



OBNJ  
Online Brazilian Journal of Nursing

Español

Universidade Federal Fluminense



uff

Artículos Originales

ESCUELA DE ENFERMERÍA  
AURORA DE AFONSO COSTA



## Influencia de las condiciones sociodemográficas y comportamentales en la autoeficacia en amamantar: estudio transversal

Andressa Peripolli Rodrigues<sup>1</sup>, Stela Maris de Mello Padoin<sup>2</sup>, Cristiane Cardoso de Paula<sup>2</sup>, Ívis Emília de Oliveira Souza<sup>3</sup>, Paulo César de Almeida<sup>1</sup>, Lorena Barbosa Ximenes<sup>1</sup>

*1 Universidade Federal do Ceará*

*2 Universidade Federal de Santa Maria*

*3 Universidade Federal do Rio de Janeiro*

### RESUMEN

**Objetivo:** analizar los factores de riesgos sociodemográficos y comportamentales de púerperas en la autoeficacia en amamantar. **Método:** estudio transversal, realizado con 322 púerperas internadas en el alojamiento conjunto, utilizando la Escala de Autoeficacia en Amamantamiento (BSES-SF). Se evaluó la consistencia interna por el *Alfa de Cronbach* (0,89). La asociación de la autoeficacia con las demás variables fue realizada por medio del teste chi-cuadrado. Se hizo la regresión logística entrando en el modelo de las variables con  $p < 0,20$ . **Resultados:** hubo asociación estadísticamente significativa de la autoeficacia con el número de personas que viven con la renta familiar ( $p=0,014$ ), no usan drogas ( $p=0,003$ ), tienen dos o más hijos ( $p=0,009$ ), amamantan ( $p=0,018$ ) exclusivamente de cinco a seis meses ( $p=0,002$ ) y han tenido experiencia positiva ( $p < 0,001$ ). **Conclusión:** Los profesionales deben considerar la autoeficacia en su contexto profesional, pues ella establece interacciones con las características de las púerperas, influenciando significativamente en el amamantamiento.

**Descriptor:** Autoeficacia; Lactancia Materna; Alojamiento Conjunto; Período Posparto.

## INTRODUCCIÓN

En Brasil, estrategias de promoción a la lactancia materna (LM) vienen siendo implementadas en el ámbito del Sistema Único de Salud desde la década de 1980, con vistas al aumento de la prevalencia de esa práctica. Paralelo a eso, hay un esfuerzo conjunto de monitorización de la prevalencia y de indicadores de LM en las capitales brasileiras y en el Distrito Federal, permitiendo un análisis de su evolución<sup>(1)</sup>.

Con relación a la lactancia materna exclusiva (LME) en niños menores de seis meses, 23 capitales se encuentran en situación razonable (prevalencias entre 12 y 49%), y cuatro (Belém, Campo Grande, DF y Florianópolis) están en buena situación (entre 50 y 89%). Cuanto a la duración de la LM, la situación es considerada, en la mayoría dos casos, mala (mediana inferior a 17 meses) y apenas Macapá es clasificada como razonable (mediana entre 18 y 20 meses)<sup>(1)</sup>.

En otros países, la situación encontrada no está distante de Brasil, pues las tasas de LME en el mundo disminuyeron, verificándose la prevalencia de 38% en menores de seis meses. Ese porcentual se iguala al de países en desarrollo y llega bien próximo al de países menos desarrollados, que presentan prevalencia de 37%<sup>(2)</sup>.

Ante eso, los índices de LM, principalmente el exclusivo, aún son bajos, lo que puede ser explicado por algunos determinantes que interfieren en esa práctica, como la escolaridad materna, la efectividad de la licencia de maternidad, la aplicación de los programas y políticas que buscan la expansión del amamantamiento y el apoyo ejercido por los profesionales de salud y por la red social que envuelve esa mujer<sup>(1,3-5)</sup>.

Entre estos, se destaca también la autoeficacia materna en amamantar, que puede influenciar en el inicio y en la manutención de la LM. La autoeficacia indica la confianza poseer

conocimientos y habilidades suficientes para amamantar su bebe con éxito<sup>(6-7)</sup>.

La autoeficacia también determina el nivel de motivación, pues cuanto más fuerte la confianza en las capacidades personales, mayores y más largos serán los esfuerzos<sup>(8)</sup>. Así, una persona no se involucrará en una actividad y no adoptará objetivos con determinado fin a menos que crea ser capaz de desarrollarla con éxito.

En vista de eso, un estudio revela que durante el período prenatal, 27% de las mujeres con bajos niveles de confianza en el amamantamiento interrumpieron la LM en la primera semana después del parto. Aún, mujeres con bajo nivel de confianza en la LM tuvieron 3,1 veces más riesgo de interrumpir el amamantamiento que aquellas que tenían total confianza<sup>(7)</sup>.

Así, conocer la autoeficacia de las madres y sus características indicará evidencias en relación a las actitudes de las mujeres frente al amamantamiento, que podrán contribuir para el desarrollo de nuevas estrategias para la promoción de la LM y aumento de su prevalencia. De esa forma, se tiene como objetivo de este estudio analizar los factores de riesgos sociodemográficos y comportamentales de púerperas en la autoeficacia en amamantar.

## MÉTODOS

Investigación de abordaje cuantitativa y con delineamiento transversal, desarrollada en el alojamiento conjunto de un hospital universitario localizado en la región centro-oeste del Estado de Rio Grande del Sur. La muestra por conveniencia de 322 púerperas fue calculada con 5% de precisión, intervalo de confianza de 95%, nivel de significancia de 0,05 y error de muestra de 0,05; con base en el número de partos en la institución en 2011 (1.938 partos).

Los criterios de inclusión en el estudio fueron mujeres en el período puerperal inmediato

y después del período de seis horas del parto, con 12 años o más de edad<sup>(9)</sup> y acompañadas del recién nacido (RN) con buena vitalidad, capacidad de succión efectiva y control térmico. Los de exclusión fueron mujeres que presentaron complicaciones clínicas en el momento de la recolección de datos; complicaciones obstétricas en el período puerperal; puérperas con alguna dificultad de comprensión y expresión verbal; condición materna infecciosa que imposibilitara o contraindicara la LM; y puérperas internadas en el alojamiento conjunto con hijos internados en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal.

La recolección de los datos ocurrió de diciembre de 2011 a marzo de 2012. Las puérperas fueron seleccionadas a partir del archivo, de acuerdo con la demanda de internación en la unidad, y la recolección de las informaciones ocurrió por fuente primaria (directamente con las puérperas), en la propia cama o en sala reservada, conforme preferencia de la mujer.

Para tal, fue utilizado la *Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form* (BSES-SF), que es una escala del tipo *Likert*, con comprobada validez y confiabilidad (*Alfa de Cronbach* 0,74) y que presenta 14 ítems distribuidos en dos dominios: Técnico y Pensamientos Intrapersonales<sup>(10)</sup>. Esa escala ofrece cinco opciones de respuesta, de uno a cinco, respectivamente: no estoy de acuerdo totalmente, no estoy de acuerdo, a veces estoy de acuerdo, estoy de acuerdo y estoy de acuerdo totalmente; siendo que la puntuación total varía de 14 a 70 puntos, distribuidos de acuerdo con la sumatoria de cada ítem: autoeficacia baja (14 a 32 puntos), autoeficacia media (33 a 51 puntos) y autoeficacia alta (52 a 70 puntos)<sup>(7,11)</sup>.

Además de la escala, se utilizó un formulario para caracterizar el perfil sociodemográfico y comportamental de la muestra. Las variables *experiencia de amamantar anteriormente, cuanto tiempo amamantó exclusivamente y le gustó amamantar* se refieren a las

informaciones ofrecidas por las puérperas con relación al hijo anterior, independiente de la edad actual de él.

La consistencia interna de la BSES-SF fue evaluada por el coeficiente de consistencia interna *Alfa de Cronbach*, con valor obtenido de 0,89. Ese valor confirma la adecuación del instrumento a la población escogida, puede ser comparable a la versión original de 0,94<sup>(6)</sup> y superior a los valores obtenidos en Turquía (0,87)<sup>(12)</sup> y en la región nordeste de Brasil (0,74)<sup>(10)</sup>.

El análisis de las variables fue efectuada en el *software Statistical Package for Social Science* (SPSS, versión 20.0 licencia n° 10101131007) por medio del teste chi-cuadrado. Se calcularon los *Odds Ratio* (OR) e intervalos de confianza (IC 95%). Las variables que presentaron  $p < 0,20$  fueron incluidas en la regresión logística (método *enter*).

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Santa Maria (CAAE: 0323.0.243.000-11). Se garantizaron los aspectos éticos de las investigaciones que involucran seres humanos utilizando el Término de Consentimiento Libre e Informado y, en el caso de las puérperas adolescentes, el Término de Asentimiento Libre e Informado.

## RESULTADOS

La media de edad de las puérperas fue de 26,4 años (DP= + 6,70) y parte de ellas era soltera (66,1%). Cuanto a la escolaridad, 35,7% poseía baja escolaridad y media de renda mensual de 1,9 (DP= ± 0,49) salarios mínimos.

Además de eso, 67,1% no trabajaban; 66,5% eran multíparas y la mayoría (91,6%) tenía experiencia anterior de amamantamiento. En relación a la autoeficacia en amamantar, 261 puérperas (81,1%) tenían autoeficacia alta, mientras 61 (18,9%) presentaron media autoeficacia.

En la tabla 1, se puede observar que el grupo etario de 13 a 19 años es considerado un factor de riesgo para autoeficacia materna en amamantamiento.

Se constató asociación estadísticamente significativa del número de personas que viven con la renda (p=0,014) con la autoeficacia en amamantar, indicando que varias personas (cuatro o más) viven con la misma renda aumenta los chances de las púerperas presentar autoeficacia reducida.

De acuerdo con los datos comportamentales de las púerperas, hubo asociación esta-

dísticamente significativa de la autoeficacia en amamantar con haber tenido dos o más hijos (p=0,009), haber tenido experiencia anterior de amamantamiento (p=0,018) positiva (<0,001) y de cinco a seis meses de manera exclusiva (p=0,002). Además de eso, fue evidenciado que la mujer tener apenas un hijo más, no haber amamantado anteriormente o haberlo hecho por un período menor que cinco meses, y una experiencia anterior negativa en relación al amamantamiento aumentan los chances de ellas presentar una autoeficacia reducida, como puede ser visualizado en la tabla 2.

**Tabla 1** – Distribución del número de púerperas según la autoeficacia en amamantar y las variables sociodemográficas. Santa Maria, 2012.

Variables	Autoeficacia		OR	IC 95%	p*
	Media (n=61)	Alta (n=261)			
<b>Edad</b>					
20-34	37 (16,8%)	183 (83,2%)	1		
13-19	14 (25,9%)	40 (74,1%)	1,7	0,9 3,5	0,123
35-46	10 (20,8%)	38 (79,2%)	1,3	0,6 2,8	0,507
<b>Estado civil</b>					0,685
Casada/Unión estable	22 (20,2%)	87 (79,8%)	1		
Soltera	39 (18,3%)	174 (81,7%)	0,9	0,5 1,6	
<b>Escolaridad</b>					<b>0,699</b>
Educación Medio Completo a Pos-Graduación	21 (21,4%)	77 (78,6%)	1,4	0,7 2,7	0,361
Educación Fundamental Incompleta	19 (16,5%)	96 (83,5%)	1		
Educación Fundamental Completa a Educación Media Incompleta	21 (19,3%)	88 (80,7%)	1,2	0,6 2,4	0,592
<b>Renda (Salario Mínimo)</b>					
> 3	5 (18,5%)	22 (81,5%)	1,5	0,4 5,1	0,553
< 1	7 (13,5%)	45 (86,5%)	1		
01/mar	49 (20,2%)	194 (79,8%)	1,6	0,7 3,8	0,263
<b>Nº personas que viven c/a renda</b>					<b>0,014</b>
1 a 3 personas	48 (22,9%)	162 (77,1%)	1		
4 personas o más	13 (11,6%)	99 (88,4%)	2,3	1,2 4,4	
<b>Trabajo</b>					<b>0,744</b>
No	42 (19,4%)	174 (80,6%)	1		
Si	19 (17,9%)	87 (82,1%)	0,9	0,5 1,6	
<b>Fumador</b>					<b>0,294</b>
No	27 (16,7%)	135 (83,3%)	1		
Si	34 (21,2%)	126 (78,8%)	1,3	0,8 2,4	
<b>Uso de bebida alcohólica</b>					<b>0,61</b>
No	40 (19,8%)	162 (80,2%)	1		
Si	21 (17,5%)	99 (82,5%)	0,8	0,5 1,5	

\*p de P2;

Salario Mínimo R\$622,00 - Brasil, 2012.

Fuente: autoría propia

**Tabla 2** – Distribución del número de puérperas según la autoeficacia en amamantar y las variables comportamentales. Santa Maria, 2012.

Variables	Autoeficacia		OR	IC 95%		p[1]
	Media (n=61)	Alta (n=261)				
<b>Posee otros hijos</b>						<b>0,643</b>
Si	39 (18,2%)	175 (81,8%)	1			
No	22 (20,4%)	86 (79,6%)	1,1	0,6	2,1	
<b>Cuantos hijos anteriores</b>						<b>0,009</b>
Dos o más hijos	13 (11,6%)	99 (88,4%)	1			
Un hijo	26 (25,5%)	76 (74,5%)	2,6	1,2	5,4	
<b>Experiencia de amamantar</b>						<b>0,018</b>
Si	32 (16,3%)	164 (83,7%)	1			
No	7 (38,9%)	11 (61,1%)	3,3	1,2	9	
<b>Cuanto tiempo amamantó exclusivamente</b>						<b>0,002</b>
Cinco a seis meses	5 (5,6%)	85 (94,4%)	1			
Menos de cinco meses	11 (23,9%)	35 (76,1%)	5,3	1,7	16,5	
<b>Le gustó amamantar</b>						<b>&lt;0,001</b>
Si	26(13,8%)	162 (86,2%)	1			
No	6 (75,0%)	2 (25,%)	18,7	3,6	97,6	

\*p de P2

Fuente: autoría propia

## DISCUSIÓN

Se Verificó que las puérperas presentaron alta y media autoeficacia en amamantar, indicando que ellas se sienten confiadas en lactar el hijo. Las mujeres con elevada autoeficacia están más propensas a amamantar por lo menos por seis meses<sup>(13)</sup>, demostrando la influencia positiva que a autoeficacia puede ejercer en el mantenimiento de la LM. Así, la BSES-SF es un instrumento que puede ser usado clínicamente para identificar mujeres con riesgo de interrupción del amamantamiento prematuramente y que necesitan de alguna intervención con vistas a prevenir el desmame precoz<sup>(14)</sup>.

En relación a la edad de las puérperas que participaron del presente estudio, la razón de chances indicó que las mujeres con 20 años o más tenían más chances de presentar una elevada autoeficacia en amamantar que las más jóvenes. Ese dato es corroborado por otro estudio que constató esta asociación ( $p=0,006$ ), evidenciando una relación directamente pro-

porcional entre las variables estudiadas<sup>(11)</sup>, lo que puede indicar que ser madre en la adolescencia o inmediatamente después de esa fase puede ser considerado un factor de riesgo para la autoeficacia y, consecuentemente, para la interrupción de la LM.

Los resultados también indicaron que no hubo asociación significativa entre la renda *per cápita* y la autoeficacia en amamantar. Resultado igual al de estudios realizados en Inglaterra y en Brasil, que tampoco identificaron tal diferencia estadística<sup>(10,15-16)</sup>. Sin embargo, en Turquía se encontró diferencia estadísticamente significativa entre esas variables ( $p=0,001$ ), sugiriendo que madres de baja renda se encuentran vulnerables a resultados insatisfactorios en el amamantamiento debido a disminución de la autoeficacia<sup>(12)</sup>.

Además de la renda, no hubo asociación estadísticamente significativa entre trabajo de las puérperas con la autoeficacia en el amamantamiento, corroborando con otra investigación realizada en Brasil<sup>(11)</sup>. En Inglaterra, un estudio

Rodrigues AP, Padoin SMM, Paula CC, Souza IEO, Almeida PC, Ximenes LB. Influence of sociodemographic and behavioral conditions on self-efficacy inbreastfeeding: a cross-sectional study. Online braz j nurs [internet] 2015 Sept [cited year month day]; 14 (3):324-31. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5145>

indicó que el momento de retorno al trabajo puede estar relacionado con la duración del amamantamiento, una vez que ese hecho, al ocurrir en seis meses después del parto, aumentó el riesgo de desmame en comparación con aquellas que continuaron en casa<sup>(15)</sup>. Se destaca que no siempre la licencia de maternidad es de seis meses; en el caso de Brasil, instituciones públicas y privadas proporcionan este beneficio. Siendo así, la autoeficacia puede ser reducida antes incluso de ese período en las mujeres que no pueden disfrutar de este beneficio, pudiendo el desmame ocurrir muy precozmente.

El hecho de las puérperas tener dos hijos o más evidenció asociación estadística significativa con la autoeficacia, siendo que cuanto mayor el número de hijos, mayores son los chances de ellas presentar elevada autoeficacia en amamantar. Estudios realizados en España y en Reino Unido encontraron esa misma correlación positiva, pues mujeres con más hijos tuvieron escores más elevados en la escala que las primíparas<sup>(14,17)</sup>. De esa forma, la igualdad puede tener influencia en el amamantamiento de los hijos subsecuentes, principalmente cuando la experiencia anterior de LM fuera positiva<sup>(10)</sup>.

En el contexto de la autoeficacia, las personas absorben gran parte de su conocimiento de la experiencia directa que obtuvieron con los efectos de sus actos. Siendo así, la principal manera de desarrollar un fuerte sentido de autoeficacia es por medio de experiencias de maestría, o sea, los éxitos que el individuo alcanzó construyen una fuerte creencia en su autoeficacia y, de lo contrario, las fallas la disminuyen<sup>(8)</sup>. Por tanto, si una persona posee la creencia en su propia capacidad de superar los desafíos, existe una motivación para el esfuerzo y realización de acciones necesarias para superar los desafíos<sup>(18)</sup>.

Ese hecho converge con el resultado encontrado en el presente estudio, en que la experiencia anterior de haber amamantado

el hijo y haberlo hecho exclusivamente hasta el sexto mes demostró asociación estadística significativa con la autoeficacia. Resultados semejantes fueron encontrados en estudios en Turquía y en Inglaterra, en que ambos utilizaron la BSES-SF<sup>(12,15)</sup>.

Concordando con estos estudios, en España y en Portugal la puntuación de la BSES-SF para mujeres con experiencia anterior fue significativamente mayor que para mujeres que no presentaban tal práctica<sup>(17,19)</sup>, siendo que la experiencia con el amamantamiento demostró una tendencia para el fortalecimiento de la intención de continuar el amamantamiento por seis meses o más<sup>(13)</sup>.

En ese sentido, las puérperas tener hijos anteriores con una experiencia positiva de amamantamiento, que en el estudio se configuró por el hecho de a ellas gustarles haber amamantado, son elementos que favorecen una elevada autoeficacia. A partir de esa experiencia personal, se entiende que apenas conocer los comportamientos necesarios para obtener cierto resultado no es suficiente para promover este comportamiento; las personas también deben creer que son eficaces para desempeñarlos. Así, si el individuo cree que consigue realizar una acción, principalmente debido a las experiencias anteriores que él tuvo, quedará más tranquilo para ejecutarla e irá a sentirse más confiado<sup>(8)</sup>.

Con eso, a medida que las personas realizan determinadas acciones, ellas interpretan los resultados de sus actos y utilizan estas interpretaciones para desarrollar confianza sobre su capacidad de realizar la acción de manera subsecuente, actuando de acuerdo con la confianza creada<sup>(8)</sup>. De ese modo, se puede constatar en el presente estudio mayores chances de las puérperas presentar una elevada autoeficacia, pues además de los niveles de la BSES-SF, ellas demostraron experiencias y comportamientos realizados anteriormente que favorecieron ese resultado.

## CONCLUSIONES

El estudio evidenció una relación significativa de la autoeficacia materna con el número de personas que viven con la renda de la familia, no usan drogas, tienen dos o más hijos, amamantan exclusivamente de cinco a seis meses y esta experiencia ha sido positiva. De esa forma, es necesario que los profesionales consideren la autoeficacia en su contexto profesional, pues ella establece interacciones con las características de las puérperas, con o su conocimiento, con sus creencias y comportamientos de salud, influenciando significativamente en el amamantamiento.

Por más que la totalidad de las madres haya presentado media y autoeficacia alta en amamantar no significa que ellas no tendrán dificultades, siendo necesario que los profesionales de salud acompañen la mujer y su hijo durante todo el período de LM. Aún, se deben promover estrategias educativas centradas al LME y la reducción del desmame precoz, con vistas al empoderamiento de esas mujeres.

En relación a las variables comportamentales, es necesario que estas sean identificadas aún en el prenatal, una vez que pueden repercutir negativamente en el amamantamiento y en su autoeficacia. En ese sentido, se destaca oportuna la profundización de estas cuestiones y de las demás abordadas en el estudio, por medio de investigaciones longitudinales y con ampliación de la población para que se pueda indicar la influencia de determinadas características en la autoeficacia en amamantar.

## CITAS

1. Venâncio SI, Escuder MML, Saldiva SRDM, Giugliani ERJ. Breastfeeding practice in the Brazilian capital cities and the Federal District: current

- status and advances. *J Pediatr (Rio J)* [internet]. 2010 Aug [Cited 2014 Sep 28]; 86(4):317-24. Available from: <http://www.jped.com.br/conteudo/10-86-04-317/port.pdf>
2. United Nations Children's Fund (UNICEF). The state of the world's children: maternal and newborn health. 2009.
3. Martins EJ, Giugliani ERJ. Which women breastfed for 2 years or more? *J Pediatr (Rio J)* [internet]. 2012 [Cited 2014 Sep 28]; 88(1):67-73. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/jped/v88n1/en\\_a11v88n01.pdf](http://www.scielo.br/pdf/jped/v88n1/en_a11v88n01.pdf)
4. Silvestre PK, Carvalhaes MABL, Venâncio SI, Tone-te VLP, Parada CMGL. Breastfeeding knowledge and practice of health professionals in public health care services. *Rev Latino-am Enfermagem* [internet]. 2009 Nov-Dec [Cited 2014 Sep 28] 17(6):953-60. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n6/05.pdf>
5. Souza MHN, Souza IEO, Tocantins FR. The use of social network methodological framework in nursing care to breastfeeding women. *Rev Latino-am Enfermagem* [internet]. 2009 May-Jun [Cited 2014 Sep 30]; 17(3):354-60. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n3/12.pdf>
6. Dennis CL. The Breastfeeding Self-Efficacy Scale: Psychometric Assessment of the Short Form. *JOGNN*. 2003;32(6):734-744.
7. Oriá MOB, Ximenes LB. Tradução e adaptação cultural da Breastfeeding Self-Efficacy Scale para o português. *Acta Paul Enferm* [internet]. 2010 [Cited 2014 Sep 30]; 23(2):230-8. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n2/en\\_13.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n2/en_13.pdf)
8. Azzi RG. *Introdução à Teoria Social Cognitiva*. São Paulo: Caso do Psicólogo; 2014. 136 p.
9. Brasil. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. 12. ed. Brasília: Câmara dos Deputados; 2012. 241 p.
10. Dodt RCM, Ximenes LB, Almeida PC, Oriá MOB, Dennis CL. Psychometric and maternal sociodemographic assessment of the breastfeeding self-efficacy scale - short form in a Brazilian sample. *Journal of Nursing Education and Practice* [internet]. 2012 Aug [Cited 2014 Oct 01]; 2(3):66-73. Available from: <http://www.sciedu.ca/journal/index.php/jnep/article/view/627/553>
11. Tavares MC, Aires JS, Dodt RCM, Joventino ES, Oriá MOB, Ximenes LB. Application of Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form to post-

- partum women in rooming-in care: a descriptive study. Online Braz J Nurs (online) [internet]. 2010 [Cited 2014 Oct 02]; 9(1). Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2717/599>
12. Tokat MA, Okumuş H, Dennis CL. Translation and psychometric assessment of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form among pregnant and postpartum women in Turkey. Midwifery [internet]. 2010 [Cited 2014 Oct 02]; 26:101-8. Available from: [http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(08\)00043-0/pdf](http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(08)00043-0/pdf)
  13. Wilhelm S, Rodehorst-Weber TK, Stepan MBF, Hertzog M. The relationship between breastfeeding test weights and postpartum breastfeeding rates. J Hum Lact. 2010;26(2):168-174.
  14. Gregory A, Penrose K, Morrison C, Dennis CL, MacArthur C. Psychometric Properties of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form in an Ethnically Diverse U.K. Sample. Public Health Nursing. 2008;25(3):278-284.
  15. McCarter-Spaulding D, Gore R. Breastfeeding Self-Efficacy in Women of African Descent. JOG-NN. 2009;38(2):230-243.
  16. Zubaran C, Foresti K, Schumacher M, Thorell MR, Amoretti A, Müller L, et al. The Portuguese Version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale–Short Form. J Hum Lact 2010; 26(3):297-303.
  17. Coudray MLR, Osuna CL, Rayo MD, Martínez MR, Roig AO. Fiabilidad y validez de la versión española de una escala de autoeficacia en la lactancia materna. Matronas Prof [internet]. 2011 [Cited 2014 Oct 04]; 12(1):3-8. Available from: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/15845/173/fiabilidad-y-validez-de-la-version-espanola-de-una-escala-de-autoeficacia-en-la-lactancia-materna>
  18. Hurtado DSM, Nascimento LC. Autoeficacia y actitud hacia el consumo de drogas en la infancia: explorando los conceptos. Rev Latino-am Enfermagem [internet]. 2010 May-Jun [Cited 2014 Oct 05]; 18(spec):655-62. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18nspe/a24v18nspe.pdf>
  19. Santos V, Bácia S. Contributo para a adaptação transcultural e validação da Breastfeeding Self-EfficacyScale – Short Form – versão portuguesa. Rev Port Clin Geral [internet]. 2009 [Cited 2014 Oct 06]; 25:363-9. Available from: <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php?journal=rpmgf&page=article&op=view&path%5B%5D=10633&path%5B%5D=10369>
- 
- Todos los autores participaron de las fases de esa publicación en una o más etapas a continuación de acuerdo con las recomendaciones del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (a) participación substancial en la concepción o confección del manuscrito o de la recolecta, análisis o interpretación de los datos; (b) elaboración del trabajo o realización de la revisión crítica del contenido intelectual; (c) aprobación de la versión sometida. Todos los autores declaran para los debidos fines que es de su responsabilidad el contenido relacionado con todos los aspectos del manuscrito sometido al OBJN. Garantizan que las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del artículo fueron debidamente investigadas y resueltas. Eximiendo por lo tanto el OBJN de cualquier participación solidaria en eventuales procesos judiciales sobre la materia en aprecio. Todos los autores declaran que no poseen conflicto de intereses, de orden financiera o de relacionamiento, que inflencie la redacción y/o interpretación de los resultados. Esa declaración fue firmada digitalmente por todos los autores conforme recomendación del ICMJE cuyo modelo está disponible en [http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE\\_final\\_13-06-2013.pdf](http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf)
- 
- Recibido:** 03/02/2015  
**Revisado:** 31/08/2015  
**Aprobado:** 31/08/2015