

## ARTÍCULOS ORIGINALES

## Valores de referencia españoles para la versión reducida de la Escala de Autoeficacia para la Lactancia Materna BSES-SF

### *Spanish reference values for the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form BSES-SF*

T.D. Marco Alegría<sup>1</sup>, D. Martínez Martínez<sup>1</sup>, M.J. Muñoz Gómez<sup>1</sup>, I. Sayas Ortiz<sup>2</sup>, A. Oliver-Roig<sup>3</sup>, M. Richart-Martínez<sup>3</sup>

#### RESUMEN

**Fundamento.** Describir los valores de referencia para la versión española de la Escala de Autoeficacia para la Lactancia Materna en su versión reducida (BSES-SF), considerando las diferencias según la experiencia previa en lactancia y la paridad.

**Metodología.** Estudio transversal realizado en cinco hospitales de Alicante y uno de la Región de Murcia, con una muestra accidental de 949 mujeres que ofrecieron lactancia materna en el parto, sin problemas médicos, propios o del recién nacido, que dificultaran la lactancia. Se obtuvieron datos sociodemográficos, obstétricos y sobre autoeficacia materna para la lactancia mediante la escala BSES-SF. Se calcularon datos de tendencia central, dispersión y percentiles de las puntuaciones de la escala BSES-SF para generar valores de referencia para toda la muestra y según la paridad y experiencia previa.

**Resultados.** El nivel de autoeficacia fue significativamente menor ( $p < 0,001$ ) entre las mujeres primíparas (media =  $47,67 \pm 11,03$ ) o sin experiencia previa (media =  $47,30 \pm 11,18$ ) que entre las multiparas (media =  $52,87 \pm 10,66$ ) o con experiencia anterior (media =  $53,93 \pm 9,93$ ). La puntuación de los percentiles P25 y P75 de la escala BSES-SF fue, respectivamente, para toda la muestra de 42 y 59; para las mujeres sin hijos o sin experiencia previos de 39 y 56; para madres con hijos de 46 y 61; y para las madres con experiencia previa de 47 y 62.

**Conclusión.** Los percentiles específicos obtenidos, según la paridad o la experiencia previa, pueden considerarse como valores de referencia para comparar el nivel de autoeficacia de un caso dado, evaluar intervenciones educativas y planificar intervenciones de apoyo durante el parto.

**Palabras clave.** Lactancia Materna. Autoeficacia. Cuestionario. Valores de referencia.

#### ABSTRACT

**Background.** To describe the reference values for the Spanish version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form (BSES-SF), considering the differences according to parity and previous breastfeeding experience.

**Methods.** Cross-sectional study in five hospitals in Alicante and one in Murcia, Spain, in a convenience sample of 949 in-hospital breastfeeding women, with no medical problems in the mothers or newborns hindering breastfeeding. Data on sociodemographic and obstetric variables, and on breastfeeding self-efficacy, using the BSES-SF, were collected. Central tendency, dispersion and percentile data were calculated to generate reference values for the entire sample, and by parity and previous experience.

**Results.** The level of self-efficacy was significantly lower ( $p < 0.001$ ) among primiparous women (mean =  $47.67 \pm 11.03$ ) or those without previous experience (mean =  $47.30 \pm 11.18$ ) than among multiparas (mean =  $52.87 \pm 10.66$ ) or women with previous experience (mean =  $53.93 \pm 9.93$ ). The P25 and P75 percentiles for the BSES-SF were, respectively, 42 and 59 for the entire sample; 39 and 56 for women without children or without previous experience; 46 and 61 for mothers with children; and 47 and 62 for mothers with previous experience.

**Conclusions.** The specific percentiles obtained by parity or previous experience should be considered the reference values for comparing the level of self-efficacy of a given case, and for evaluating educational interventions and planning postpartum support interventions.

**Key words.** Breast feeding. Self efficacy. Questionnaire. Reference values.

*An. Sist. Sanit. Navar.* 2014; 37 (2): 203-211

1. Matronas Residentes de la XIII promoción de la Comunidad Valenciana. Hospital General de Elche.
2. Matrona Centro de Salud El Cabo, Alicante.
3. Departamento de Enfermería de la Universidad de Alicante.

Recepción: 4 de marzo de 2014

Aceptación provisional: 23 de abril de 2014

Aceptación definitiva: 5 de mayo de 2014

#### Correspondencia:

Antonio Oliver-Roig  
Universidad de Alicante  
Departamento de Enfermería  
Campus de Sant Vicent del Raspeig. Ap. 99  
03080 Alicante  
E-mail: Antonio.Oliver@ua.es

Este estudio recibió financiación del Ministerio de Ciencia e Innovación (nº de expediente P109/90899).

## INTRODUCCIÓN

La lactancia materna es la forma más natural y saludable de alimentación infantil durante los primeros años de vida. Considerando los beneficios para las madres y sus hijos a corto y largo plazo<sup>1</sup>, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la recomienda de forma exclusiva durante los seis primeros meses de vida y con alimentos complementarios adecuados hasta los dos años de edad o más<sup>2</sup>.

Durante el pasado siglo, las tasas de lactancia disminuyeron drásticamente en todo el mundo, especialmente en los países desarrollados. Actualmente en muchas regiones del mundo pocas mujeres amamantan de forma exclusiva durante los primeros meses posparto y muchas abandonan precozmente la lactancia materna, incluso en sociedades donde ésta sigue siendo la norma<sup>3,4</sup>. En España, el 53,1% de los niños no recibe ya leche materna a los seis meses de vida<sup>5</sup>. Debido a esta situación, la protección, promoción y apoyo a la lactancia es una prioridad de salud pública en Europa<sup>6</sup> y, en España, se insta al uso de prácticas eficientes para el apoyo a la lactancia en los estándares y recomendaciones del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud<sup>7</sup>.

El abandono prematuro de la lactancia se relaciona con factores que actúan conjuntamente a nivel individual, comunitario y socio-cultural<sup>8</sup>. Para mejorar las tasas poblacionales de lactancia son necesarias intervenciones desde los tres niveles<sup>9,10</sup>, como son las actividades educativas pre y posnatales, la mejora de la atención perinatal en el marco de la *Baby-Friendly Hospital Initiative* o el desarrollo de campañas de promoción de la lactancia sensibles con los cambios que implica amamantar a un niño en el estilo de vida de las mujeres.

En el nivel individual se han identificado diversos aspectos como la actitud y las expectativas de la madre sobre la lactancia o su falta de confianza para amamantar<sup>8</sup>, que pueden ser modificados mediante intervenciones educativas durante la gestación y el apoyo posparto. La falta de confianza materna para amamantar es un aspecto destacado por las propias madres cuando

hablan de su experiencia<sup>11</sup> y un importante predictor del abandono prematuro de la lactancia<sup>12,13</sup>, relacionado con la percepción materna de "leche insuficiente"<sup>14</sup>, la razón más citada por las mujeres para ofrecer suplementos de leche de fórmula o abandonar totalmente la lactancia materna<sup>8,15</sup>.

La confianza materna se puede definir a partir del concepto de autoeficacia, desarrollado por Albert Bandura en su teoría social-cognitiva<sup>16,17</sup>. La autoeficacia para la lactancia materna es la percepción de las madres sobre su capacidad para organizar y ejecutar las acciones necesarias para dar el pecho y está influenciada por la experiencia previa de la madre, el aprendizaje por observación, su estado fisiológico y afectivo y la persuasión verbal<sup>17</sup>.

La versión reducida de la Escala de Autoeficacia para la Lactancia Materna, *Breastfeeding Self-efficacy Scale-Short Form* (BSES-SF), es una medida válida y fiable de la autoeficacia materna para la lactancia<sup>17</sup> que ha sido adaptada con éxito en diversos contextos culturales<sup>13,18-23</sup>, incluyendo el español<sup>24</sup>. Esta escala es útil para identificar a madres con dificultades en la lactancia<sup>13</sup> y ha sido utilizada para la evaluación de intervenciones de apoyo<sup>25-27</sup>. Sin embargo, no existen datos normativos para las puntuaciones de la escala BSES-SF que permitan interpretar la posición individual de una madre que lacta respecto a su grupo de referencia. Estos valores permitirían identificar desviaciones en las puntuaciones individuales en relación con los datos esperados y establecer criterios de riesgo en el abandono de la lactancia materna. Además, facilitarían la comprensión de las diferencias entre grupos según una determinada característica y permitirían completar la validación transcultural, al comparar las puntuaciones de referencia procedentes de diferentes países, algo que hasta el momento no se ha llevado a cabo.

El presente estudio tiene como finalidad obtener valores de referencia para la versión española de la escala BSES-SF en una muestra de púerperas de diferentes hospitales en las provincias de Alicante y Murcia, considerando las diferencias según la paridad y la experiencia previa en lactancia materna.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se presentan datos transversales del nivel de autoeficacia para la lactancia materna en una muestra accidental de 964 puérperas en su segundo a quinto días postparto, que habían iniciado la lactancia. Los datos pertenecen a un estudio más amplio para determinar los factores relacionados con el abandono prematuro de la lactancia materna que se llevó a cabo en los hospitales General Universitario de Elche, General Universitario de Elda, Verge dels Lliris de Alcoy, Marina Alta de Denia y Clínica Vista Hermosa, en la provincia de Alicante, y en el hospital de Yecla en la Región de Murcia, entre octubre del año 2010 y noviembre del año 2011.

Se incluyó a mujeres mayores de 18 años que iniciaron la lactancia tras el parto y que podían hablar y leer español sin dificultad. Fueron excluidas las mujeres con edad gestacional el día del parto menor de 36 semanas, con partos múltiples o cuando existían problemas médicos que impedían o dificultaban seriamente la lactancia; propios, como la infección materna por el virus de la inmunodeficiencia humana o la cirugía mamaria previa; o del recién nacido, como un test de Apgar a los 5 minutos de vida menor de 6, la sepsis neonatal, el labio leporino, el paladar hendido, o el síndrome de Down.

### Escala BSES-SF

La BSES-SF es una escala unidimensional autocumplimentada de 14 ítems, presentados de forma positiva y precedidos de la frase "yo siempre puedo". Se puntúa mediante una escala tipo Likert de 1 a 5, donde 1 indica "nada segura" y 5 indica "muy segura". Mayores puntuaciones indican mayores niveles de autoeficacia para la lactancia materna. La fiabilidad de la versión española de la BSES-SF, medida mediante el Coeficiente Alfa de Cronbach, es de 0,92<sup>24</sup>. La versión española definitiva de la escala BSES-SF<sup>24</sup>, utilizada en el presente estudio, fue desarrollada tras una adaptación previa que presentaba limitaciones en algunos ítems<sup>28</sup>.

## Recogida de datos

La captación de las mujeres participantes se realizó durante las últimas visitas de control del embarazo en la consulta de Atención Primaria de la matrona o en la sección de Fisiopatología Fetal de los hospitales participantes, durante el 3º trimestre de la gestación. Mediante un cuestionario autocumplimentado se obtuvieron datos sobre la edad, el nivel de estudios, la situación laboral y el estado civil, además de la paridad y la experiencia anterior de lactancia.

Entre el segundo y el quinto días postparto, antes del alta hospitalaria, las participantes cumplimentaron la escala BSES-SF y un cuestionario sobre el tipo de lactancia materna ofrecido durante el ingreso (exclusiva: la madre ofrecía solo leche materna; predominante: ofrecía leche materna y líquidos diferentes de la leche artificial; parcial: ofrecía leche materna y leche artificial). También se obtuvieron datos sobre el tipo de parto de la historia clínica. La entrega del cuestionario y la obtención de datos al alta fueron llevadas a cabo en las plantas de maternidad de cada hospital, por un equipo de 2-3 matronas, enfermeras o enfermeras residentes de la especialidad obstétrico-ginecológica. Todas las colaboradoras del estudio disponían de la información necesaria para homogeneizar las condiciones de recogida de datos.

### Análisis de datos

Se realizó un análisis descriptivo de las variables del estudio mediante frecuencias y porcentajes para las variables discretas; y medias aritméticas, desviación estándar y percentiles para variables continuas. Además, se obtuvo la proporción de las mujeres con las puntuaciones de la escala BSES-SF máxima (efecto techo) y mínima (efecto suelo).

Para calcular la puntuación total de la escala BSES-SF cuando alguna de las participantes omitió uno o dos de los ítems se prorrateó la puntuación total calculando la media de los elementos contestados, multiplicando el resultado por 14 y redondean-

do ese producto al entero más próximo. Si se habían omitido más de dos ítems de la escala no se incluía el caso en el análisis.

Para calcular la diferencia de medias entre dos grupos se utilizó la prueba t de Student para muestras independientes. Todos los análisis fueron realizados con el programa estadístico SPSS para Windows, v.17.

### Aspectos éticos

El estudio obtuvo los permisos institucionales necesarios. Se obtuvo el consentimiento informado para todas las participantes. Se asignó una clave a cada

participante para su identificación en la base de datos, con el fin de minimizar el uso de los datos personales. Solo los miembros del equipo de investigación tuvieron acceso a los datos.

### RESULTADOS

De las 964 puérperas incluidas en el estudio, 906 (94%) respondieron a todos los ítems de la escala BSES-SF, 43 (4,5%) dejaron uno o dos ítems, 6 (0,6%) dejaron más de 2 ítems y 9 (0,9%) no cumplimentaron la escala. Así pues, para el proceso de elaboración de los baremos se ha utilizado una muestra de 949 casos (Fig. 1).

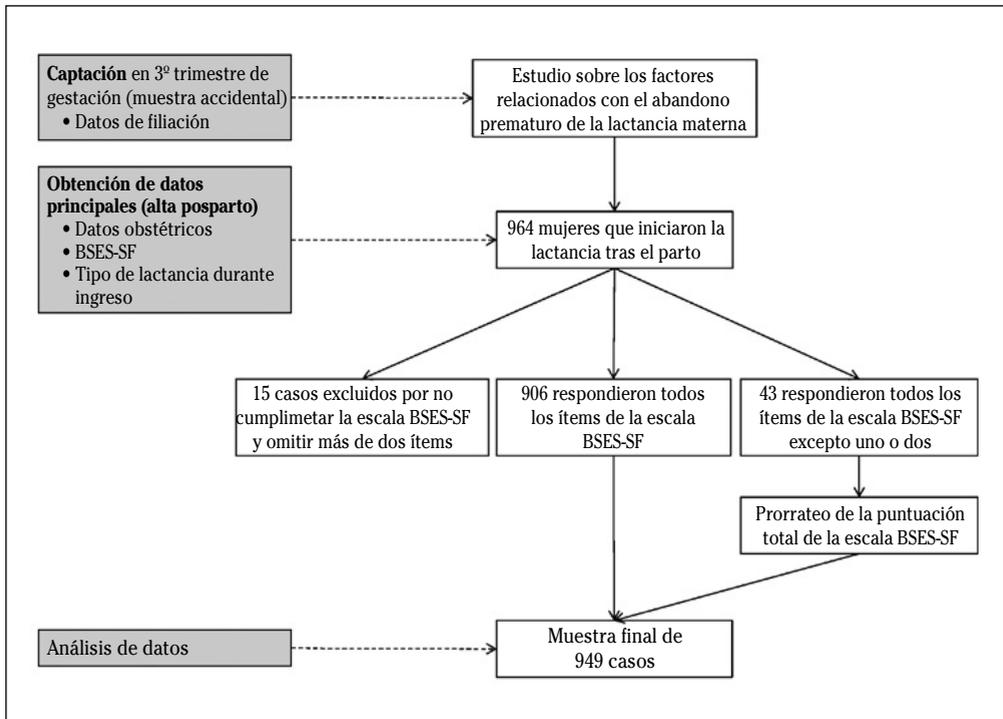


Figura 1. Esquema del estudio: Valores de referencia escala BSES-SF.

La edad media de las mujeres de la muestra fue de  $32,12 \pm 4,86$  años (Rango: 18-48). El 45,3% (n=437) tenían hijos anteriores y el 89,9% (n=393) de ellas habían

ofrecido lactancia materna anteriormente. Las características de la muestra se presentan en la tabla 1.

**Tabla 1.** Características de la muestra del estudio (n=964)

<b>Variables</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Nivel de estudios</b>		
Estudios Primarios o inferiores	457	47,4
Estudios Secundarios y Superiores	497	51,6
No sabe/no contesta	10	1
<b>Edad materna (años)</b>		
<20	8	0,8
20-34	654	67,8
≥35	289	30,0
Sin datos	13	1,4
<b>Situación laboral</b>		
Trabajando	448	46,5
En desempleo	201	20,8
Dedicada principalmente a sus estudios	20	2,1
Dedicada principalmente a tareas del hogar o actividades sin remuneración	184	19,1
No sabe/no contesta	111	11,5
<b>Estado Civil</b>		
Casada/pareja de hecho	835	86,6
Separada/divorciada/viuda	26	2,7
Soltera	96	10,0
No sabe/no contesta	7	0,7
<b>Paridad</b>		
Primíparas	527	54,7
Múltiparas	437	45,3
<b>Ofreció lactancia materna a un hijo anterior</b>		
Sí	393	40,8
No	41	58,9
No sabe/no contesta	3	0,7
<b>Hospital de referencia</b>		
General Universitario de Elche	278	28,8
General Universitario de Elda	231	24,0
Virgen de los Lirios de Alcoy	160	16,6
Marina Alta de Denia	95	9,8
Clínica Vistahermosa de Alicante	42	4,4
Virgen del Castillo de Yecla	158	16,4
<b>Tipo de Parto</b>		
Vaginal	747	77,5
Cesárea	215	22,3
Sin datos	2	0,2
<b>Tipo de alimentación durante el ingreso posparto</b>		
Lactancia materna exclusiva (sólo leche materna)	675	70,0
Lactancia materna predominante (leche materna y líquidos no nutritivos)	25	2,6
Lactancia materna parcial (leche materna y leche de fórmula)	264	27,4

La puntuación media de la escala BSES-SF fue de  $50,03 \pm 11,16$  (IC95%=50,03-49,32), con un rango comprendido entre 16 y 70. La proporción de mujeres que puntuó en el valor de la escala mínimo 16 fue del 0,2% (n=2) y la de las que puntuó en el valor de la escala máximo 70 fue del 1,2% (n=11).

La puntuación media de la escala BSES-SF para mujeres con hijos anteriores (n=431) fue de  $52,87 \pm 10,66$  y para mujeres primíparas (n=518) de  $47,67 \pm 11,03$ , siendo la diferencia estadísticamente significativa (t=7,36; p<0,001). Para calcular las diferencias y los percentiles en función de la

experiencia previa, se incluyó en el grupo de mujeres sin experiencia a las primíparas (n=518) y a las múltiparas que no habían amamantado a sus hijos anteriores (n=41). La puntuación media de la escala BSES-SF para madres con experiencia previa en lactancia materna (n=388) fue de  $53,93 \pm 9,93$  y para madres sin experiencia (n=559) de  $47,30 \pm 11,18$ , siendo la diferencia estadísticamente significativa (t=9,38; p<0,001). Los percentiles obtenidos de la puntuación total de la escala BSES-SF para el total de la muestra y en función de la paridad y la experiencia previa se muestran en la tabla 2.

**Tabla 2.** Percentiles de las puntuaciones de la versión española de la escala BSES-SF.

Percentiles	Toda la muestra (n=949)	Primíparas (n=518)	Múltiparas (n=431)	No experiencia anterior (n=559)	Experiencia anterior (n=388)
P90	64	62	66	62	66
P80	60	57	63	57	63
P75	59	56	61	56	62
P70	57	54	60	54	60
P60	54	51	57	51	58
P50	51	49	54	48	55
P40	48	45	51	45	52
P30	44	41	48	41	49
P25	42	39	46	39	47
P20	40	37	44	37	45
P10	35	33	38	33	40

## DISCUSIÓN

En este estudio se muestran los resultados de la aplicación de la versión española de la escala BSES-SF en una amplia muestra de mujeres españolas que amamantaban al alta posparto. Este es el primer estudio donde se presentan datos normativos para esta escala.

La puntuación media obtenida de la escala BSES-SF fue de 50,03, similar a la de otro estudio realizado en España con la misma versión de la escala (M=51,94)<sup>24</sup> y a la de otro realizado en Estados Unidos (M=51,9)<sup>22</sup>. Este valor medio es inferior al

de otros estudios que obtuvieron los datos de autoeficacia más tardíamente en el posparto, con mayor exposición de las madres a la experiencia de la lactancia, realizados en Canadá (M=55,8)<sup>17</sup> y Brasil (M=63,6)<sup>20</sup>, y al de un estudio realizado en Turquía (M=60)<sup>21</sup>, un país con tasas poblacionales de lactancia materna mucho mayores a la española. Otros autores presentan menores puntuaciones medias de la escala BSES-SF, obtenidas de estudios realizados en países con tasas de lactancia inferiores a la española, como China (M=41,1)<sup>13</sup> o Japón (M=44,7)<sup>14</sup>, o con una muestra con diversidad étnica en Reino Unido (M=46,5)<sup>19</sup>. Por

otra parte, en estudios realizados en países de Europa del este, en condiciones aparentemente similares al presente trabajo, se han referido puntuaciones medias de la escala BSES-SF superiores a la descrita aquí (Polonia,  $M=55,5$ ; Croacia,  $M=55$ )<sup>18,23</sup>. Aunque la comparación de los datos obtenidos en diferentes contextos puede ser útil para comprender semejanzas y diferencias entre ellos, conviene recordar las limitaciones de ese ejercicio puesto que los datos de cada estudio han sido obtenidos en condiciones de aplicación distintas, tales como, diferente motivación para hacer las pruebas, valores culturales distintos, nivel de vida, etc<sup>29</sup>.

En la muestra estudiada, se han detectado diferencias significativas al comparar las puntuaciones de la escala BSES-SF según la experiencia materna anterior, tal como sugiere la teoría de la autoeficacia y se había descrito en estudios anteriores que consideraron la paridad<sup>17-19, 23, 24</sup> o haber amamantado a un hijo anterior<sup>13, 18, 21, 23, 24</sup> como variables predictivas del nivel de autoeficacia para la lactancia. Considerando esta influencia sobre las puntuaciones de la escala BSES-SF se proponen los percentiles específicos según la paridad o experiencia anterior como valores de referencia con los que comparar los resultados esperados para un caso dado, en lugar de los percentiles del total de la muestra.

Las puntuaciones de la escala BSES-SF no tienen significado por sí mismas y pueden ser interpretadas como un mayor o menor nivel de autoeficacia para la lactancia en comparación con la distribución de las puntuaciones del presente estudio. Si se toman como ejemplo los baremos para mujeres primíparas o sin experiencia anterior (con más riesgo de abandono de la lactancia) de la tabla 2, puede observarse que una mujer con una puntuación de 56 se situaría en el percentil 75, por lo que solo el 25% de las mujeres primíparas o sin experiencia anterior tendría puntuaciones iguales o por encima de la suya. Esta puntuación sería deseable para la mayoría de las mujeres que hubiera participado en una actividad educativa sobre lactancia durante el embarazo y podría considerarse un criterio para la evaluación de su efectivi-

dad. Por otro lado, una mujer con experiencia anterior en lactancia y una puntuación en la escala BSES-SF menor de 47 podría beneficiarse de una intervención de apoyo dirigida a grupos de riesgo de abandono prematuro de la lactancia, ya que se situaría en el percentil 25, donde solo el 25% de las mujeres que han amamantado anteriormente tendría puntuaciones iguales o por debajo de la suya.

La selección de una muestra de conveniencia es una limitación de este estudio y las variables no controladas con influencia sobre la autoeficacia para la lactancia podrían estar afectando los valores de referencia propuestos. Existen pocos datos disponibles sobre las características demográficas de las madres que amamantan; sin embargo, como era de esperar en este grupo de madres<sup>30</sup>, las participantes del estudio son algo mayores y tienen una tasa de cesáreas ligeramente inferior a la población de púerperas de la Comunidad Valenciana<sup>30</sup>. Tal como se ha sugerido con otras escalas<sup>31</sup>, los datos presentados pueden usarse como referencia normativa en poblaciones similares a la muestra del estudio, en ausencia de datos obtenidos de muestras representativas, que deberían obtenerse en el futuro.

En este artículo se presentan datos normativos considerando la experiencia previa de la madre, un aspecto con influencia sobre la autoeficacia para la lactancia materna sencillo de determinar para el profesional clínico, de entre los definidos por Bandura<sup>17</sup>. Serán necesarios nuevos estudios sobre grupos poblacionales con peores niveles de autoeficacia como las madres adolescentes, con complicaciones en el posparto que afecten a la lactancia o con menor apoyo social.

Para concluir, los resultados del presente estudio permiten la interpretación, mediante valores de referencia, de las puntuaciones de la escala BSES-SF sobre autoeficacia para la lactancia materna durante el posparto, en poblaciones similares a la muestra del estudio. Se proponen los percentiles específicos según la paridad o la experiencia anterior como valores de referencia con los que comparar los resul-

tados esperados para un caso dado. Además, los baremos presentados pueden ser de utilidad para evaluar intervenciones educativas sobre lactancia materna implementadas en la gestación o para planificar intervenciones de apoyo a grupos de madres con menor nivel de autoeficacia en el posparto.

### Agradecimientos

Nuestro agradecimiento a Francisca Rodrigo, Esther Fernández, Natalia Esquivá, M<sup>a</sup> Ángeles Alvarado, Sonia Berenguer, M<sup>a</sup> Luisa Alfonso, Inmaculada Masiá, M<sup>a</sup> Ángeles Mas, Laura Pacheco, Joan Montaner, Elisa Antón, Ginesa Laguna y Verónica Muñoz, por su colaboración en la recogida de datos de los diferentes hospitales. Nuestro agradecimiento al Dr. Luis Lizán Tudela por las sugerencias al borrador final. Este estudio recibió financiación del Ministerio de Ciencia e Innovación (n<sup>o</sup> de expediente PI09/90899).

### BIBLIOGRAFÍA

1. Section on breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2012; 129: e827-841.
2. WHO, UNICEF. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva: WHO, 2003.
3. Black RE, Allen LH, Bhutta ZA, Caulfield LE, de Onis M, Ezzati M et al. Maternal and child undernutrition study group. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *Lancet* 2008; 371: 243-260.
4. CALLEN J, PINELLI J. Incidence and duration of breastfeeding for term infants in Canada, United States, Europe, and Australia: a literature review. *Birth* 2004; 31: 285-292.
5. Dirección General de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud de España 2011/12. Madrid (España): Ministerio de Sanidad y Consumo; 2013 [Cited 2013 Apr 29]. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/encuestaResDetalle2011.htm>.
6. EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action (revised). European Commis-

- sion, Directorate Public Health and Risk Assessment, Luxembourg, 2008 [Cited 2014 Mar 04]. Available from: <http://www.burlo.trieste.it/documenti/revisedblueprint07.pdf>.
7. Ministerio de Sanidad y Política Social. Atención Hospitalaria al Parto. Estándares y Recomendaciones para Maternidades Hospitalarias. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009 [Cited 2014 Mar 04]. Available from: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/AHP.pdf>
8. THULIER D, MERCER J. Variables associated with breastfeeding duration. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2009; 38: 259-268.
9. HANNULA L, KAUNONEN M, TARKKA MT. A systematic review of professional support interventions for breastfeeding. *J Clin Nurs* 2008; 17: 1132-1143.
10. CATTANEO A, YNGVE A, KOLETZKO B, GUZMAN LR. Protection, promotion and support of breast-feeding in Europe: current situation. *Public Health Nutr* 2005; 8: 39-46.
11. BELLINTXON M, ZARAGÜETA MC, ADRIÁN MC, LÓPEZ-DICASTILLO O. El comienzo de la lactancia: experiencias de las madres primerizas. *An Sist Sanit Navar* 2011; 34: 409-418.
12. BLYTH RJ, CREEDY DK, DENNIS CL, MOYLE W, PRATT J, DE VRIES SM et al. Breastfeeding duration in an Australian population: the influence of modifiable antenatal factors. *J Hum Lact* 2004; 20: 30-38.
13. IP WY, YEUNG LS, CHOI KC, CHAIR SY, DENNIS CL. Translation and validation of the Hong Kong Chinese version of the breastfeeding self-efficacy scale-short form. *Res Nurs Health* 2012; 35: 450-459.
14. OTSUKA K, DENNIS CL, TATSUOKA H, JIMBA M. The relationship between breastfeeding self-efficacy and perceived insufficient milk among Japanese mothers. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2008; 37: 546-555.
15. GATTI L. Maternal perceptions of insufficient milk supply in breastfeeding. *J Nurs Scholarsh* 2008; 40: 355-363.
16. BANDURA A. Self-efficacy mechanism in human agency. *Am Psychologist* 1982; 37: 122-147.
17. DENNIS CL. The breastfeeding self-efficacy scale: psychometric assessment of the short form. *J Obstet Gynecol Neonatal Nursing* 2003; 32: 734-744.
18. WUTKE K, DENNIS CL. The reliability and validity of the Polish version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form: Translation and psychometric assessment. *Int J Nurs Stud* 2007; 44:1439-1446.

19. 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 Nurs* 2008; 25: 278-284.
20. ZUBARAN C, FORESTI, K, SCHUMACHER M, THORELL MR, AMORETTI A, MÜLLER L et al. The Portuguese version of the Breast feeding Self-Efficacy Scale-Short Form. *J Hum Lact* 2010; 26: 297-303.
21. ALUS-TOKAT M, OKUMUŞ H, DENNIS CL. Translation and psychometric assessment of the Breast-feeding Self-Efficacy Scale-Short Form among pregnant and postnatal women in Turkey. *Midwifery* 2010; 26: 101-108.
22. McCARTER-SPAULDING DE, DENNIS CL. Psychometric testing of the breastfeeding self-efficacy scale-short form in a sample of black women in the United States. *Res Nurs Health* 2010; 33: 111-119.
23. PAVICIC BOSNIAK A, RUMBOLDT M, STANOJEVIC M, DENNIS CL. Psychometric assessment of the Croatian version of the breastfeeding self-efficacy scale-short form. *J Hum Lact* 2012; 28: 565-569.
24. OLIVER-ROIG A, D'ANGLADE-GONZÁLEZ ML, GARCÍA-GARCÍA B, SILVA-TUBIO JR, RICHART-MARTÍNEZ M, DENNIS CL. The Spanish version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form: reliability and validity assessment. *Int J Nurs Stud* 2012; 49: 169-173.
25. NOEL-WEISS J, RUPP A, CRAGG B, BASSETT V, WOODEND AK. Randomized controlled trial to determine effects of prenatal breastfeeding workshop on maternal breastfeeding self-efficacy and breastfeeding duration. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2006; 35: 616-624.
26. AWANO M, SHIMADA K. Development and evaluation of a self care program on breastfeeding in Japan: A quasi-experimental study. *Int Breastfeed J* 2010; 5: 9.
27. FLAHERMAN VJ, GAY B, SCOTT C, AVINS A, LEE KA, NEWMAN TB. Randomised trial comparing hand expression with breast pumping for mothers of term newborns feeding poorly. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2012; 97: 18-23.
28. LLOPIS-RABOUT-COUDRAY M, LÓPEZ-OSUNA C, DURÁ-RAYO M, RICHART-MARTÍNEZ M, OLIVER-ROIG A. Fiabilidad y validez de la versión española de una escala de autoeficacia en la lactancia materna. *Matronas Prof* 2011; 12: 3-8.
29. MUÑIZ J, ELOSUA P, HAMBLETON RK. International Test Commission Guidelines for test translation and adaptation: second edition. *Psicothema* 2013; 25: 151-157.
30. RÍO I, LUQUE A, CASTELLÓ-PASTOR A, SANDÍN-VÁZQUEZ MDL V, LARRAZ R, BARONA C, et al. Uneven chances of breastfeeding in Spain. *Int Breastfeed J* 2012; 7: 22.
31. SPIELBERGER CD, GORSUCH RL, LUSHENE RE. STAI, Manual para el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. 7ª Ed. Madrid: Tea Ediciones; 2008.

