuestran que el apoyo familiar y profesional juega un rol importantísimo para las madres a la hora de tomar la decisión sobre el amamantamiento, en cuanto a inicio y duración. El esposo desempeña un papel determinante en el apoyo emocional de la madre (González y Pileta, 2002).

Las variables psicológicas asociadas con la duración del amamantamiento incluyen la intención materna de amamantar, además del interés y confianza que esta tenga sobre su capacidad de llevar a cabo la experiencia de la lactancia en forma eficaz. Kronborg y Væth (2004), estudiaron los fenómenos psicológicos que influyen en el amamantamiento y llegaron a la conclusión de que una actitud, intención y creencias positivas asociadas a la LM prolongan su duración.

La autoeficacia se define como “*el conjunto de creencias en las propias capacidades, para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para producir determinados logros o resultados*” (Ordóñez, 2009). La autoeficacia es una variable psicológica que influye fuertemente en cuan efectiva puede ser una persona para afrontar un proceso estresante. Mientras mayor sea el grado de autoeficacia percibida, más motivado se encontrará un sujeto para iniciar y mantener una actividad. Al respecto, Bandura (1997) afirma que, los niveles de autoeficacia pueden aumentar o reducir la motivación, las personas con alta autoeficacia eligen desempeñar tareas más desafiantes, colocándose metas y objetivos más altos, cuando inician un curso de acción invierten más esfuerzo, son más persistentes, comprometidas y luchan ante las dificultades que se les presenten. Además un alto sentido de eficacia favorece el procesamiento de información y el funcionamiento cognitivo en distintos contextos, incluyendo la toma de decisiones. Por lo tanto, altos niveles de autoeficacia condicionan múltiples beneficios para el funcionamiento individual y el bienestar general (Grembowski et al., 1993; Klein-Hessling, Lohaus y Ball, 2005).

La autoeficacia es un concepto relevante en el contexto de la salud, que ha sido analizado como factor influyente en distintas conductas, como por ejemplo: realizar ejercicio, manejar el estrés y controlar el dolor. Se cree que este factor interviene sobre el comportamiento, ya sea para adoptar conductas positivas o para abandonar aquellas que resultan nocivas para la salud (Olivari y Urra, 2007). La autoeficacia hace referencia a la confianza que tienen las personas sobre sus capacidades para lograr metas determinadas, lo que condiciona el nivel de esfuerzo que invierten. Las personas difieren en las áreas de vida en las cuales desarrollan su sentido de eficacia, asimismo cada área posee distinto nivel o grado de la misma. Por consiguiente, el sistema de creencias de eficacia no es un rasgo general, sino un conjunto de autocreencias asociadas a distintos ámbitos del funcionamiento individual, por lo mismo no existen medidas de propósito general de la autoeficacia percibida. Por lo tanto, si se desea medir la autoeficacia en un área determinada, el instrumento de

medición se debe adecuar para el dominio particular de funcionamiento que es objeto de interés (Bandura, 2001).

Bandura (citado en Olivari et al, 2007) sostiene que, la teoría de autoeficacia, la motivación humana y la conducta están regulados por el pensamiento y estarían involucradas tres tipos de expectativas: a) Las expectativas de la situación, en la que las consecuencias son producidas por eventos ambientales independientes de la acción personal, b) Las expectativas de resultado, que se refiere a la creencia que una conducta producirá determinados resultados y c) Las expectativas de autoeficacia o autoeficacia percibida, que se refiere a la creencia que tiene una persona de poseer las capacidades para desempeñar las acciones necesarias que le permitan obtener los resultados deseados.

El modelo de enfermería llamado: Modelo de Promoción de la Salud, de Nola Pender, incluye el concepto de autoeficacia, y lo considera un condicionante fundamental de las conductas de promoción de la salud. En este modelo se define autoeficacia percibida como *“el juicio de la capacidad personal de organizar y ejecutar una conducta promotora de salud. La autoeficacia percibida influye sobre las barreras de acción percibidas, de manera que una mayor eficacia lleva a unas percepciones menores de las barreras para el desempeño de esta conducta”*. Por barreras de acción dentro del modelo se entienden los bloqueos anticipados, imaginarios o reales que interfieren en la adopción de una determinada conducta. Pender afirma que su modelo ayuda a comprender como los usuarios pueden verse motivados para alcanzar la salud, por lo tanto se puede usar para guiar intervenciones de enfermería tendientes a la adopción de conductas saludables (Sakroida, 2007).

Dennis (1999), se refiere a la autoeficacia enfocada específicamente al amamantamiento y la define como *“percepción de la madre sobre su habilidad para amamantar a su recién nacido”*. Al respecto existen varias investigaciones que han demostrado que la autoeficacia es un factor pronóstico significativo en la duración del amamantamiento (Molina, Dávila, Parrilla y Dennis, 2002). Un estudio realizado en Ontario, Canadá, en 110 mujeres primíparas, encontró que las madres que asistieron a un taller de aprendizaje de autoeficacia, mantuvieron en mayor proporción la LME que aquellas que no asistieron (Noel-Weiss, Rupp, Cragg, Bassett y Woodend, 2006). Con los antecedentes anteriores y considerando que la autoeficacia es un factor modificable que influye en el proceso de lactancia, al contrario de los factores sociodemográficos, se pueden instaurar estrategias para intervenirlo, en pro de la LME.

Para poder identificar el grado de autoeficacia percibida se cuenta con instrumentos de medición, entre ellos la “Escala de Autoeficacia del Amamantamiento (Self-Efficacy Scale)”. Esta escala se desarrolló y probó sicométricamente en madres de habla inglesa utilizando la teoría de autoeficacia como concepto básico para medir la confianza en la LM. Se demostró su validez predictiva con las correlaciones positivas entre las puntuaciones de la

escala y patrones de alimentación infantil a los 6 meses post-parto (Molina, et al. 2002). La Escala cuenta con dos sub-dimensiones (dominios) conceptualmente únicas de la LM exitosa: la técnica y pensamientos intrapersonales. La técnica se define como la acción física que la madre debe realizar y representa ciertas tareas necesarias para el éxito de la LM. Pensamientos intrapersonales se definen como las percepciones de la madre sobre la LM e incluye las actitudes y creencias relacionadas con el éxito de la experiencia de la LM (Dennis y Faux, 1999).

La escala original fue traducida al español y utilizada en un estudio en Puerto Rico, donde después de determinar las características psicométricas de la escala en un grupo de 100 mujeres se evidenció su confiabilidad y validez (Molina, et al. 2002). Posteriormente, y dado que el análisis sugirió ítems redundantes de la escala original, se probó y validó una versión corta, la BSES - Short Form, la que se consideró de más rápida aplicación y utilidad clínica manteniendo sus propiedades psicométricas originales. Por lo tanto, este instrumento es de gran utilidad para detectar en forma anticipada aquellas madres que tienen mayor riesgo de interrumpir prematuramente la lactancia, haciendo posible dirigir acciones de salud educativas y asistenciales, enfocadas a aumentar el grado de autoeficacia percibida y así incrementar el porcentaje de madres que decidan amamantar y que mantengan la lactancia en forma exclusiva hasta los 6 meses y luego complementada hasta los 12 meses de edad de sus hijos.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

3.1.1 Adaptar la Escala de Autoeficacia de Amamantamiento Formato Corto (BSES-SF) a la cultura local (Chilena).

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

3.2.1 Evaluar la estructura y coherencia del BSES-SF para el uso en población chilena mediante trabajo de grupo de expertos.

3.2.2 Ajustar la pertinencia de los ítems incluidos en la escala de autoeficacia de amamantamiento y la posible incorporación de nuevos ítems que contribuyan a la medición de la percepción de autoeficacia usando técnica de grupo focal.

3.2.3 Adaptar al lenguaje usado por las madres beneficiarias del sistema público de salud los ítems de la escala de autoeficacia de amamantamiento.

4. MATERIAL Y MÉTODO

4.1 Tipo de estudio

Estudio basado en metodología de grupos de expertos y grupos focales, para la adaptación transcultural de la Escala de Autoeficacia de Amamantamiento Formato Corto (BSES- SF) del español de Puerto Rico al español chileno.

La metodología de grupo focal es una modalidad de entrevista cualitativa que consiste en una discusión grupal, guiada por un moderador, en la cual los participantes comunican libremente sus ideas, sentimientos o experiencias sobre algún tópico. El objetivo de un grupo focal es recolectar datos de interés para el investigador, encontrando una variedad de opiniones de personas a través de varios grupos. El investigador compara y contrasta los datos de los diferentes grupos. Para esto es necesario al menos 3 grupos. Esto difiere de otros grupos de interacción donde el objetivo es conseguir alguna conclusión al final de la discusión alcanzada por consenso proveyendo recomendaciones o tomando decisiones entre alternativas. El grupo focal presenta un ambiente más natural que una entrevista individual dado que el participante influencia y es influenciado por otros tal como en la vida real (Krueger y Case, 2009).

El grupo focal funciona cuando los participantes se sienten confortables, libres y respetados para dar su opinión sin ser juzgados. Lo que se espera es conocer lo que las personas realmente piensan y sienten. En el grupo focal el investigador puede tomar varias funciones: moderador, oyente, observador y eventualmente analista. La justificación para su utilización se basa en que un grupo focal es una representación colectiva a nivel micro de lo que sucede en una comunidad determinada. La información recogida de los grupos focales fue utilizada para la adaptación transcultural de la BSES-SF.

La adaptación transcultural de un instrumento implica ajustarlo al lenguaje donde será aplicado de manera de facilitar su comprensión. El objetivo es lograr la equivalencia semántica, para ello se recoge información de los grupos focales y se trabaja sobre las denotaciones y connotaciones que las personas le otorgan a las palabras del instrumento en análisis, posteriormente se decide que modificaciones se realizaran y bajo que criterios.

4.2 Criterios de inclusión:

La población objetivo para la adaptación de la BSES correspondió a madres mayores de 15 años, beneficiarias del sistema público de salud, con hijos sanos menores de tres meses de edad.

Los criterios de exclusión fueron los siguientes:

- Discapacidad neurosensorial: correspondiendo a limitaciones del sistema auditivo, visual y neurológico que no permitan contestar las preguntas adecuadamente.
- Déficit cognitivo: definido como la incapacidad para comprender adecuadamente los ítems de la escala.
- Patología psiquiátrica diagnosticada: cualquier patología psiquiátrica diagnosticada (psicosis, esquizofrenia etc.), excluyendo pacientes con depresión.

El procedimiento de selección de participantes fue a través de los listados de control de puérperas del Consultorio Externo Valdivia el cual se realiza entre el día 7 y 14 post parto, además de los listados de control con pediatra que se realizan entre los 28 y 50 días de edad del bebé. Se contactó a las madres en forma personal y/o telefónicamente para invitarlas a participar del estudio, aplicando el consentimiento informado (Anexo I) antes de comenzar cada grupo focal. Participaron 24 madres distribuidas en 4 grupos focales, conformados por 6, 7, 5 y 6 madres respectivamente. Los grupos focales tuvieron una duración media de 33 minutos, oscilando entre 24 y 41 minutos. Se transcribieron los discursos de los grupos focales y se seleccionaron los segmentos que generaron controversia.

4.3 Etapas del estudio.

La secuencia desarrollada durante el estudio se presenta en la Figura 1.

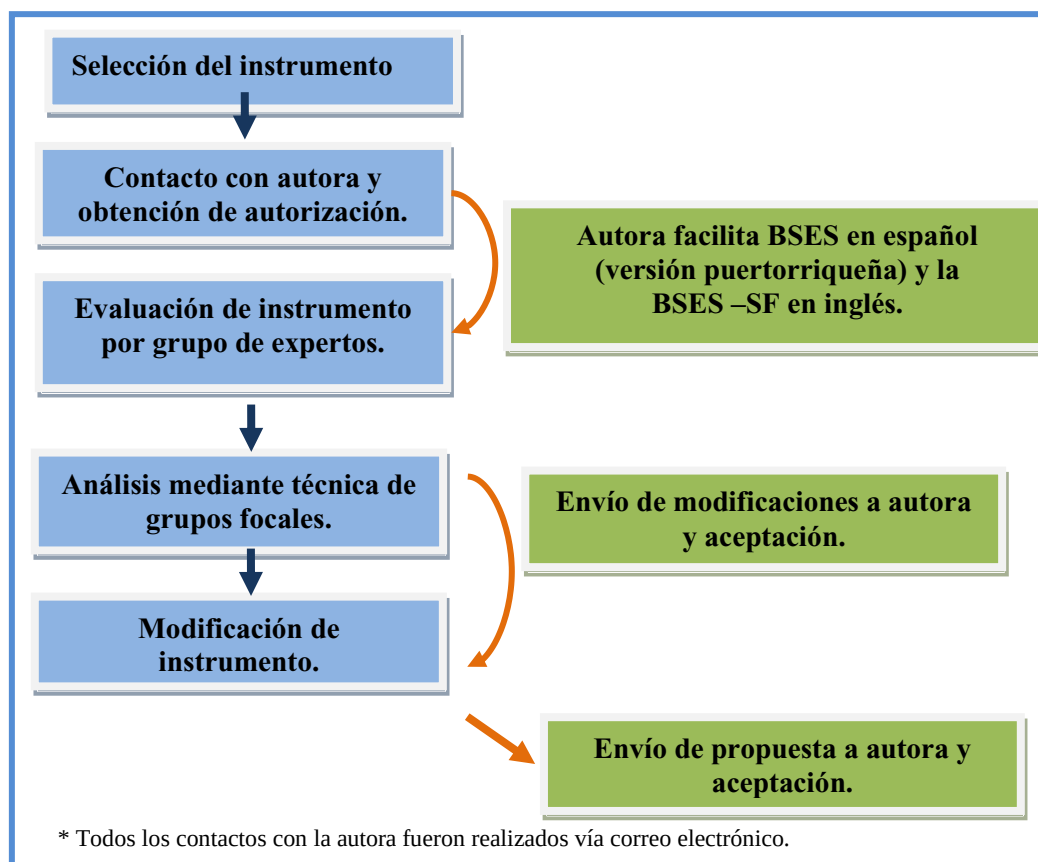


Figura 1. Etapas de desarrollo del estudio.

Fase 1.

Selección del instrumento.

En esta etapa se seleccionó la BSES original en inglés y se contactó con la autora Cindy-Lee Denis, PhD. (Profesora de Enfermería y Psiquiatría en la Universidad de Toronto, Lawrence S. Facultad Bloomberg de Enfermería), quien nos facilitó la BSES-SF en inglés y la BSES original en español (figuras 2 y 3).

Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form

For each of the following statements, please choose the answer that best describes how confident you are with breastfeeding your new baby. Please mark your answer by circling the number that is closest to how you feel. There is no right or wrong answer.

- 1 = not at all confident
- 2 = not very confident
- 3 = sometimes confident
- 4 = confident
- 5 = very confident

		Not at all Confident			Very Confident	
1	I can always determine that my baby is getting enough milk	1	2	3	4	5
2	I can always successfully cope with breastfeeding like I have with other challenging tasks	1	2	3	4	5
3	I can always breastfeed my baby without using formula as a supplement	1	2	3	4	5
4	I can always ensure that my baby is properly latched on for the whole feeding	1	2	3	4	5
5	I can always manage the breastfeeding situation to my satisfaction	1	2	3	4	5
6	I can always manage to breastfeed even if my baby is crying	1	2	3	4	5
7	I can always keep wanting to breastfeed	1	2	3	4	5
8	I can always comfortably breastfeed with my family members present	1	2	3	4	5
9	I can always be satisfied with my breastfeeding experience	1	2	3	4	5
10	I can always deal with the fact that breastfeeding can be time consuming	1	2	3	4	5
11	I can always finish feeding my baby on one breast before switching to the other breast	1	2	3	4	5
12	I can always continue to breastfeed my baby for every feeding	1	2	3	4	5
13	I can always manage to keep up with my baby's breastfeeding demands	1	2	3	4	5
14	I can always tell when my baby is finished breastfeeding	1	2	3	4	5

Figura 2. Escala BSES-SF original en inglés.

Escala de Auto-Eficacia para Lactancia.

Para cada una de las siguientes frases, favor escoger la respuesta que mejor describe cuán segura te sientes lactando a tu bebé. Favor marcar tu contestación haciéndole un círculo al número que mejor describe cómo te sientes. No hay contestaciones correctas o incorrectas.

- 1 = Nada segura
 2 = No muy segura
 3 = Mitad del tiempo segura
 4 = Bastante segura
 5 = Siempre segura

		Nada Segura				Siempre Segura
1	<i>Cuán segura te sientes de siempre poder determinar si tu bebé esta tomando suficiente leche del pecho</i>	1	2	3	4	5
2	<i>Cuán segura te sientes de siempre poder enfrentar con éxito el amamantamiento según has enfrentado otros retos en tu vida</i>	1	2	3	4	5
3	<i>Cuán segura te sientes de siempre poder lactar a tu bebé, sin tener que utilizar la leche artificial como suplemento</i>	1	2	3	4	5
4	<i>Cuán segura te sientes de siempre poder asegurar que tu bebé esta obteniendo un agarre apropiado al pecho a través de toda la alimentación</i>	1	2	3	4	5
5	<i>Cuán segura te sientes de siempre poder manejar la situación del amamantamiento a tu satisfacción</i>	1	2	3	4	5
6	<i>Cuán segura te sientes de siempre poder calmar a tu bebé cuando esta llorando para poder amamantarlo</i>	1	2	3	4	5
7	<i>Cuán segura te sientes de siempre poder mantener el deseo de lactar</i>	1	2	3	4	5
8	<i>Cuán segura te sientes de siempre poder amamantar cómodamente con los miembros de tu familia presentes</i>	1	2	3	4	5
9	<i>Cuán segura te sientes de siempre poder sentirte satisfecha con tu experiencia de amamantar</i>	1	2	3	4	5
10	<i>Cuán segura te sientes de siempre poder aceptar el hecho de que temporariamente el amamantamiento limita tu tiempo</i>	1	2	3	4	5
11	<i>Cuán segura te sientes de siempre poder terminar de amamantar a tu bebé en un pecho, antes de cambiar al otro pecho</i>	1	2	3	4	5
12	<i>Cuán segura te sientes de siempre poder alimentar a tu bebé cuando este lo pida</i>	1	2	3	4	5
13	<i>Cuán segura te sientes de siempre poder satisfacer las demandas de amamantamiento de tu bebé</i>	1	2	3	4	5
14	<i>Cuán segura te sientes de siempre poder reconocer cuando tu bebé ha terminado de lactar</i>	1	2	3	4	5

Figura 3. Selección de las 14 preguntas en español puertorriqueño (formato corto).

Fase 2.

Revisión del instrumento BSES-SF por expertos en el área de la LM y Teoría de Autoeficacia.

Específicamente participaron de esta etapa 7 profesionales:

- 1 Médico Neonatólogo experta en LM.
- 1 Nutricionista del área de lactario.
- 1 Matrona clínica del área de puericultura abocada al ámbito de la LM.
- 1 Psicóloga experta en tema de autoeficacia.
- 1 Enfermera, PhD. Experta en la teoría de autoeficacia.
- 1 Enfermero, MSc. Epidemiología Clínica, Investigador en LM.
- 1 Médico, MSc. Salud Basada en Evidencia, experto en validación de Escalas.

Fase 3.

Modificaciones del instrumento en base a opiniones de expertos.

Fase 4

Realización de Grupos Focales.

Fase 5

Estructuración final del instrumento en base a información obtenida en grupos focales.

Aplicando los criterios de modificación siguientes:

- Cuando la incomprensión de un ítem se repite en tres o más grupos focales.
- Cuando se sugiere la sustitución de una palabra por uno de sus sinónimos, sin modificar este último el sentido de la pregunta.
- Cuando se sugiere la incorporación de una palabra que no altera la idea principal de la pregunta, sino más bien la complementa.

5. RESULTADOS

Luego del trabajo de grupo de expertos, se llegó a la conclusión de que la escala es aplicable al contexto local, y se recomendó mantener la estructura y número de ítems. Inicialmente se excluyó el encabezado de cada pregunta “*cuán segura te sientes*” especificándolo en el área de instructivo del instrumento.

Si bien algunos recomendaron fusionar los ítems 12 y 13 ya que se orientaban aparentemente a un mismo fenómeno, luego de contactar y analizar la propuesta junto a la autora se consideró apropiado mantenerlos.

Fue propuesta y aceptada la modificación de los valores de la escala de respuesta (enunciados) de los ítems, para disminuir los sesgos de respuesta durante la validación posterior, tal como lo muestra la Figura 4.

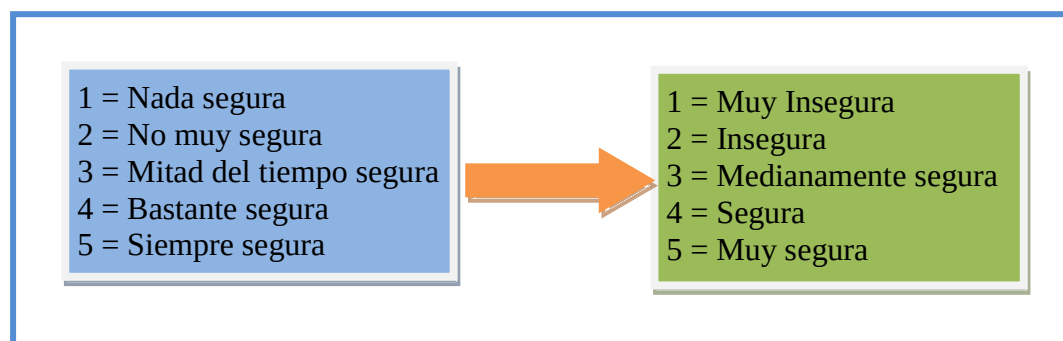


Figura 4. Modificación por expertos a enunciados de escala likert.

Una vez, aceptada la modificación por parte de la autora, se procedió a programar y ejecutar los grupos focales. Las características de las 24 madres participantes se muestran en la Tabla 2, destacando una edad promedio de 26,5 años (rango 17 – 41), y que mayoritariamente eran mujeres solteras con pareja (58%) de ocupación dueña de casa (62%). La mitad correspondieron a mujeres con hijos previos.

Tabla 2. Características generales de madres participantes en grupos focales (n=24).

Edad materna	Escolaridad	Ocupación	Estado civil	Número de hijos
41	Media completa	Operadora de maquinas	Casada	2
19	Media completa	Dueña casa	Soltera	1
36	Media completa	Supervisora	Soltera	1
24	Básica completa	Dueña casa	Soltera	2
29	Media completa	Dueña casa	Soltera	1
30	Media incompleta	Dueña casa	Soltera	2
19	Universitarios incompletos	Estudiante	Soltera	1
21	Técnicos completos	Estudiante y cajera	Soltera	1
21	Media completa	Dueña casa	Soltera	1
17	Media incompleta	Estudiante	Soltera	1
29	Media completa	Dueña casa	Soltera	2
32	Básica incompleta	Dueña casa	Casada	3
19	Media completa	Dueña casa	Soltera	1
32	Media completa	Dueña casa	Casada	2
31	Media completa	Dueña casa	Casada	2
23	Media completa	Dueña casa	Soltera	1
31	Técnicos completos	Técnico paramédico	Casada	1
20	Técnicos completos	Técnico en farmacia	Soltera	1
23	Media incompleta	Dueña casa	Casada	2
24	Técnicos incompletos	Vendedora	Casada	2
24	Media completa	Dueña casa	Casada	3
18	Media incompleta	Estudiante	Soltera	1
42	Básica incompleta	Dueña casa	Casada	5
31	Media completa	Dueña casa	Casada	2

Primer grupo focal:

Algunas madres consideraron que el ítem cuatro del cuestionario: “Puedo asegurar que mi hijo está apropiadamente agarrado a mi pecho mientras se alimenta”, genera cierto grado de confusión ya que la palabra “agarrado” se puede vincular a “*agarrar con la mano, no con la boca*”, por lo tanto no se ajustaría al contexto de la pregunta. De esta forma consideran que el término “apegado” sería más apropiado.

La pregunta cinco: “Puedo manejar a mi satisfacción la situación del amamantamiento”, causó más controversia, algunas madres no entendieron el término satisfacción en el contexto que se presenta, y sugirieron cambiar por “bienestar”. Además, algunas madres asociaron la pregunta al bienestar de su hijo y no al propio como se planteaba.

La pregunta seis “Puedo manejar el amamantamiento incluso si mi hijo está llorando” no fue inmediatamente comprendida, requiriendo explicación adicional. Algunas madres sugieren que se podría agregar el término “situación” para facilitar su comprensión, planteándola de la siguiente manera: “Puedo manejar la situación del amamantamiento incluso si mi hijo está llorando”.

Con respecto a la pregunta once: “Puedo terminar de amamantar a mi hijo de un pecho, antes de cambiar al otro” surgieron algunas interrogantes:

“...entiendo a lo que se refiere la pregunta, pero es como que deja en duda que si una tiene que responder algo, más que el anotar el insegura o no segura. Porque supuestamente cuando tu cambias de pecho tienes que botarle los flatitos primero...”
“...Como que falta información...”.

El ítem doce “Puedo amamantar a mi hijo cada vez que este lo necesite” consideraron que estaba incompleto *“deja en duda que si una tiene que responder algo, más que el anotar el insegura o no segura”*. Señalan que la expresión “cuando lo necesita” no establece plazos entre alimentación, por ejemplo, cada tantas horas o a libre demanda.

La pregunta trece “Puedo cumplir con las demandas de amamantamiento de mi hijo”, las usuarias consideran que el término “demandas” no es el más adecuado, lo consideran *frío*, con connotación *judicial*. Sugieren que la palabra *requerimientos* es más apropiada.

El grupo está de acuerdo con el orden de las preguntas y no eliminaría ninguna. Se planteó agregar una pregunta relacionada con la seguridad sobre sus propios conocimientos respecto a LM, específicamente sobre el tiempo que deben mantenerla.

Segundo grupo focal:

La única pregunta que generó controversia fue el ítem siete “Puedo mantener el deseo de amamantar”, algunas madres no la lograron comprender, sugirieron que al cambiar la palabra “deseo” por “disposición” sería más comprensible.

El orden de la escala les pareció adecuado. No agregarían ninguna pregunta, sin embargo, eliminarían el ítem dos por encontrarlo fuera de contexto.

Tercer grupo focal

La pregunta cinco “puedo manejar a mi satisfacción la situación del amamantamiento” no es comprendida cabalmente por las madres, surge la interrogante: *¿Se refiere a si es que estoy conforme?* Esta condición había sido manifestada en un grupo focal anterior, donde las madres sugerían sustituir la palabra satisfacción por bienestar, expresando que de esta manera el ítem sería más comprensible para ellas.

El ítem once “Puedo terminar de amamantar a mi hijo de un pecho, antes de cambiar al otro” no fue entendida por las madres, al preguntarles que interpretaban del ítem, expresaron no entender. Al explicar que la pregunta se refería a dar de amamantar de un pecho luego masajear la espalda del bebe y cambiarlo al otro pecho, afirman haber comprendido, como es evidente el único cambio considerable dentro de la explicación es la incorporación de la frase “masajear la espalda del bebe” la cuál había surgido dentro del primer grupo focal como una alternativa para facilitar la comprensión de la pregunta.

El ítem trece “Puedo cumplir con las demandas de amamantamiento de mi hijo” generó discusión, debido a que la palabra “demandas” por algunas madres no fue comprendida. Para las madres que si la comprendieron no les pareció la palabra más adecuada ya que la vinculan más al ámbito legal.

Cuarto grupo focal.

En este grupo, generó dudas el ítem cinco, puedo manejar a mi satisfacción la situación del amamantamiento, algunas asociaron el término satisfacción con la oportunidad de poder establecer los horarios de amamantamiento “...controlar cuando le doy y cuando no...” “De que si yo quiero le doy pecho si no, no” “Que si quiero le doy, que manejo la hora”. Mientras otras lo relacionaron con la comodidad que puedan sentir durante el amamantamiento “Que si me siento cómoda” “Que si me sentía cómoda dándole pecho o no”. Sugieren que se introduzca el término “comodidad” en lugar de “satisfacción”, plantean distintas opciones: “Me siento cómoda dando de amamantar a mi hijo”, “Me puedo sentir cómoda al amamantar”, “Puedo dar pecho cómodamente”.

En general consideraron que las preguntas 12 y 13 eran similares. Los ítems 5 y 9, generaron controversia porque algunas madres opinaban que eran semejantes “Yo no las encuentro parecidas, porque una habla de la situación otra de la experiencia, entonces no es lo mismo considero yo, no sé” “Cambiaría las palabras para que sean distintas pero no las sacaría”.

Al preguntar sobre la incorporación de una nueva pregunta que ellas consideraran importante, una usuaria nos manifestó lo siguiente: *“Si una cree que la alimentación que una tiene es la adecuada, porque igual una tiene que alimentarse bien”*. Al preguntarle de que manera la plantearía, expresó: *Puedo asegurar que mi alimentación es adecuada para mi hijo, para seguir amantando seis meses, que es lo ideal*, las demás participantes del grupo estuvieron de acuerdo con este nuevo ítem sugerido.

5.1 ESTRUCTURACIÓN DEL INSTRUMENTO DEFINITIVO.

La conformación del instrumento definitivo, se basó en los criterios previamente establecidos en la sección de métodos. Siete preguntas suscitaron alguna dificultad en la comprensión en el trabajo con grupos focales, es decir, un cincuenta por ciento. De éstas, tres generaron discusión en dos grupos focales, reafirmando la falta de comprensión de éstas por las madres.

En el primer grupo focal las madres consideraron que el ítem cuatro del cuestionario: “Puedo asegurar que mi hijo está apropiadamente agarrado a mi pecho mientras se alimenta”, es entendible pero que la palabra agarrado no es apropiada ya que según refirieron la asocian a “*agarrar con la mano, no con la boca*”, sugieren el término apegado como sustituto. Agarrar se define como *asir o coger fuertemente con la mano o de cualquier modo* mientras que apegado se define como *afecto, cariño o estimación hacia una persona o cosa*, la sustitución cambiaría el concepto de la pregunta, por lo tanto no se hizo ninguna modificación al ítem.

La pregunta cinco “puedo manejar a mi satisfacción la situación del amamantamiento” no fue totalmente comprendida en cuatro grupos focales, la palabra satisfacción generó confusión. La sugerencia fue cambiar la palabra satisfacción por bienestar, conformidad o comodidad. Considerando que satisfacción se define como *acción y efecto de satisfacer*, y satisfacer se define como *cumplir o lograr un deseo*, la palabra bienestar se ajustaría al contexto, ya que su significado es *el estado o situación de satisfacción o felicidad*. Ambas palabras expresan un estado de placer, sin embargo, la palabra bienestar es mejor comprendida por las madres, debido tal vez a que es más utilizada en su lenguaje cotidiano. La palabra comodidad, si bien es cierto, tiene la connotación de bienestar o satisfacción, también significa pereza o resistencia al esfuerzo, por lo cual podría inducir a errores de interpretación. La palabra conformidad estaría fuera de contexto ya que se define como *tolerancia y resignación ante las circunstancias desgraciadas o difíciles* y no existe ningún sinónimo en común con la palabra satisfacción. Por lo tanto la pregunta cinco se podría plantear de la siguiente manera: “puedo manejar a mi bienestar la situación del amamantamiento”.

Frente a la pregunta seis “Puedo manejar el amamantamiento incluso si mi hijo está llorando”, las madres del primer grupo focal refirieron que la pregunta quedaría más clara si se agregara el término situación, debido a que en el momento exacto en el cual el bebé está llorando ellas no lo amamantan sino que lo calman, manejando la situación de la mejor forma posible para que el niño siga amamantando. Considerando que la incorporación de la palabra situación no altera la idea principal de la pregunta, sino más bien la complementa, permitiendo una mejor asimilación por parte de las madres, el ítem quedaría de la siguiente manera: “Puedo manejar la situación del amamantamiento incluso si mi hijo está llorando”.

El ítem siete “Puedo mantener el deseo de amamantar” no fue comprendido por las madres del segundo grupo focal, quienes sugirieron cambiar la palabra deseo por disposición. Deseo se define como *fuerte inclinación de la voluntad hacia el conocimiento, consecución y disfrute de algo*, mientras que disposición se define como *ordenación de algo de la forma conveniente para lograr un fin*, aunque ambas palabras involucran la obtención de algo, la primera difiere de la segunda por implicar voluntad y placer, por lo tanto la sustitución del término en cuestión modificaría la idea de la pregunta.

El ítem once “Puedo terminar de amamantar a mi hijo de un pecho, antes de cambiar al otro” es otra de las preguntas que ocasionó dudas, algunas madres expresaban la sensación de considerarla incompleta *“como que le falta información”*, otras simplemente no la entendieron. Como una alternativa para facilitar su entendimiento sugieren la incorporación de información relacionada con la conducta que se debe seguir después de amamantar en un pecho y antes de iniciar en el otro. Surge la frase *“botarle los flatitos”* como una opción para suplir la percibida falta de información, sin embargo, al agregar estas palabras se estaría cambiando la idea principal de la pregunta, la que apunta a la capacidad de vaciar un pecho antes de cambiar al otro y no a las conductas intermedias para el logro de tal objetivo. Por lo tanto, con el fin de evitar sesgos, se mantiene la pregunta original.

El ítem doce “Puedo amamantar a mi hijo cada vez que este lo necesite” causó controversia en el primer grupo focal, las madres expresaban que faltaba información que aclarar cuando el niño lo necesita, si es por horario o a libre demanda. Considerando que la escala se enfoca a un proceso evolutivo como es la lactancia a distinta edad, no podríamos hacer una modificación al respecto, se infiere que cada madre conoce la necesidad de leche de su hijo de acuerdo a las recomendaciones profesionales.

El ítem trece “Puedo cumplir con las demandas de amamantamiento de mi hijo” generó discusión en dos grupos focales, hubo madres que no entendieron el término *demandas* y otras a las que no les pareció apropiado en el contexto en el cual se presenta. Proponen la palabra requerimientos como sustituto. Considerando que demanda y requerimiento son sinónimos y que por lo tanto se pueden usar indistintamente para expresar lo mismo, se podría realizar la modificación. La pregunta se plantearía de la siguiente manera: “Puedo cumplir con los requerimientos de amamantamiento de mi hijo”.

5.2 INSTRUMENTO DEFINITIVO

ESCALA DE AUTOEFICACIA DE AMAMANTAMIENTO – FORMATO ABREVIADO.

Para cada una de las siguientes afirmaciones, elija la respuesta que mejor describe cuán segura se siente con respecto a manejar la lactancia de su nuevo hijo. Por favor, marque su respuesta haciendo un círculo en el número que esté más cerca de cómo se siente. No hay respuestas correctas o incorrectas.

1 = Muy Insegura
2 = Insegura
3 = Medianamente segura
4 = Segura
5 = Muy segura

		Muy Insegura					Muy segura.				
		1	2	3	4	5					
1	Puedo determinar que mi hijo está recibiendo suficiente leche de mi pecho.	1	2	3	4	5					
2	Puedo enfrentar con éxito el amamantamiento igual como he enfrentado otros desafíos en mi vida.	1	2	3	4	5					
3	Puedo darle pecho a mi hijo sin necesidad de utilizar fórmulas lácteas (relleno).	1	2	3	4	5					
4	Puedo asegurar que mi hijo esta apropiadamente agarrado a mi pecho mientras se alimenta.	1	2	3	4	5					
5	Puedo manejar a mi bienestar la situación del amamantamiento.	1	2	3	4	5					
6	Puedo manejar la situación del amamantamiento incluso si mi hijo está llorando.	1	2	3	4	5					
7	Puedo mantener el deseo de amamantar.	1	2	3	4	5					
8	Puedo dar pecho cómodamente cuando los miembros de mi familia están presentes.	1	2	3	4	5					
9	Puedo estar satisfecha con la experiencia de amamantar.	1	2	3	4	5					
10	Puedo enfrentar el hecho de que la lactancia materna me ocupará tiempo.	1	2	3	4	5					
11	Puedo terminar de amamantar a mi hijo de un pecho, antes de cambiarlo al otro pecho.	1	2	3	4	5					
12	Puedo amamantar a mi hijo cada vez que este lo necesite.	1	2	3	4	5					
13	Puedo cumplir con los requerimientos de amamantamiento de mi hijo.	1	2	3	4	5					
14	Puedo reconocer cuando mi hijo ha terminado de tomar pecho.	1	2	3	4	5					

6. DISCUSION

Considerando la importancia de la LM para el desarrollo humano y el impacto que esta tiene sobre la morbilidad y mortalidad de la población infantil mundial, esta investigación se considera relevante porque proveerá de una herramienta necesaria para identificar y medir un factor que incide en su práctica, con el propósito de crear y/o complementar iniciativas de intervención, oportunas y eficaces.

Este trabajo presenta el proceso de adaptación transcultural de un instrumento para su posterior validación.

Para esta adaptación se prefirió el uso de un instrumento ya validado en lugar de crear uno nuevo con el objetivo de ahorrar tiempo, además el utilizar un instrumento ya validado permitirá posteriormente realizar estudios comparativos entre diferentes culturas y poblaciones si se desea. También se consideró que el desarrollo de una nueva escala implica disponer de recursos técnicos y humanos altamente calificados y con experiencia en el área (Sánchez y Echeverry, 2004).

La adaptación cultural comprende dos fases: la Validación Lingüística, que incluye la traducción-retro-traducción y la evaluación de los aspectos conceptuales, semánticos y operativos y, la Validación Psicométrica que incluye la evaluación de la validez, la confiabilidad, y la sensibilidad al cambio del instrumento (Guyatt y Patrick, 2007).

La técnica de traducción-retro-traducción se utiliza cuando el instrumento de medida se encuentra en un idioma diferente al usado en la población objeto de estudio, es el primer paso de la validación, en esta etapa participan personas bilingües, con conocimientos en el idioma y la cultura original del instrumento y en el lugar de destino, además de conocimientos básicos sobre medición en salud. Es un proceso complejo, debido a que no es una traducción literal la que se busca, sino una que implique concordancia semántica y conceptual. El objetivo es obtener un instrumento que mida el mismo fenómeno con las adaptaciones necesarias determinadas por las diferencias culturales (Sánchez y Echeverry, 2004).

Una vez traducido el instrumento se realiza una prueba preliminar para ajuste, donde la versión traducida se aplica a un grupo de pacientes para determinar el grado de comprensión de los ítems y la utilidad de la escala.

En este estudio las pruebas preliminares para adaptación transcultural del cuestionario se llevaron a cabo a través de metodología de grupos focales con madres con características similares a la población a la cual será aplicado el instrumento definitivo. Se evaluó que el lenguaje fuera claro, que la redacción fuera adecuada, y que hubiera comprensión de las preguntas y de la escala de respuestas incluidas en el cuestionario.

Todo instrumento de medición en salud necesita ser validado. La validez o exactitud de una escala se refiere al “grado de confianza que podemos tener de que la medición corresponde a la realidad del fenómeno que se está midiendo” (Gómez y Sánchez, 1998). Existen diferentes tipos de evidencia de validez: de contenido, de criterio, de apariencia y de constructo.

La validez de contenido pretende que los dominios incluidos en el instrumento de medición representen adecuadamente el espectro de la entidad (Lamprea y Gómez-Restrepo, 2007). Esto quiere decir que los ítems de una escala cubran todos los dominios del fenómeno que se quiere medir.

La validez de criterio pretende que la escala funcione en forma similar a otros instrumentos. Se compara el instrumento con un patrón de oro, de manera concurrente y predictiva. La validez de criterio concurrente se determina mediante coeficientes de correlación como los de Pearson o de Spearman, dependiendo de las características de distribución de los datos (Lamprea y Gómez-Restrepo, 2007). La validez predictiva se establece mediante la concordancia entre los valores obtenidos de la medición de la posibilidad de que ocurra un evento y la aparición de este en el futuro.

La validez de apariencia se refiere a *“la capacidad de una escala de medir lo que realmente se quiere medir”*. Este tipo de validez depende de los juicios que hagan los expertos sobre la pertinencia de los ítems y también está determinada por la apreciación que tengan los sujetos que presentan alguna característica o fenómeno que será medido por medio de la escala. Por lo tanto, para determinar este tipo de validez se hace necesario conformar grupos de análisis del instrumento (Sánchez y Echeverry, 2004).

Durante la adaptación transcultural se evalúa la validez de apariencia, la que fue corroborada tanto en el grupo de expertos como en los grupos focales. Se evaluó la pertinencia de los ítems en los grupos mediante las siguientes preguntas:

1. ¿Reordenaría Ud. alguna pregunta de la escala, de acuerdo a sus conocimientos sobre los temas autoeficacia y lactancia?

2. ¿Reformularía Ud. alguna pregunta de la escala, de acuerdo a sus conocimientos sobre los temas autoeficacia y lactancia?
3. ¿Agregaría Ud. alguna pregunta nueva a la escala para evaluar la autoeficacia?
4. ¿Eliminaría Ud. alguna pregunta de la escala para evaluar la autoeficacia?

Las respuestas obtenidas nos dan una idea positiva sobre la aprobación que la escala tendrá en el medio donde será aplicada.

Partiendo de la base que el fenómeno que queremos medir se descompone en grupos de síntomas o manifestaciones que siempre están presentes (Factores o Dominios) necesitamos certificar la validez de constructo, la cual se define como: *“no dejar factores sin medir, ni medir dominios que no corresponden a la realidad”* (Sánchez y Echeverry, 2004).

La autoeficacia de amamantamiento es un fenómeno complejo; cuenta con dos subdimensiones o dominios; pensamientos intrapersonales y técnica. La primera se relaciona con las percepciones de las madres sobre sus capacidades intelectuales para llevar a cabo el proceso de amamantamiento y el segundo se refiere a las destrezas motoras necesarias para emprender y mantener la lactancia, ambos dominios están representados en la escala por diversos ítems.

Además de la validez se debe evaluar la confiabilidad del instrumento, la que según Rodríguez y Lopera (2002) es la “precisión del instrumento en mediciones sucesivas”. La confiabilidad se relaciona con la obtención de resultados similares bajo diferentes condiciones, dependientes del instrumento, del tiempo de aplicación y del clínico que realiza la medición. Según Sánchez y Echeverry (2004), se puede decir que la confiabilidad es una medición del error que puede generar un instrumento al ser inestable y aplicarse en diferentes condiciones.

Los tres requisitos para valorar la confiabilidad de las mediciones son:

Consistencia interna: Define el grado de concordancia entre dos variables que miden la misma característica general.

Consistencia test-retest: Es el grado de concordancia entre mediciones repetidas en una muestra de individuos. Debe seleccionarse muy cuidadosamente el intervalo de tiempo, ya que si es demasiado largo, la falta de concordancia entre los resultados puede deberse a variaciones que tengan un significado propio (no debidas al azar), mientras que si es muy corto es posible que no haya tiempo suficiente para que aparezcan las fluctuaciones debidas al azar.

Consistencia inter e intraobservador: La consistencia interobservador es la correlación entre los valores obtenidos por dos observadores o más, en una misma muestra de

individuos, mientras que la consistencia intraobservador es la correlación entre valores repetidos obtenidos por un mismo observador (Rodríguez y Lopera, 2002).

El siguiente paso es establecer la sensibilidad al cambio, la cual se define como la capacidad de la escala de detectar modificaciones de la realidad que se mide a través del tiempo (Sánchez y Echeverry, 2004). Para esto se realizan comparaciones, se puede evaluar una puntuación inicial con una posterior o comparar puntajes de un grupo que cambia con uno que permanece estable (Ordóñez, 2009).

Lo más importante para los investigadores es la comprensión de la escala por las madres, por ello el paso crucial de la validación es la adaptación transcultural, el cual puede involucrar: agregar, quitar o cambiar palabras, para darle sentido al ítem y que este mida lo que originalmente desea medir.

Por último se determina su utilidad, la que se relaciona con la aplicabilidad del instrumento, es decir, si la escala es práctica, económica, fácil de aplicar y de procesar.

7. CONCLUSIÓN

Durante este estudio de adaptación transcultural, se evaluó la validez de apariencia, la cual fue corroborada mediante metodología de grupo de expertos y grupos focales. Es la primera etapa y quizás la más larga y compleja de la validación de escalas de medición en salud.

Posteriormente, al validar la escala de autoeficacia de amamantamiento, podremos medir el grado de autoeficacia percibida en madres chilenas, factor que según múltiples investigaciones, es de gran importancia a la hora de tomar la decisión de amamantar y que también influye en su mantención. Considerando además que el grado de percepción de autoeficacia es un factor factible de modificar a través de intervenciones relativamente bajo costo, como educaciones, resulta una excelente estrategia de salud pública.

Mediante la validación propiamente tal de la escala se estará contribuyendo a la salud de la población, a la economía del país y al medio ambiente, ya que la lactancia natural provoca un impacto en todas estas esferas. A través de la validación estaremos integrando un instrumento de medición que ya ha sido utilizado en otros países con excelentes resultados. Muchas madres tendrán la oportunidad de conocer el significado de autoeficacia y como ésta influye en sus conductas relacionadas con el amamantamiento y tendrán la posibilidad de modificar sus acciones para el beneficio propio y de sus hijos.

Para enfermería la validación de la escala, sin duda, constituye un logro, ya que se contará con una herramienta de medición que podrá ser utilizada para complementar la valoración de las madres que amamantan y se podrá planificar cuidados de enfermería adecuados para mejorar y/o mantener la salud de los lactantes, las madres y la familia.

8. REFERENCIAS

- Amir L. y Donath, S. (2003). Does maternal smoking have a negative physiological effect on breastfeeding? The epidemiological evidence. *Breastfeeding review: professional publication of the Nursing Mothers' Association of Australia*, 11 (2), 19-29.
- Argimon, J. y Jiménez, J. (2004). Validación de cuestionarios. In: Argimon, J. & Jiménez, J. Métodos de investigación clínica epidemiológica. Tercera edición. Madrid: Elsevier España, S.A. pp. 196-206.
- Baker, J., Michaelsen, K., Sorensen, T. y Rasmussen, K. (2007). High pregnant body mass index is associated with early termination of full and any breastfeeding in Danish women. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 86, 404-411.
- Bandura. (2001). Guía para la construcción de escalas de autoeficacia. Revisado el 14 de septiembre, 2009. URL: <http://www.revistaevaluar.com.ar/effguideSpanish.htm>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Barría, R.M., Santander, G. y Victoriano, T. (2008). Factors Associated With Breastfeeding at 3 Months Postpartum in Valdivia, Chile. *Journal of Human Lactation*, 24, 439-445.
- Celina, H. y Campo-Arias, A. (2005). Aproximación al Uso del Coeficiente Alfa de Cronbach. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34, 572-580.
- Centers for Disease Control. (2009). Final Exclusive Breastfeeding Rates by Socio-demographic Factors, Among Children Born in 2004 whose caregivers were interviewed after 2005. Revisado el 20 de agosto, 2009. URL: http://www.cdc.gov/breastfeeding/data/NIS_data/2004/socio-demographic.htm
- Centers for Disease Control. (2006). Breastfeeding Among U.S. Children Born 1999—2006, CDC National Immunization Survey. Revisado el 18 de agosto, 2009. URL: http://www.cdc.gov/breastfeeding/data/NIS_data/index.htm
- Chiaffarino, F., Pelucchi, C., Negri, E., Parazzini, F., Franceschi, S., Talamini, R. et al. (2005). Breastfeeding and the risk of epithelial ovarian cancer in an Italian population. *Gynecologic Oncology*, 98(2), 304-8.
- Coulibaly, R., Seguin, L., Zunzunegui, M. y Gauvin, L. (2006). Links Between Maternal Breast-Feeding Duration and Québec Infants' Health: A Population-Based Study. Are the Effects Different for Poor Children? *Maternal and Child Health Journal*, 10, 537-543.
- Dennis, C. (2003). The breastfeeding self-efficacy scale: Psychometric assessment of the short form. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 32, 734-744.

Dennis, C. y Faux, S. (1999). Development and Psychometric Testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. *Nursing & Health*, 22,399-409.

Dennis, C. (1999). Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: a self-efficacy framework. *Journal of Human Lactation*,15,195-201

Di Napoli, A., Di Lallo, D., Pezzotti, P., Forastiere, F. y Porta, D. (2006). Effects of parental smoking and level of education on initiation and duration of breastfeeding. *Acta Paediatrica*, 95(6), 678-85.

Dubois, L. y Girard, M. (2003). Social inequalities in infant feeding during the first year of life. The Longitudinal Study of Child Development in Quebec. *Public Health Nutrition*, 6(8), 773-83.

Frota, D. y Marcopito, L. (2004). Breastfeeding among teenage and adult mothers in Brazil. *Revista de Saúde Pública* ,38(1),85-92.

Gómez, C. y Ospina, M.B. (2004). Desarrollo de cuestionarios, adaptación y validación de escalas. En: Ruiz, A., Morillo,L. (Eds.). Epidemiología Clínica: investigación clínica aplicada. Bogotá: Editorial Médica Internacional. Pp. 163-180.

Gómez, C. y Sánchez,R.(1998). Conceptos básicos sobre validación de escalas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 27, 121-30.

González, I. y Pileta, B. (2002). Lactancia Materna. *Revista Cubana de Enfermería*, 18 (1), 15-22.

Gonzalez, K., Meinzen-Derr, J., Burke, B., Hibler, A., Kavinsky, B. y Hess, S. (2008). Evaluation of a lactation support service in a children's hospital neonatal intensive care unit. *Journal of Human Lactation*, 19 (3), 286-292.

Grembowski, D., Patrick, D., Diehr, P., Durham, M., Beresford, S., Kay, E. et al. (1993). Self-efficacy and behavior among older adults. *Journal of Health and Social Behavior*, 34, 89- 104.

Grijbovski, A., Yngve, A., Bygren, L. y Sjostrom, M. (2005).Socio-demographic determinants of initiation and duration of breastfeeding in northwest Russia. *Acta Paediatrica*, 94(5), 588-94.

Guyatt,G. y Patrick,D. (2007). Evaluation of translation and cultural adaptation in global clinical trials included in Cochrane reviews. *XV Cochrane Colloquium Sao Paulo Brazil*.Oct 23-27.

Heck, K., Braveman, P., Cubbin, C., Chavez, G. y Kiely, J. (2006).Socioeconomic status and breastfeeding initiation among California mothers. *Public Health Reports*, 121(1), 51-9.

Hill, P. y Humenick, S. (1989). Insufficient milk supply. *Journal of Nursing Scholarship*, 21(3), 145-148.

Klein-Hessling, J., Lohaus, A. y Ball, J. (2005). Psychological predictors of health-related behaviour in children. *Psychology, Health & Medicine*, 10 (1), 31-43.

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

Krueger, R. y Case, M.A. (2009). Overview of Focus Group. In: Krueger,R. & Casey,M.A. Focus Group: a practical guide for applied research. 4th Edition. Thousand Oaks, California: SAGE Publication Inc. pp. 1-15

Lamprea, J. y Gómez-Restrepo,C. (2007). Metodología de investigación y lectura crítica de estudios: Validez en la evaluación de escalas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. vol. XXXVI / No. 2.

McDowel, I. (2006). Measuring Health: a guide of rating scales and questionnaires, Third Edition. Oxford University Press;.

Martín, M. (2004). Diseño y validación de cuestionarios. *Matronas Profesión*, 5 (17), 23-29.

Ministerio de Salud. (2005). Informe de Lactancia Materna en Chile. Revisado el 18 agosto, 2009. URL: http://www.minsal.cl/ici/lactancia/informe_lactancia_oct_2005.pdf

Molina, M., Dávila, R. Parrilla, A. y Dennis, C. (2002). Translation and Validation of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale into Spanish: Data From a Puerto Rican Population. *Journal of Human Lactation*, 19(1), 35-42.

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

Noel-Weiss, J., Rupp, A., Cragg, B., Bassett, V. y Woodend, D. (2006). Randomized Controlled Trial to Determine Effects of Prenatal Breastfeeding Workshop on Maternal Breastfeeding Self-Efficacy and Breastfeeding Duration. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 35(5), 616-624.

Noy, S., Guzmán, P. y Masalan, P. (1998). Lactancia materna: Impacto de la consulta de apoyo a la madre que trabaja. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 6 (3), 61-70.

Oddy, W., Sly, P., de Klerk, N., Landau, L., Kendall, G., Holt, P. et al. (2003). Breast feeding and respiratory morbidity in infancy: a birth cohort study. *Archives of Disease in Childhood*, 88(3), 224-8.

Olivari, C. y Urra, E. (2007). Autoeficacia y Conductas de Salud. *Ciencia y Enfermería*. 13(1), 9-15.

Organización Mundial de la Salud. (2009). Lactancia materna. Revisado el 19 de agosto, 2009. URL:
http://www.who.int/child_adolescent_health/topics/prevention_care/child/nutrition/breastfeeding/es/index.html

Ordoñez, C. (2009). Validación lingüística y psicométrica (adaptación cultural) del cuestionario dermatológico de calidad de vida en niños, en pacientes con dermatitis atópica. (*Tesis de Maestría*).

Pinto, F. (2007). Apego y lactancia natural. *Revista chilena de pediatría*, 78, 96-102.

Prendes, M., Vivanco del Río, M., Gutiérrez, R. y Guibert, W. (1999). Factores maternos asociados a la duración de la lactancia materna en Santos Suárez. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(4):397-402.

Rodríguez, M. y Lopera, J. (2002). Conceptos Básicos de Validación de Escalas en Salud Mental. *Revista CES MEDICINA Volumen 16 No.3* Octubre – Diciembre.

Sakroida, T. (2007). Modelo de Promoción de la Salud. En Marriner, A. y Raile, M.A. Sexta edición, Barcelona, El Sevier, España, 452-471.

Santos, V. y Bárcia, S. (2009). Contributo para a adaptação transcultural e validação da «Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form» – versão portuguesa. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 2009; 25:363-9.

Scott, J., Binns, C., Oddy, W. y Graham, K. (2006). Predictors of breastfeeding duration: evidence from a cohort study. *Pediatrics*, 117(4), 646-655.

Segura, S., Dewey, K. y Perez, R. (1994). Factors associated with perceived insufficient milk in a low-income urban population in Mexico. *Journal Nutrition*, 124, 202-212.

Simard, I., O'Brien, H., Beaudoin, A., Turcotte, D., Damant, D., Ferland, S., et al. (2005). Factors influencing the initiation and duration of breastfeeding among low-income women followed

by the Canada prenatal nutrition program in 4 regions of Quebec. *Journal of Human Lactation*, 21, 327-337.

Streiner, D. y Norman, G.R. (2003). *Health Measurements Scales: A practical guide to their development and use*. Third Edition. Oxford University Press.

Thulier, D. y Mercer, J. (2009). Variables Associated With Breastfeeding Duration. *Journal of Obstetric, Gynecological and Neonatal Nursing*, 38, 259-268.

Tryggvadottir, L., Tulinius, H., Eyfjord, J. y Sigurvinsson, T. (2001). Breastfeeding and reduced risk of breast cancer in an Icelandic cohort study. *American Journal of Epidemiology*, 154(1), 37-42.

UNICEF. (2005). Beneficios de Lactancia Materna. Revisado el 16 agosto, 2009. URL: <http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod01/Mod%201Beneficios%20de%20la%20lactancia%20Para%20el%20publico%20nov%202005.pdf>

UNICEF. (2008). *Estado Mundial de la Infancia 2009*. Nueva York: UNICEF.

ANEXO I

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Validación de Escala de amamantamiento en pacientes de Atención Primaria de Salud: un estudio multicéntrico.

Yo:
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS DE LA PERSONA)

DECLARO:
QUE DOÑA: BEATRIZ GODDARD HERNÁNDEZ.

Me ha extendido una invitación para participar en un estudio que se está realizando en tres ciudades del país. La colaboración consiste en participar en una reunión sobre la autoeficacia de amamantamiento en las personas que se atienden en la Atención Primaria. Comprendo que he sido elegido(a) al azar para participar en la investigación. Se me ha explicado que independientemente que mi decisión sea de Aceptar o Rechazar participar, la atención que se me brinda a mí y a mi familia no cambiará.

Si acepto participar se me ha asegurado que la información que se obtenga se analizará en forma anónima y grupal y que a los datos no tendrán acceso otras personas que no sean los investigadores. Se me ha explicado también, que al participar estoy aceptando que los datos del estudio sean publicados pero manteniendo las condiciones que aquí se señalan.

En base a la información que se me ha proporcionado:

ACEPTO PARTICIPAR.....

RECHAZO PARTICIPAR.....

Firma Profesional

Firma Usuaría

Fecha.....