

Autoeficacia en el amamantamiento en mujeres adultas: relación con la lactancia materna exclusiva

Juliana Cristina dos Santos Monteiro¹

 <https://orcid.org/0000-0001-6470-673X>

Carolina Maria de Sá Guimarães^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0001-5930-9836>

Luciana Camargo de Oliveira Melo¹

 <https://orcid.org/0000-0002-1904-3137>

Marina Cortez Pereira Bonelli^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0003-1011-8865>

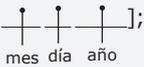
Objetivo: analizar la relación entre la autoeficacia materna para amamantar y las variables sociodemográficas, obstétricas y neonatales; la duración del amamantamiento materno exclusivo y las variables sociodemográficas, y la autoeficacia para amamantar y la duración de la lactancia materna exclusiva a intervalos de 30, 60 y 180 días posparto. **Método:** estudio longitudinal y prospectivo realizado con 224 mujeres. Para la recolección de datos, se utilizó un cuestionario sociodemográfico, la Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form y un cuestionario sobre amamantamiento y alimentación infantil. La Prueba Exacta de Fisher y el coeficiente de correlación de Pearson se utilizaron para el análisis. **Resultados:** se identificó que no hubo asociación entre la autoeficacia para amamantar y la duración de la lactancia materna exclusiva en 30, 60 y 180 días. La autoeficacia se asoció con el tipo de parto y las interurrencias en el período posparto. También hubo una asociación entre la religión y la lactancia materna exclusiva con 30 y 60 días posparto, y entre la asistencia en los cuidados del bebé y la lactancia materna exclusiva en 60 días. **Conclusión:** se identificó que el tipo de parto, las interurrencias en el período posparto, la religión y la asistencia en los cuidados del bebé corroboran para aumentar la confianza materna en la capacidad de amamantar.

Descriptores: Lactancia Materna; Autoeficacia; Enfermería Obstétrica; Salud Materno-Infantil; Salud de la Mujer; Salud del Niño.

¹ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Centro Colaborador de la OPS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

² Becario de la Coordinación de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

Cómo citar este artículo

Monteiro JCS, Guimarães CMS, Melo LCO, Bonelli MCP. Breastfeeding self-efficacy in adult women and its relationship with exclusive maternal breastfeeding. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2020;28:e3364. [Access ]; Available in:  . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3652.3364>. mes día año

URL

Introducción

Las contribuciones de la lactancia materna ya son conocidas en todo el mundo, y sus beneficios se extienden no solo a la salud de la mujer y el niño, sino también a toda la familia y la sociedad⁽¹⁾, y debido a estas contribuciones, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Ministerio de Salud de Brasil (MS) recomiendan la lactancia materna exclusiva (LME) hasta el sexto mes de vida del niño⁽²⁾. Pese a todos los beneficios descritos en la literatura científica, solo el 37% de los niños nacidos en Brasil son amamantados exclusivamente hasta el sexto mes de vida, tasa inferior a la recomendada por la OMS, que es de al menos 50%⁽²⁻⁴⁾.

La práctica de la lactancia materna es un proceso complejo que va más allá del determinismo biológico, y la decisión de la mujer de amamantar o no también implica factores sociales, culturales, económicos y psicológicos⁽⁵⁾. Un estudio realizado en Distrito Federal (Brasil) observó que las causas del destete temprano estaban relacionadas con las creencias de la leche débil y la necesidad de la mujer de regresar al trabajo⁽⁶⁾. Otro estudio realizado en Valencia (España) observó que hubo una relación entre el tiempo de amamantamiento y edad materna, paridad, baja producción de leche y bajo aumento de peso del bebé⁽⁷⁾.

El apoyo recibido por la mujer durante este proceso también es un factor que influye fuertemente en la práctica del amamantamiento, ya sea recibido de familiares, amigos o profesionales de la salud⁽⁸⁾. Además, en la actualidad, las mujeres también buscan apoyo a través de las redes sociales, sitios web y páginas de internet que brindan información sobre las prácticas de amamantamiento materno, siendo una nueva forma de intervención de salud⁽⁹⁾.

La interrupción temprana de la lactancia materna puede estar relacionada con la baja confianza de las mujeres en su capacidad de amamantar a su bebé, que es una variable importante que influye en el inicio y el mantenimiento del amamantamiento materno⁽¹⁰⁻¹¹⁾. La confianza materna en la capacidad de amamantar también se conoce como autoeficacia en el amamantamiento y puede modificarse mediante intervenciones individuales sobre las mujeres⁽¹⁰⁾.

El constructo de autoeficacia del amamantamiento se constituye de cuatro fuentes de información, que influyen directamente en la decisión de la mujer de iniciar y mantener esta práctica: su experiencia personal; el hecho de convivir con otras mujeres que amamantan (experiencia vicaria), las informaciones recibidas tanto de su red de apoyo social como del profesional de la salud que la acompaña, y su condición física y emocional⁽¹²⁾.

Generalmente, aquellas que confían en su capacidad amamantan por más tiempo que aquellas que no tienen esta percepción⁽¹⁰⁾. Para los profesionales de la salud, que son esenciales en el incentivo y apoyo al amamantamiento materno, la identificación de madres que presentan riesgo de destete temprano (basada en variables modificables), como la baja autoeficacia para amamantar, puede facilitar el desarrollo y la evaluación de las intervenciones que favorecen el amamantamiento⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Brasil es un país con una gran diversidad cultural y económica, por lo que comprender el comportamiento de las mujeres ante los diferentes escenarios puede proporcionar herramientas para reforzar las políticas públicas de promoción y protección al amamantamiento. De esta forma, los objetivos de este estudio fueron analizar la relación entre la autoeficacia materna para el amamantamiento y las variables sociodemográficas, obstétricas y neonatales; la duración de la lactancia materna exclusiva y las variables sociodemográficas, y la autoeficacia para amamantar y la duración de la lactancia materna exclusiva en intervalos de 30, 60 y 180 días posparto.

Método

Estudio longitudinal y prospectivo realizado con 224 mujeres, seleccionadas al azar, siguiendo los siguientes criterios de inclusión: tener 18 años o más, con al menos 24 horas posparto, en condiciones físicas para amamantar, acompañadas por sus hijos en el alojamiento conjunto, que hubiesen tenido hijos con edad gestacional a término y que dispusieran de teléfono fijo o celular. Los criterios de exclusión fueron: mujeres con discapacidad auditiva y/o visual, desorientadas en términos de tiempo, espacio o persona, con recién nacidos que recibían atención especial y/o que presentaban alguna anomalía o malformación.

El estudio se realizó en la ciudad de Ribeirão Preto entre enero de 2014 y junio de 2015, en dos etapas. La primera etapa se llevó a cabo en el alojamiento conjunto, donde las mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión y aceptaron participar en el estudio después de recibir orientaciones, firmaron el Formulario de Consentimiento Libre Previo e Informado. Se aplicaron dos instrumentos de recolección de datos, con una duración promedio de 15 minutos para completar las fichas: el primer instrumento abarcó variables sociodemográficas (edad, etnia auto informada, educación, religión, estado civil, ingresos y asistencia en los cuidados del bebé) y obstétricos (cantidad de hijos, planificación de la gestación actual, número de citas prenatales, tipo de parto, interurrencias en el período posparto, sexo y peso del recién nacido, amamantamiento en la primera hora de vida del recién nacido y tipo

de lactancia materna en el recopilación de datos). El segundo instrumento aplicado fue la Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form (BSES-SF), una escala canadiense validada en Brasil⁽¹⁵⁾, utilizada para evaluar la confianza materna en capacidad de amamantar. BSES-SF es una escala del tipo Likert que contiene 14 preguntas divididas en: Dominio Técnico y Dominio del Pensamiento Intrapersonal; cada cuestión presenta cinco respuestas posibles que van desde 1 a 5 puntos, siendo 1-totalmente en desacuerdo, 2-en desacuerdo, 3-a veces de acuerdo, 4-de acuerdo, 5-totalmente de acuerdo, y la suma de los puntajes varía de 14 a 70 puntos. La autoeficacia para el amamantamiento se identifica a partir de la suma de cada consigna: baja autoeficacia (14 a 32 puntos), autoeficacia mediana (33 a 51 puntos), alta autoeficacia (52 a 70 puntos)⁽¹⁵⁾.

La segunda etapa del estudio se caracterizó por búsquedas telefónicas realizadas a los 30, 60 y 180 días después del parto, utilizándose de un tercer instrumento de recopilación de datos que abarcaba consignas sobre el tipo de alimentación ofrecida al niño (lactancia materna y/o alimentación complementaria), el tiempo exclusivo de lactancia materna en días y las interurrencias que ocurrieron durante el período de amamantamiento. El contacto telefónico duró un promedio de diez minutos y en cada comunicación se acordó con la mujer cuál era el mejor momento para realizar el siguiente contacto, respetando las rutinas de la familia. Se realizaron hasta tres intentos de contacto telefónico en cada uno de los momentos de esta etapa, en diferentes días y horarios, y si no se encontraba a la participante en ninguno de los tres intentos, se la excluía de la investigación.

Los datos recopilados se compilaron y almacenaron en una planilla electrónica estructurada en Microsoft Excel, mediante doble digitación, lo que permite la validación de datos y la eliminación de errores, garantizando la confiabilidad de la carga de datos. Los datos se analizaron en términos descriptivos, con la utilización del programa estadístico Statistical Analysis System SAS® 9.0. Para verificar la asociación entre variables cualitativas, los datos se sometieron a la Prueba Exacta de Fisher, siendo que las variables cuantitativas fueron categorizadas siendo también sometidas a esa prueba. Para verificar la relación entre la autoeficacia materna y el tiempo final de amamantamiento, se utilizó el Coeficiente de Correlación de Pearson. Para todos los análisis estadísticos, se consideraron niveles de significación del 5% ($\alpha=0,05$).

El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Colegio de Enfermería Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, con el número de protocolo: 21346013.8.0000.5393.

Resultados

En las 224 (100%) mujeres investigadas, la edad osciló entre 18 y 44 años, la edad promedio fue de 24,65 años (Desviación Estándar - DE=5,79) y la mediana

de 24 años. Con respecto a la percepción de su propia etnia, 44,2% de las mujeres se autodeclararon como de color pardo, 47,32% informaron que habían completado sus estudios secundarios, 47,3% declararon vivir con una pareja y 79,9% reportaron tener alguna religión. La mayoría (59,4%) reportó no realizar trabajo remunerado fuera del hogar y 46,0% reportó tener vivienda propia. El ingreso familiar mensual promedio declarado fue de R\$ 1.943,44 (mil novecientos cuarenta y tres reales y cuarenta y cuatro centavos), el 86,6% declaró que tenía ayuda de alguien para cuidar al bebé y de estas mujeres (n=194), el 46,4% reportó que se obtenía ayuda de su propia madre, el 30,9% reportó ayuda de su pareja, el 11,3% reportó ayuda de su suegra y el 11,3% contaba con la ayuda de otros familiares y amigas.

En cuanto a las características obstétricas, el 47,3% de las participantes eran primigrávidas, el 50,4% era primípara, el 55,8% de las mujeres no planearon la gestación, el 81,8% inició la atención prenatal en el 1º trimestre del embarazo, el 88,7% realizó seis o más citas prenatales y el 77,7% tuvo parto vaginal, siendo cuatro fórceps – 1,8%. La mayoría de las mujeres informó no haber presentado interurrencia durante la gestación (63,8%), parto (92,9%) o posparto (94,6%), el 51,8% de los recién nacidos eran del sexo masculino. La mayoría de los bebés (97,3%) presentaron peso igual o mayor a 2.500g y el 59,4% amamantaron en la primera hora de vida, el 91,0% de los niños estaban en LME en el periodo de la recolección de datos en el hospital de maternidad.

Con respecto a la evaluación de la autoeficacia en el amamantamiento, la mayoría de las mujeres [n=188(83,9%)] presentó un alto nivel de autoeficacia, el 15,6% (35) presentó nivel medio y el 0,4% (una participante) presentó bajo nivel de autoeficacia.

El análisis de la asociación entre la autoeficacia y las variables sociodemográficas (edad, etnia autoinformada, educación, religión, estado civil, ingresos y asistencia con el cuidado del bebé) no presentó resultado estadísticamente significativo (Tabla 1).

En cuanto a las características obstétricas, las variables tipo de parto y interurrencias en el posparto presentaron una asociación estadísticamente significativa con la autoeficacia. Las mujeres que tuvieron un parto vaginal presentaron un mayor nivel de autoeficacia que las que se sometieron a cesárea ($p=0,0376$). Las mujeres que no tuvieron interurrencias en el período posparto mostraron una mayor autoeficacia que las que tuvieron interurrencias ($p=0,0410$). Estos resultados se describen en la Tabla 2.

En la Tabla 3 se presentan los resultados de la asociación entre la autoeficacia materna y las variables relacionadas con las características de los hijos de las participantes y al amamantamiento. No se encontraron asociaciones estadísticamente significativas para estos análisis.

Tabla 1 – Autoeficacia en lactancia asociada a las características sociodemográficas de las participantes (n=224). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2014 a 2015

	Autoeficacia			Total n (%)	p-valor*
	Baja n (%)	Moderada n (%)	Alta n (%)		
Rango de edad					
Hasta 24 años	0 (0,0)	21 (9,4)	94 (42,0)	115 (51,3)	0,4958
25 a 34 años	1 (0,4)	12 (5,4)	84 (37,5)	97 (43,3)	
35 años o más	0 (0,0)	2 (0,9)	10 (4,5)	12 (5,4)	
Total	1 (0,4)	35 (15,6)	188(83,9)	224 (100,0)	
Etnia autodeclarada					
Blanca	1 (0,4)	9 (4,0)	75 (33,5)	85 (37,9)	0,1727
Negra y parda	0 (0,0)	24 (10,7)	107(47,8)	131 (58,5)	
Amarilla	0 (0,0)	2 (0,9)	6 (2,7)	8 (3,6)	
Total	1 (0,4)	35 (15,6)	188(83,9)	224 (100,0)	
Escolaridad					
Nivel Primario Incompleto	0 (0,0)	4 (1,8)	19 (8,5)	23 (10,3)	0,6065
Nivel Primario Completo	0 (0,0)	12 (5,4)	77 (34,4)	89 (39,7)	
Nivel Secundario Completo	1 (0,4)	17 (7,6)	88 (39,3)	106 (47,3)	
Nivel Superior Completo	0 (0,0)	2 (0,9)	4 (1,8)	6 (2,7)	
Total	1 (0,4)	35 (15,6)	188(83,9)	224 (100,0)	
Religión					
Posee alguna religión	1 (0,4)	28 (12,5)	150(67,0)	179 (79,9)	1,0000
Ateo/Agnóstico	0 (0,0)	7 (3,1)	38 (17,0)	45 (20,1)	
Total	1 (0,4)	35 (15,6)	188(83,9)	224 (100,0)	
Estado Civil					
Sin compañero	0 (0,0)	8 (3,6)	42 (18,7)	50 (22,3)	1,0000
Con compañero	1 (0,4)	27 (12,0)	146 (65,2)	174 (77,7)	
Total	1 (0,4)	35 (15,6)	188 (83,9)	224 (100,0)	
Renta en SM†					
Hasta 1,9	1 (0,5)	14 (7,0)	87 (43,5)	102 (51,0)	0,9749
De 2 a 3,9	0 (0,0)	13 (6,5)	70 (35,0)	83 (41,5)	
4 o más	0 (0,0)	2 (1,0)	13 (6,5)	15 (7,5)	
Total	1 (0,5)	29 (14,5)	170 (85,0)	200 (100,0)	
Auxilio en los cuidados con el bebé					
Sí	1 (0,4)	31 (13,8)	162 (72,3)	194 (86,6)	1,0000
No	0 (0,0)	4 (1,8)	26 (11,6)	30 (13,4)	
Total	1 (0,4)	35 (15,6)	188 (83,9)	224 (100,0)	

*Prueba Exacta de Fisher; †SM = Salarios mínimos. Valor del salario mínimo brasileño en 2016: R\$ 880,00

Tabla 2 – Autoeficacia en el amamantamiento asociada con las características obstétricas de las participantes (n=224). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2014 a 2015

	Autoeficacia			Total n (%)	p-valor*
	Baja n (%)	Moderada n (%)	Alta n (%)		
Cantidad de hijos					
Uno	0 (0,0)	21 (9,4)	95(42,4)	116 (51,8)	0,3155
Dos o más	1 (0,4)	14 (6,2)	93 (41,5)	108 (48,2)	
Total	1 (0,4)	35 (15,6)	188 (83,9)	224(100,0)	
Gestación planificada					
Sí	0 (0,0)	10 (4,5)	89 (39,7)	99 (44,2)	0,0519
No	1 (0,4)	25 (11,2)	99 (44,2)	125 (55,8)	
Total	1 (0,4)	35 (15,6)	188 (83,9)	224(100,0)	

(Continúa...)

Tabla 2 – Continuación

	Autoeficacia			Total n (%)	p-valor*
	Baja n (%)	Moderada n (%)	Alta n (%)		
Número de consultas prenatales					
Hasta 5	0 (0,0)	4 (1,9)	20 (9,4)	24 (11,3)	1,0000
6 o más	1 (0,4)	30 (14,1)	158 (74,2)	189 (88,7)	
Total	1 (0,4)	34 (16,0)	178 (83,6)	213(100,0)	
Tipo de parto					
Vaginal	0 (0,0)	31 (13,8)	143 (63,8)	174 (77,7)	0,0376
Cesárea	1 (0,4)	4 (1,8)	45 (20,1)	50 (22,3)	
Total	1 (0,4)	35 (15,6)	188 (83,9)	224(100,0)	
Intercurrencias en el posparto					
Sí	1 (0,4)	2 (0,9)	9 (4,0)	12 (5,4)	0,0410
No	0 (0,0)	33 (14,7)	179 (79,9)	212 (94,6)	
Total	1 (0,4)	35 (15,6)	188 (83,9)	224(100,0)	

*Prueba Exacta de Fisher

Tabla 3 – Autoeficacia en el amamantamiento asociada con las características de los hijos de las participantes (n=224). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2014 a 2015

	Autoeficacia			Total n (%)	p-valor*
	Baja n (%)	Moderada n (%)	Alta n (%)		
Sexo del niño					
Femenino	0 (0,0)	19 (8,5)	89 (39,7)	108 (48,2)	0,5228
Hombre	1 (0,4)	16 (7,1)	99 (44,2)	116 (51,8)	
Total	1 (0,4)	35 (15,6)	188 (83,9)	224(100,0)	
Peso al nacer					
<2.500 gramos	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (2,3)	6 (2,7)	0,6041
≥2500 gramos	1 (0,4)	35 (15,6)	182 (81,2)	218 (97,3)	
Total	1 (0,4)	35 (15,6)	188 (83,9)	224(100,0)	
Amamantamiento en la primera hora de vida					
Sí	0 (0,0)	18 (8,0)	115(51,3)	133 (59,4)	0,2239
No	1 (0,4)	16 (7,1)	71 (31,7)	88 (39,3)	
No sabe	0 (0,0)	1 (0,4)	2 (0,9)	3 (1,3)	
Total	1 (0,4)	35 (15,6)	188 (83,9)	224(100,0)	
Tipo de lactancia					
Lactancia materna exclusiva	1 (0,4)	31 (13,8)	172 (76,8)	204 (91,1)	0,5706
Amamantamiento materno con otros líquidos/leche	0 (0,0)	4 (1,8)	16 (7,1)	20 (8,9)	
Total	1 (0,4)	35 (15,6)	188 (83,9)	224 (100,0)	

*Prueba Exacta de Fisher

En cuanto a la duración de la LME, a los 30 días posparto, el 64,4% (136) mujeres practicaban el amamantamiento materno exclusivo, a los 60 días, el 55,6% (109) seguían en lactancia materna exclusiva y solo el 6,0% (9) mujeres mantuvieron la LME hasta 180 días después del parto.

La asociación entre las variables sociodemográficas y la duración de la lactancia materna mostró un

resultado estadísticamente significativo entre la LME a los 30 y 60 días después del parto y la variable religión ($p=0,0367$ e $0,0073$, respectivamente), mostrando que el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva a los 30 y 60 días fue mayor entre las mujeres que informaron tener alguna religión. También hubo una asociación estadísticamente significativa entre LME a los 60 días y la variable asistencia en el cuidado del bebé ($p=0,0324$),

es decir, el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva a los 60 días fue mayor entre los participantes que informaron haber recibido esta asistencia.

Las asociaciones entre la variable autoeficacia para el amamantamiento y la duración de la LME en los períodos de 30, 60 y 180 días después del parto no presentó un resultado estadísticamente significativo por la Prueba Exacta de Fisher ($p=0,6328$, $p=0,0798$ y $p=1,0000$, respectivamente).

El tiempo total de LME, en días, se presenta en la Figura 1. La única participante que tuvo baja autoeficacia amamantó durante 89 días. Entre las participantes que presentaban un nivel promedio de autoeficacia, la duración promedio de la LME fue de 69,8 días. Entre aquellas que presentaron un alto nivel de autoeficacia, el promedio de la LME fue de 82,49 días.

El análisis de Correlación de Pearson se realizó entre la autoeficacia y el tiempo final de lactancia materna, presentando un valor de $p=0,0640$, y el coeficiente de correlación presentó el valor de 0,12396. Los resultados muestran que no hubo una relación estadísticamente significativa entre estas dos variables. La Figura 2 ilustra este resultado, y muestra una relación positiva, aunque débil, entre las dos variables.

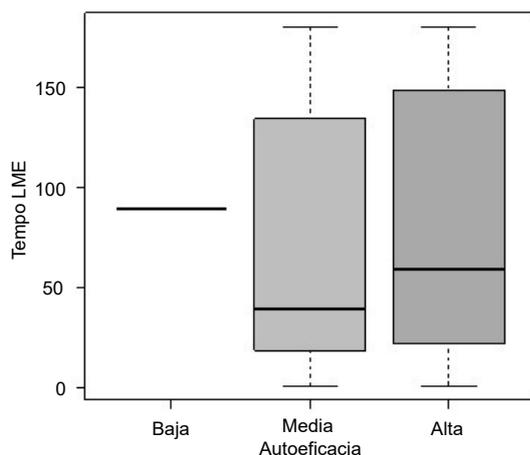


Figura 1 - Distribución del tiempo final de la LME en días, según la clasificación de autoeficacia para amamantar

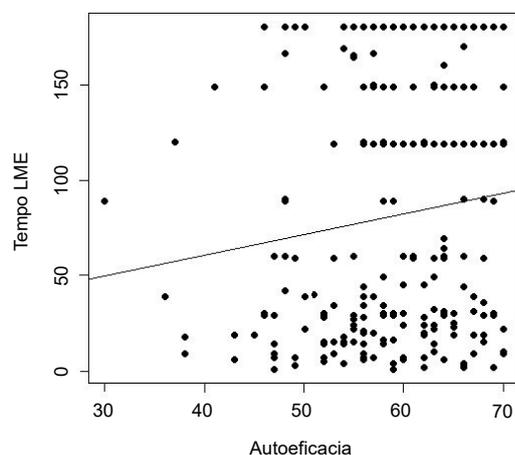


Figura 2 - Correlación entre la autoeficacia en el amamantamiento y el tiempo final de la LME en días

Discusión

El valor de la autoeficacia entre las participantes del estudio señaló que la mayoría de ellas (83,9%) presentaban un alto nivel de esa variable, con puntaje promedio total de la BSES-SF de 58,62 puntos, en coincidencia con estudios realizados en ámbito nacional e internacional⁽¹⁶⁻¹⁸⁾. El presente estudio mostró una asociación significativa entre la autoeficacia para amamantar y el tipo de parto, ratificando estudios realizados en Filipinas⁽¹⁸⁾ y en la región noreste de Brasil⁽¹⁹⁾. También mostró una asociación significativa entre la autoeficacia y la variable intercurencias en el posparto. No se encontraron estudios científicos que analizaran la relación entre la autoeficacia y las intercurencias durante la gestación, parto y en el posparto. Sin embargo, este análisis nos lleva a la cuarta fuente de información sobre el constructo de autoeficacia (estado emocional y fisiológico), ya que son resultados relevantes para los profesionales de la salud, cuando también utilizan la persuasión verbal (tercera fuente de información sobre el constructo de autoeficacia). De esta forma, los profesionales pueden jugar un papel más específico en el apoyo a las mujeres durante el amamantamiento, de acuerdo con la demanda de cada una de ellas⁽⁸⁾.

La duración promedio final de la LME entre las participantes fue de 80,54 días y la mediana fue de 59 días, siendo que en los tres momentos investigados, se observó una disminución en el porcentaje de mujeres que mantuvieron la LME: 64,4% a 30 días, 55,6% a 60 días y 6,0% a 180 días, estando por debajo del índice promedio para el caso de niños menores de seis meses que se verifica en el mundo, que es de 35,7%, según un estudio publicado en 2016⁽¹⁾. El hecho de que el sitio de estudio esté acreditado por la Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) y desarrolle acciones institucionales a favor del amamantamiento no garantizó que las mujeres mantuvieran la LME fuera del entorno del hospital, de conformidad con las recomendaciones oficiales. En este sentido, se puede inferir que el alto nivel de autoeficacia fue esencial para la práctica del amamantamiento iniciado y llevado a cabo en la sala de maternidad, sin embargo, al regresar a sus hogares, se observa que la lactancia materna no dependió apenas del dominio de las técnicas de manejo y del deseo demostrado en el ambiente hospitalario. Aspectos personales internos y factores del contexto de vida de cada mujer también están directamente involucrados en el preparo y ejecución de la alimentación del niño, a medida que ella interpreta y ajusta las recomendaciones oficiales de acuerdo con su realidad⁽²⁰⁾, lo que puede haber influido en declive gradual del amamantamiento a lo largo de los meses entre las participantes.

En el análisis de las asociaciones entre las variables sociodemográficas y la duración de la LME a los 30, 60 y 180 días después del parto, la variable religión influyó en el mantenimiento de esta práctica a los 30 y 60 días después del parto. Considerando que los determinantes de salud individuales y de la población congregan las costumbres, creencias y valores, y esto incluye la cultura religiosa, la elección de las mujeres para amamantar o no hacerlo puede verse influenciada por la religión o por la adhesión a los valores tradicionales o modernos de una población determinada⁽²¹⁾. En concordancia con el presente estudio, una investigación estadounidense que involucró a 4.898 binomios madres y niños pertenecientes a la clase económica desfavorecida mostró que la afiliación religiosa estaba fuertemente asociada al inicio del amamantamiento, pero débilmente asociada con su mantenimiento⁽²²⁾. Por lo tanto, la formación de redes de apoyo e incentivos que incluyan iglesias y espacios religiosos se muestra como una estrategia esencial para fortalecer actitudes y comportamientos saludables entre la población, incluida la lactancia materna⁽²²⁾.

Este estudio también encontró una asociación significativa entre la lactancia materna exclusiva a los 60 días y la asistencia para cuidar al bebé, corroborando un estudio que demuestra el valioso papel de las personas que apoyan y ayudan a las mujeres en el período posparto, aunque sean legas, lo que favorece la lactancia materna⁽⁸⁾.

Finalmente, la autoeficacia materna para amamantar no presentó una asociación estadísticamente significativa con la duración de la LME en los períodos de 30, 60 y 180 días después del parto. Sin embargo, estudios ya han demostrado que existe una relación positiva entre el alta autoeficacia y la duración de la LME por un tiempo más prolongado^(10,16). El alto nivel de autoeficacia en el período posparto evidencia la importancia de la persuasión verbal para la autoeficacia, ya que este resultado puede haber sido un reflejo de las acciones de la IHAC realizadas por profesionales que actúan en la sala de maternidad donde se realizó el estudio. Vale la pena recordar que las instituciones acreditadas por IHAC cumplen un rol importante en las acciones a favor de la lactancia materna. Esta iniciativa favorece el amamantamiento, y aumenta el índice de iniciación y mantenimiento de esta práctica, con un impacto positivo en los resultados de amamantamiento a corto, mediano y largo plazo⁽²³⁾. Por lo tanto, las respuestas de las participantes pueden haber sido influenciadas por las prácticas a favor del amamantamiento en la sala de maternidad, relación que, sin embargo, requiere mayores investigaciones.

El presente estudio tuvo como limitación la imposibilidad de monitorear a las mujeres de manera

presencial, lo que incluso permitiría la aplicación de la BSES-SF en cada momento investigado y no solo en el período posparto. La búsqueda telefónica fue el medio elegido para realizar el monitoreo por tratarse de un mecanismo válido para el logro de los objetivos propuestos para la presente investigación.

Los resultados de este estudio pueden ayudar al profesional de la salud a identificar a las mujeres que presentan un mayor riesgo de destete temprano, lo que permite una intervención más rápida y efectiva. Se enfatiza la importancia de mejorar la calidad de la atención obstétrica, promover la disminución de las cesáreas electivas y el aumento de las tasas de parto normales, a fin de lograr, de esa manera, la reducción de las complicaciones en el período posparto y favorecer la construcción de la autoeficacia materna positiva, entre otros beneficios para la salud materna y neonatal. Los hallazgos relacionados con la religión y la asistencia recibida por la participante también evidencian la necesidad de los esfuerzos de los profesionales de la salud para que se establezcan y fortalezcan las redes de apoyo para mujeres después del alta hospitalaria, reconociendo el papel de la familia y de las entidades religiosas. Se sugiere que los equipos de salud puedan estrechar el vínculo con las familias y con las redes de apoyo a la comunidad, a fin de prepararlas para acoger a la mujer que amamanta.

Conclusión

La autoeficacia es una variable de fácil acceso y sujeta a cambios, a través de pautas y estímulos que fortalecen los aspectos internos (motivación personal) y externos (técnicos) del amamantamiento. El presente estudio analizó que existe una relación entre la autoeficacia en el amamantamiento y el tipo de parto, la ausencia de interurrencias en el posparto, tener religión y la ayuda con el cuidado del bebé.

La asociación de la autoeficacia con el parto vaginal y la ausencia de interurrencias en el período posparto confirma los resultados de que la atención calificada del parto es beneficiosa tanto para la mujer como para el amamantamiento. Además, las especificidades verificadas entre los participantes, relacionadas con las variables religión y asistencia en los cuidados del bebé, como factores que influyeron en la duración de la lactancia materna exclusiva, demuestran que estas variables son importantes para apoyar la lactancia materna y merecen mayor atención por parte de profesionales que actúan en la promoción de la lactancia materna.

Se destaca, además, la posibilidad de realizar más estudios que investiguen la autoeficacia a lo largo de los meses, con el fin de investigar más profundamente cómo

cambia este constructo después del alta hospitalaria, en la realidad contextual de la mujer y su hijo.

Referencias

1. Victora CG, Bahl R, Barros AID, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016 Jan 30;387(10017):475-90. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01024-7
2. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
3. Pérez-Escamilla R. Breastfeeding in Brazil: major progress, but still a long way to go. *J. Pediatr (Rio J)*. [Internet]. 2017 Apr [cited 2020 Apr, 15];93(2):107-10. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-5572017000200107&lng=en. doi: 10.1016/j.jped.2016.10.003
4. Boccolini CS, Boccolini PMM, Monteiro FR, Venâncio SI, Giugliani ERJ. Breastfeeding indicators trends in Brazil for three decades. *Rev Saúde Pública (Online)*. 2017 Nov 17;51(108):9. doi: doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051000029.
5. Matare CR, Craig HC, Martin SL, Kayanda RA, Chapleau GM, Kerr RB, et al. Barriers and Opportunities for Improved Exclusive Breast-Feeding Practices in Tanzania: Household Trials With Mothers and Fathers. *Food Nutr Bull*. 2019 Sep;40(3):308-25. doi: 10.1177/0379572119841961
6. Neri VF, Alves ALL, Guimarães LC. Prevalence of early weaning and related factors in children of the Federal District and surroundings. *REVISA (Online)*. 2019 Out-Dez;8(4):451-9. doi: 10.36239/revisa.v8.n4.p451a459
7. Vila-Candel R, Soriano-Vidal FJ, Murillo-Llorente M, Pérez-Bermejo M, Castro-Sánchez E. Maintenance of exclusive breastfeeding after three months postpartum: An experience in a health department of a Valencian Community. *Aten Primaria*. 2019 Feb;51(2):91-8. doi: 10.1016/j.aprim.2017.09.002
8. McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, Wade A, Buchanan P, Taylor JL, et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Feb 28;2(2):CD001141. doi: 10.1002/14651858.CD001141.pub5
9. Skelton KR, Evans R, LaChenaye J, Amsbary J, Wingate M, Talbott L. Exploring Social Media Group Use Among Breastfeeding Mothers: Qualitative Analysis. *JMIR Pediatr Parent*. 2018; 1(2):e11344. doi: 10.2196/11344
10. Rocha IS, Lolli LF, Fujimaki M, Gasparetto A, Rocha NB. Influência da autoconfiança materna sobre o aleitamento materno exclusivo aos seis meses de idade: uma revisão sistemática. *Cien Saude Colet*. 2018;23(11):3609-19. doi: 10.1590/1413-812320182311.20132016
11. Roza JG, Fong MK, Ang BL, Sadon RB, Koh EYL, Teo SSH. Exclusive breastfeeding, breastfeeding self-efficacy and perception of milk supply among mothers in Singapore: A longitudinal study. *Midwifery*. 2019 Jul;79:102532. doi.org/10.1016/j.midw.2019.102532
12. Dennis CL, Faux S. Development and psychometric testing of the breastfeeding self-efficacy scale. *Res Nurs Health New York*. 1999 Oct 13;22(5):399-409. doi: 10.1002/(SICI)1098-240X(199910)22:5<399::AID-NUR6>3.0.CO;2-4
13. Guimarães CMS, Bonelli MCP, Conde RG, Gomes-Sponholz FA, Oriá MOB, Monteiro JCS. Self-efficacy in breastfeeding and nursing professional practice. *Rev Enferm UFPE On Line*. 2018 Abr;12(4):1085-90. doi: 10.5205/1981-8963-v12i4a230736p1085-1090-2018
14. Thorpe K, Danby S, Cromack C, Gallegos D. Supporting, failing to support and undermining breastfeeding self-efficacy: analysis of helpline calls. *Matern Child Nutr*. 2020;16:e12919. doi: 10.1111/mcn.12919
15. Dodt RCM. Aplicação e validação da Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form (BSES-SF). *Rev RENE*. [Internet]. 2008. [cited May 15, 2019];9(2):165-7. Available from: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/rene/v9n2/20.pdf>
16. Petrozzi A, Gagliardi L. Breastfeeding self-efficacy scale: validation of the Italian version and correlation with breast-feeding at 3 months. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2016 Jan 01;62(1):137-9. doi: 10.1097/MPG.0000000000000902
17. Lima CM, Sousa LB, Costa EC, Santos MP, Cavalcanti MCSL, Maciel NS. Auto eficácia na amamentação exclusiva: avaliação dos domínios técnicos e pensamentos intrapessoais em puérperas. *Enferm Foco*. 2019 Jul;10(3):9-14. doi: 10.21675/2357-707X.2019.v10.n3.1597
18. Gonzales AM Jr. Breastfeeding Self-Efficacy of Early Postpartum Mothers in an Urban Municipality in the Philippines. *Asian Pac Isl Nurs J*. 2020;4(4):135-43. doi: 10.31372/20190404.1023
19. Uchoa J, Rodrigues A, Joventino E, Almeida P, Oriá M, Ximenes L. Autoeficácia em amamentar de mulheres no pré-natal e no pós-parto: estudo longitudinal. *Rev Enferm UFSM*. 2016;6(1):10-20. doi: 10.5902/2179769217687

20. Begley A, Ringrose K, Giglia R, Scott J. Mothers' understanding of infant feeding guidelines and their associated practices: a qualitative analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Mar 29;16(7):1141. doi: 10.3390/ijerph16071141
21. Bernard JY, Cohen E, Kramer MS. Breast feeding initiation rate across western countries: does religion matter? An ecological study. *BMJ Global Health*. 2016 Dec 06;1(4):e000151. doi: 10.1136/bmjgh-2016-000151
22. Stroope S, Rackin HM, Stroope LJ, Uecker JE. Breastfeeding and the Role of Maternal Religion: Results From a National Prospective Cohort Study. *Ann Behav Med*. 2018 April;52(4):319-30. doi: 10.1093/abm/kax013
23. Pérez-Escamilla R, Martínez JL, Segura-Pérez S. Impact of the baby friendly hospital initiative on breastfeeding and child health outcomes: a systematic review. *Matern Child Nutr*. 2016 Feb 29;12(3):402-17. doi: 10.1111/mcn.12294

Recibido: 06.06.2019

Aceptado:05.05.2020

Editora Asociada:
María Lúcia Zanetti

Copyright © 2020 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.

Autor de correspondencia:

Juliana Cristina dos Santos Monteiro

E-mail: jumonte@eerp.usp.br

 <https://orcid.org/0000-0001-6470-673X>