



Universidade Federal Fluminense

ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA



Antecedentes sociodemográficos y obstétricos de la autoeficacia materna en el amamantamiento: estado en panel

Janaiana Lemos Uchôa¹, Ana Lúcia Araújo Gomes², Emanuella Silva Joventino³,
Mônica Oliveira Batista Oriá³, Lorena Barbosa Ximenes³,
Paulo César de Almeida⁴

1 Hospital Universitario Walter Cantídio

2 Ayuntamiento Municipal de Fortaleza

3 Universidad Federal de Ceará

4 Universidad Estadual de Ceará

RESUMEN

Objetivo: Analizar la asociación de las medias de los escores de la escala de autoeficacia del amamantamiento – versión abreviada (BSEF-SF) con variables sociodemográficas y obstétricas. **Métodos:** Estudio cuantitativo, longitudinal del tipo panel, desarrollado en seis Unidades Básicas de Salud de la Familia del municipio de Pacatuba-CE, con 50 mujeres. Se utilizó la BSES-SF y los formularios sobre el prenatal y el puerperio. Se realizó un análisis descriptivo e inferencial, con pruebas de comparación de medias (t de Student/test de Wilcoxon). **Resultados:** Hubo significancia estadística entre la mayoría de las variables sociodemográficas y las medias de los escores de la BSES-SF en el prenatal y en el post-parto ($p < 0,05$) y se puede encontrar una diferencia estadística con las medias de los escores de la BSES-SF en el prenatal y en el post-parto ($p < 0,05$). **Conclusión:** Se verificó un aumento significativo en las medias de los escores de la BSES-SF en el puerperio, evidenciando mayor autoeficacia de la mujer para amamantar y la necesidad de que los profesionales de la ESF actúen junto a la puérpera-nutriz objetivando aumentar la prevalencia de la lactancia materna.

Descriptor: Lactancia Materna; Autoeficacia; Enfermería; Período de Postparto.

INTRODUCCIÓN

La nutrición adecuada es la piedra angular de los cuidados para el desarrollo de la infancia, siendo esencial para alcanzar los objetivos de desarrollo del milenio. La Asamblea Mundial de la Salud aprobó, en el 2012, un plan abarcador (2012-2025) que objetiva aliviar la carga de mala nutrición infantil y designar recursos para alcanzar, hasta el 2022, tasas de lactancia materna exclusiva de 50% a nivel global⁽¹⁾.

Se sabe que la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida puede evitar, anualmente, más de 1,3 millones de muertes de niños menores de cinco años en los países en desarrollo. Reconocida como el primer derecho del niño después del nacimiento el amamantamiento puede reducir en 22% la mortalidad neonatal⁽²⁾. En Brasil, se verificó que en el 2011 se alcanzaron las tasas de mortalidad que estaban previstas para 2015, siendo la lactancia materna, posible responsable para este avance en el país. Las tasas del amamantamiento precoz y la lactancia materna exclusiva en este país giran alrededor del 40%, cayendo para 25% cuando se trata de la lactancia complementada⁽³⁾. Objetivando impactar esos indicadores, a Estrategia Amamanta y Alimenta Brasil pretende calificar a los profesionales de la atención primaria de la salud para que refuercen e incentiven la promoción de la lactancia materna en el ámbito del Sistema Único de Salud (SUS)⁽²⁾. Dicho hecho se refuerza por la Política Nacional de Atención a la Salud del niño (PNAISC) construida sobre los ejes que pasan por todas las redes de atención a la salud, incluyendo la promoción de la lactancia materna, así como por la Política Nacional de Alimentación y Nutrición. Esta tiene el propósito de mejorar las condiciones de alimentación, nutrición y salud de la población brasileña, mediante la promoción de prácticas alimentarias adecuadas y saludables, la vigilancia alimentaria

y nutricional, la prevención y el cuidado integral de los agravios relacionados a la alimentación y nutrición⁽⁴⁾.

El inicio y manutención del amamantamiento materno exclusivo están influenciados por diversos factores de orden biológica, ambiental, sociocultural, psicológica, entre otros. Entre los factores psicosociales, se destaca la autoeficacia materna para amamantar, la cual ha sido identificada como un importante concepto de promoción de la salud capaz de revelar la expectativa y la confianza de la mujer para amamantar a su hijo. Autoeficacia representa el grado de confianza que la mujer tiene en sí misma para superar las situaciones desafiantes para alcanzar los objetivos deseados relacionados a un comportamiento saludable, en este caso la lactancia materna⁽⁵⁾.

Apoyar la autoeficacia es una actitud profesional que se manifiesta en una relación clínica empática, teniendo relevancia reconocida tanto a nivel internacional^(5,6), como a nivel nacional^(6,7). La realización de este estudio se muestra oportuno para todos los profesionales que asisten al conjunto madre-hijo en la red de atención a la salud, pues despierta la necesidad de conocer la autoeficacia de la madre al amamantar aún en el ciclo gravídico-puerperal y en el cuidado continuado dado al niño. Al verificar la correlación entre los scores de la escala con las variables sociodemográficas y antecedentes obstétricos se podrá notar la relación de los factores sobre el acto de amamantar y trazar estrategias de intervención capaces de vencer las dificultades al manejar la lactancia materna, estimular su prevalencia y reducir las tasas de desmame precoz.

MÉTODO

Se trató de un estudio cuantitativo, de delineamiento longitudinal del tipo panel, de-

sarrollado con embarazadas atendidas en seis de las 14 Unidades Básicas de Salud de la Familia (UBSF) del municipio de Pacatuba-CE, las cuales fueron escogidas por ubicarse en el perímetro territorial de mayor concentración geográfica del municipio. Pacatuba corresponde a la tercera mayor ciudad en densidad demográfica de la región metropolitana de Fortaleza, con un Índice de Desarrollo Humano Municipal (IDHM) de Educación de 0,652⁽⁸⁾.

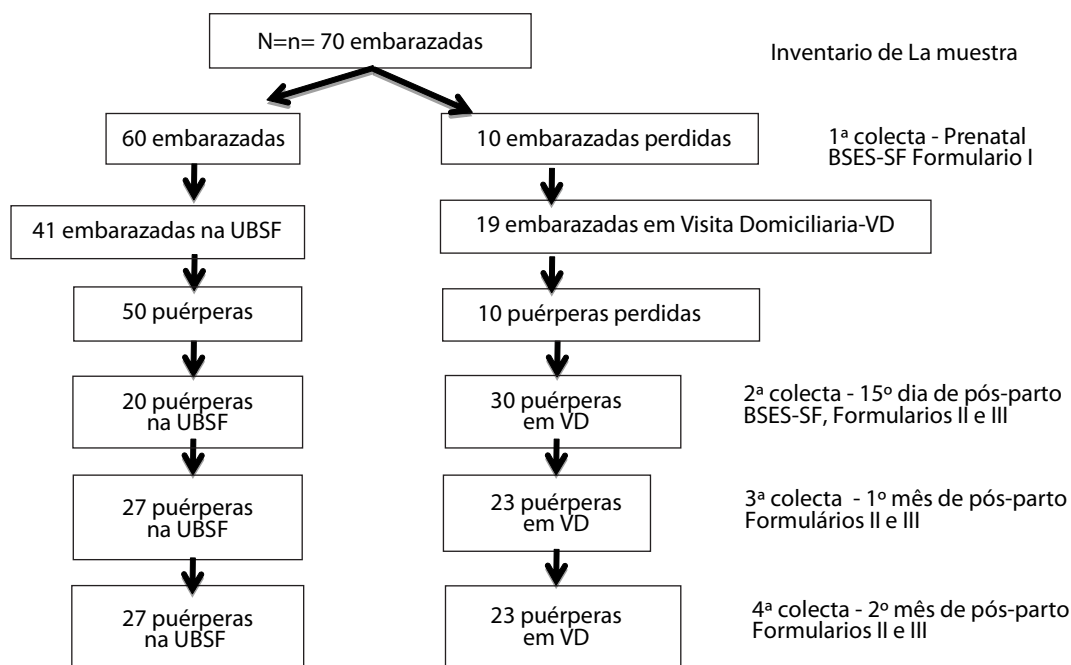
La muestra del estudio satisfizo toda la población de mujeres que atendían a los criterios de inclusión adoptados: embarazada con más de 30 semanas de edad de embarazo, embarazadas con feto único, atendidas en el prenatal de bajo riesgo de la Estrategia Salud de la Familia (ESF) de las unidades básicas de salud seleccionadas en la investigación. De las 70 embarazadas elegibles, 20 no pudieron componer la muestra final del estudio por haberse encajado en algún de los criterios de exclusión de discontinuidad: restricciones cognitivas que inviabilizaran su

participación en el estudio; embarazadas que tuvieron partos prematuros o que hubieran donado al niño; neonatos que permanecieron tiempo mayor que 15 días en la Unidad de Terapia Intensiva.

Delante de los expuesto, la recolección de los datos ocurrió con una muestra de 50 mujeres, de julio a noviembre de 2011, en la propia Unidad Básica de Salud o por visita domiciliaria, habiendo sido efectuada en dos etapas: la primera en el prenatal de las embarazadas y en la segunda en el 15° día de puerperio.

Para esto, fueron utilizados como instrumentos la *Breastfeeding Self-Efficacy Scale - Short-Form* (BSES-SF), versión traducida y adaptada para usarla en Brasil⁽⁷⁾, la cual está compuesta por 14 ítems, con cinco opciones de respuesta (1 a 5 puntos), pudiendo la suma de la escala variar de 14 (valor mínimo) a 70 puntos (valor máximo), a depender del grado de concordancia de la entrevistada. La BSES-SF evalúa el nivel de autoeficacia al amamantar de la madre, o sea,

Figura 1- Diagrama de flujo y de recolección de los datos. Paracatuba, 2011.



Fuente: Autoría propia, 2014

su confianza en sí misma sobre el éxito del amamantamiento. Se resalta que hasta ese momento la referida escala no había sido aplicada en Brasil en el contexto de la atención básica a la salud.

Además de la BSES-SF, se aplicó un formulario adaptado de otros estudios^(5,6), el cual abordaba datos referentes al perfil sociodemográfico y económico de las embarazadas, condiciones gineco-obstétricas; informaciones acerca de la dieta y el tipo de lactancia materna.

Los datos fueron analizados por la estadística descriptiva, por medio de las medias absolutas y relativas, error estándar medio (EPM) y el desvío estándar (DP), además de los análisis inferenciales efectuados por medio del test t de *student* o de *wilcoxon* en todas las variables estudiadas. Se resalta que fueron realizados los testes estadísticos para confirmar la normalidad de las variables (test de kolmogorov-smirnov), así como la igualdad de variancias (test de levene), considerándose estadísticamente significativo $p < 0,05$. Los datos fueron procesados en el SPSS – *Statistical Package for the Social Science*, versión 19.0 y presentados por medio de tablas.

El estudio obtuvo parecer favorable por el Comité de Ética en Pesquisa de la Universidad Federal de Ceará, número 124/2011, cumpliendo todas las exigencias de la Resolución 466/12 del Consejo Nacional de Salud, incluso, la que se refiere a que todas las participantes del estudio firmaron el término de consentimiento libre y aclarado.

RESULTADOS

En la Tabla 1, se puede verificar que las siguientes características sociodemográficas estuvieron asociadas estadísticamente con la media de autoeficacia materna al amamantar (BSES-SF) en relación al prenatal y al puerperio: edad entre 15 y 17 años; casada/pareja de hecho;

escolaridad materna menor que ocho años y paterna igual o superior a ocho años; tener renta *per capita* mayor que R\$ 141,00; haber hasta dos personas residiendo en el mismo domicilio; no poseer bolsa-familia; tener como abastecimiento de agua el sistema público y como aguas residuales el sistema público o fosas séptica.

Las madres participantes tenían en media, 36,4 semanas de embarazo (DP \pm 3). Respecto a la relación entre las variables, se puede verificar, en la Tabla 2, una asociación estadísticamente significativa entre las medias de los escores de la BSES-SF en el prenatal y en el puerperio relacionado a las siguientes características obstétricas: multíparas; ausencia de historia de aborto; existencia de dos hijos; haber amamantado anteriormente de manera mixta o exclusiva; inexistencia de dificultad para amamantar; experiencia anterior positiva al amamantar; madres que fueron amamantadas en la infancia y que conocían a alguien que ya había amamantado.

DISCUSIÓN

Se puede verificar, en la muestra estudiada, que mujeres con menor edad tuvieron mayores diferencias entre las medias de los escores de la BSES-SF al comparar el prenatal y el puerperio. De esta forma, se cree que a pesar de que los estudios muestran que las madre más jóvenes tienden a amamantar por período más corto⁽⁷⁾, estas mujeres tienen grandes chances de ser estimuladas por medio de estrategias de educación en salud para que mantengan el amamantamiento en el puerperio, teniendo en cuenta que ellas ya poseen una tendencia a una autoeficacia mejorada en el post-parto.

Se sabe que la ocurrencia de morbimortalidad en la infancia es alta en países poco desarrollados, principalmente nacidos de madres adolescentes⁽⁹⁾, resaltándose, por eso, la relevan-

Tabla 1 - Comparación de las medias de los escores de la BSES-SF en el prenatal y en el post-parto, según las variables sociodemográficas. Pacatuba, CE, 2011.

Variables	BSES-SF PN					BSES-SF PP			
	N	%	M	DP	M	±EPM	M	±EPM	P
Edad			23	5,3					
15-17	9	18			57	2,7	63	1,9	0,02
18-43	41	82			57,6	1,1	60	1,1	0,059
Estado civil									
Casada/pareja de hecho	38	76			57,5	1,1	61,7	1	<0,0001
Soltera/Divorciada	12	24			57,3	2,3	56,4	2,1	0,806
Escolaridad materna			8,6	2,6					
<8 años	12	24			58,1	2,1	62,3	1,4	0,041
≥ 8 años	38	76			57,3	1,2	59,8	1,2	0,06
Escolaridad paterna			8,3	3,1					
<8 años	15	30			57,5	1,9	60,7	1,6	0,153
≥ 8 años	35	70			57,5	1,2	60,4	1,2	0,034
Ocupación									
Con ocupación	9	18			55,8	3,1	62,3	2,2	0,044
Sin ocupación	33	66			56,9	1,1	60	1,1	0,008
Renta per capita			0,4	0,3					
<R\$ 140 (<26% SM)	17	34			58,1	1,4	61,2	1,5	0,167
>R\$ 141 (>27% SM)	33	66			57,2	1,4	60,1	1,2	0,029
Personas residiendo en el domicilio			3,48	1,4					
1 a 2	15	30			55,5	2	61,5	1,7	0,009
3 a 4	22	44			59,6	1,2	60,2	1,4	0,636
5 o más	13	26			56,1	2,2	59,7	2,1	0,221
Posee bolsa-familia									
Sí	28	56			58,5	1,3	58,9	1,6	0,818
No	22	44			56,7	1,4	61,6	1,2	0,001
Origen del agua									
Sistema público	46	92			57,9	1,1	60,8	1	0,016
Otros	4	8			53	2,3	56,3	4,6	0,279*
Destino de las aguas residuales									
Sistema público/Fosa séptica	39	78			57,4	1,2	60,6	1,1	0,022
Calle/Río/Riachuelo	11	22			57,6	1,9	59,6	2	0,194
Colecta regular de basura									
Sí	50	100			57,5	1	60,5	1	
Vive cerca de la UBSF									
Sí	32	64			56,9	1,4	60	1,2	0,07
No	18	36			58,5	1,4	61,3	1,5	0,007

Fuente: Autoría propia, 2014

SM: Salario Mínimo durante el estudio= R\$ 545,00; M= Media; DP= Desvío Estándar; M BSES-SF PN= Media de los escores de la BSES-SF en el prenatal; M BSES-SF PP= Media de los escores de la BSES-SF en el post-parto; EPM= Error Estándar Medio; p: t de Student; * test de Wilcoxon.

cia de que los profesionales de la ESF incentiven a esas madres a amamantar a sus hijos, ya que el embarazo en la adolescencia es una realidad cada vez más presente en nuestro país.

Se verificó, en este estudio, una asociación estadísticamente significativa entre la escolaridad

materna inferior a ocho años y la autoeficacia materna entre el prenatal y el puerperio. Se infiere que esta relación sea negativa, teniendo en cuenta que las madres con baja escolaridad tienden a introducir precozmente otros alimentos en la alimentación del niño⁽¹⁰⁾. Las madres

Tabla 2 - Comparação de las medias de los escores de la BSES-SF en el prenatal y en el post-parto, según los antecedentes obstétricos. Pacatuba/CE, julio a noviembre de 2011.

Variables	BSES-SF PN						BSES-SF PP			
	N	%	M	DP	M	±EPM	M	±EPM	ρ	
Embarazos anteriores										
Primípara	24	48			57,1	± 1,5	59,7	± 1,6	0,183	
Múltipara	26	52			57,8	± 1,4	61,2	± 1,1	0,013	
Abortos										
Sí	7	14	0,1	0,4	57,1	± 4	62,3	± 2,3	0,232 *	
No	43	86			57,5	± 1	60,2	± 1,1	0,025	
Paridad										
Primípara	26	52			57,1	± 1,4	60	± 1,5	0,144	
Múltipara	24	48			57,8	± 1,5	61	± 1,2	0,01	
Hijos vivos										
			0,94	1,2						
Uno	11	22			57,4	± 2,7	59,4	± 2	0,356	
2	7	14			59,9	± 1,8	62,6	± 2	0,028 *	
3 a 5	6	12			59,9	± 1,8	62,6	± 2	0,225 *	
Sin hijos	26	52			56,9	± 1,4	60,2	± 1,5	0,255	
Tipo de Amamantamiento anterior¹										
Mixto	23	92	213,1	11,5	58,4	± 7,1	61,1	± 5,7	0,004	
Exclusivo	15	60	403,1	17,1	58,2	± 7,7	58,2	± 4,6	0,012	
Dificultad al amamentar¹										
Sí	1	4			49	±	46	±	-	
No	23	96			57,6	± 1	60,8	± 0,9	0,021	
Experiencia de amamentar¹										
Positiva	22	92			57,5	± 4,5	61,1	± 1,2	0,004	
Negativa	2	8			66,5	±	62	±	-	
Mamá cuando niño										
Sí	37	74			57,5	± 1,2	59,2	± 1,1	0,047	
No	10	20			58,9	± 2,1	65,1	± 1,5	0,182	
No sabe	3	6			52,7		59		-	
Conoce a alguien que dio de mamar										
Sí	49	98			51,1	± 1	60,3	± 1	0,022	
No	1	2			66		64		-	
MEDIA BSES-SF PN			57,46		± 1				0,009	
MEDIA BSES-SF PP			60,4		± 1					

Fuente: Autoría propia, 2014

¹Múltiparas; M=Media; DP: Desvío estándar; M BSES-SF PN: Media de los escores de la BSES-SF en el prenatal; M BSES-SF PP: Media de los escores de la BSES-SF en el post-parto; EPM: Error Estándar Medio; ρ: t de Student; * teste de Wilcoxon.

con mayor nivel educacional pueden tener un fuerte juicio de competencia personal y pueden aproximarse de la realización de tareas difíciles, desafíos a ser dominados, y no rechazarlos como amenazas⁽¹⁰⁾. De esta forma, se cree que las mujeres con mayor escolaridad, por tener mayores posibilidades de acceso a las informaciones sobre las ventajas de la lactancia materna, poseen también un aumento de la probabilidad de realizarla.

A pesar de los hallazgos mencionados, en otros estudios, la edad y la escolaridad maternas no fueron relacionadas con el puntaje obtenido en la BSES-SF en el prenatal, una semana post-parto y cuatro meses después del parto⁽⁵⁾. Además de eso, no se identificaron diferencias entre los puntajes medios BSES-SF en una, cuatro y ocho semanas post-parto, cuando se relacionan la edad y el nivel educacional⁽⁶⁾, contraponiéndose a diversos otros estudios^(11,12).

Entonces, la prevalencia de la lactancia materna está asociada positivamente a factores como por ejemplo, la madre tener más edad y mayor escolaridad, licencia-maternidad y tener más de un hijo⁽¹³⁾ o asociado negativamente a por ejemplo la madre ser primípara, cansancio físico, baja escolaridad, baja renta y ausencia de orientación para que realice el amamantamiento materno⁽¹⁴⁾.

Corroborando con otro estudio⁽¹²⁾, el nivel de educación paterna igual o superior a ocho años fue capaz de elevar la autoeficacia materna al amamantar. Además, también se verificó que el hecho de la madre ser casada o vivir como pareja de hecho influye en la autoeficacia materna ($p < 0,05$), pues se tratan de elementos favorecedores para la manutención de la lactancia, ya que existe la comprobación de estudios que demuestran la influencia paterna tanto al inicio como en la duración del amamantamiento materno, lo que hace que el apoyo de la pareja sea importantísimo durante el ciclo gravídico-*puerperal*, de modo que promueva la lactancia materna^(5,6).

En el presente estudio tanto tener una ocupación como no tenerla presentó asociación con la autoeficacia materna, no obstante, se verificó una asociación con renta *per capita* superior a R\$141, o sea, arriba de la línea de la pobreza. Es oportuno señalar que otros estudiosos también encontraron relación significativa entre las variables, renta y autoeficacia materna, sugiriendo, así, que cuanto mayor a renta, mayor la autoeficacia al amamantar^(6,11).

Los datos revelaron que, de la muestra envuelta, 56% ($n = 28$) eran beneficiarios del programa Bolsa Familia, de los cuales 38% ($n = 19$) con escolaridad ≥ 8 años, 54% ($n = 27$) no tenían empleo y 50% ($n = 25$) no tenían renta *per capita* satisfactoria. Actualmente, 16,2 millones (8,5%) de brasileños son extremadamente pobres, siendo que más de la mitad vive en el Nordeste (9,6 millones), sin ninguna renta (4,8 millones)

y rendimiento *per capita* de R\$1,00 a R\$ 70,00 (11,4 millones).

Se señala que este parámetro es usado para elaborar las políticas sociales, como el Programa Bolsa Familia. Según el Ministerio del Desarrollo Social (MDS) en diez años de existencia, el programa Bolsa Familia contribuye para reducción de la mortalidad infantil, de los niños hasta 5 años, en 19,4%⁽³⁾.

Cuanto al saneamiento básico, el IBGE reveló que en 2010, 93,5% de los domicilios urbanos contaban con el servicio de abastecimiento de agua por la red pública. Cuanto al alcantarillado, se constató que 68,3% de los domicilios brasileños eran atendidos por ese servicio. En relación a la colecta de basura, 98,5% de los domicilios eran atendidos por ese servicio, corroborando con nuestro estudio⁽⁸⁾. De esta forma, se infiere que mientras mejores sean las condiciones de la vivienda y el saneamiento básico de esas familias mayor autoeficacia las mujeres tendrán al amamantar a sus hijos, por sentirse seguras en relación a dichas variables socio sanitarias.

Cuanto al local de residencia, las madres que vivían distante de las UBS presentaron mayor autoeficacia al amamantar ($p < 0,05$). De esta forma, se puede inferir que la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) esté conciliando acciones para promover junto a la población que se encuentra en el área astricta, destacándose también el papel de la visita domiciliaria por parte del equipo de la ESF y de los agentes comunitarios de salud, los cuales actúan como eslabón entre las familias y los servicios de la salud:

La ESF tiene el potencial de elevar los índices de lactancia materna mediante el monitoreo permanente de las condiciones de salud y las situaciones de riesgo, comprendiendo la lactancia materna en su contexto sociocultural y familiar. Además de esto, merecen destaque las iniciativas de la Red Amamanta Brasil y de la

Red Cigüeña que también está actuando en el ámbito de la atención primaria a la salud.

Se sabe que los antecedentes obstétricos son factores relevantes para ser considerados en los embarazos actuales, teniendo en cuenta que pueden influenciar en el enfrentamiento de la mujer para ese nuevo embarazo⁽⁶⁾. Cuanto a la paridad, este estudio demostró que las primíparas presentan una reducción significativa de la autoeficacia al amamantar en comparación con las multíparas, corroborando con otras pesquisas^(5,12). Entonces, las multíparas con experiencia previa al amamantar presentaron escores de la BSES-SF consistentemente superiores a las primíparas⁽⁶⁾, pudiéndose inferir la importancia de las experiencias anteriores bien sucedidas en el desarrollo de la autoeficacia en el amamantamiento.

Las primíparas deben recibir orientación y estímulos diferenciados, pues hacen parte del grupo de riesgo de interrupción de la lactancia, debido a la inexperiencia, inseguridad y las dudas que surgen al iniciar la lactancia materna⁽¹⁵⁾. No obstante, las multíparas con experiencias negativas también pueden tener su autoeficacia perjudicada, por haber tenido respuestas emocionales negativas: miedo y ansiedad⁽¹²⁾.

Los profesionales de la salud deben considerar estos aspectos en las actividades que desarrollan en las Unidades de Atención Primaria, por medio del diálogo por pares donde una embarazada, con experiencias positivas de amamantamiento, pueda compartir sus vivencias con las que nunca han amamantado o las que tuvieron experiencias anteriores negativas al amamantar.

Un estudio realizado en Australia reveló que los escores de la BSES aumentaron tras el nacimiento, pues hubo, respectivamente, un incremento tanto entre las primíparas como entre las multíparas de 2,9 y 3,2 en la media

de los escores de la escala, en el prenatal y el post-parto⁽¹⁶⁾.

Se encontró una correlación positiva entre el número de hijos y el escore medio en la BSES-SF, o sea, las mujeres con más hijos, presentaron escores más altos en la escala, coadunando con un estudio en que verificaron asociación con las mujeres que tenían uno o más hijos vivos⁽¹⁷⁾.

Estudios apuntan que las mujeres con experiencia positiva en relación a la lactancia de los otros hijos presentaron predisposición para amamantar a un nuevo bebé y en general, lo amamantan por más tiempo, cuando comparadas con las mujeres que vivieron experiencias negativas, como: dolor, mastitis, fisuras, pezón invertido, producción insuficiente de leche y otras dificultades⁽¹¹⁾.

El nivel de desempeño a través de la experiencia anterior tiene una influencia significativa en la autoeficacia⁽¹²⁾, ya que son consideradas relevantes para ese constructo, las experiencias de éxito: experiencia anterior al amamantar; apoyo profesional anterior; experiencias vicarias con observación del comportamiento de alguien que vive en situaciones de vida semejantes y que logró amamantar con suceso.

Entonces, las mujeres que tienen una experiencia previa de amamantamiento negativo o mal sucedida pueden ser particularmente de riesgo, por no intentar o no continuar amamantando a sus hijos subsecuentes. Considerando que la experiencia anterior va a influenciar su autoeficacia, el enfermero, aplicando la BSES-SF, puede ser capaz de identificar y facilitar la percepción de la experiencia anterior al amamantar y a partir de ahí, promover intervenciones específicas que aumentarían la autoeficacia de la madre para iniciar y mantener la lactancia materna.

En el 2009, la ESF alcanzó 50,7% de la población brasileña, con mayores coberturas en los menores municipios. Pesquisas muestran

que para cada aumento en 10% de la cobertura de la Salud de la Familia, está asociada una reducción de 4,6% en la mortalidad infantil⁽¹⁸⁾. De aquí, la importancia de identificar los factores que puedan motivar a la mujer para amamantar. La ESF debe estar centralizada en la familia, entendida y notada a partir de su ambiente físico y social, lo que le posibilita a los equipos de la ESF una comprensión ampliada del proceso salud/enfermedad y de la necesidad de intervenir más allá de la práctica curativa.

La autoeficacia es una variable cognitiva esencial para motivar y ejecutar cualquier acción o comportamiento relacionado a la salud. Entonces, estimular la confianza materna al amamantar posiblemente podrá influenciar otros comportamientos que impactarán los indicadores de la salud del niño.

El vínculo y el acompañamiento longitudinal del equipo de la ESF con la embarazada posibilitan la identificación de los niveles de autoeficacia de la madre al amamantar, de modo que, cuando esos profesionales identifiquen a las madres como baja autoeficacia, por ser éste un vaticinador negativo para el amamantamiento materno exclusivo, podrán intervenir procurando la promoción de la autoeficacia materna al amamantar y consecuente aumento de la prevalencia de la lactancia, así como el impacto positivo en el crecimiento y desarrollo infantil.

Como existen cuatro fuentes de información de autoeficacia (experiencia personal; experiencia vicaria; persuasión verbal; estados fisiológicos/emocionales), se pueden trazar estrategias específicas para reforzar el efecto de esas fuentes⁽¹⁹⁾. Por ejemplo, las mujeres sin apoyo podrían ser direccionadas para actividades donde ellas puedan encontrar y obtener la ayuda de otras madres experimentadas, permitiendo que ellas tengan un modelo para seguir y por lo tanto, más experiencia vicaria. Una red

de soporte para la lactancia, un acceso más fácil a los servicios de salud, envolviendo educación y planeamiento, pueden mejorar los resultados del amamantamiento y también son factores relevantes en el incremento de la autoeficacia.

La atención prenatal constituye una de las acciones más elementales de la atención básica, impactando de manera muy positiva a los indicadores materno-infantiles. Las embarazadas necesitan ser reconocidas para promover su vinculación con el equipo, garantizando, así, un acompañamiento de calidad satisfactoria, con la identificación e intervención, en tiempo oportuno, de posibles problemas, con definición de prioridades a partir de la evaluación y clasificación del riesgo y el análisis de vulnerabilidad⁽¹⁸⁾.

CONCLUSIÓN

El presente estudio, que consistió en analizar las medias de los escores de la BSEF-SF según las variables sociodemográficas y antecedentes gineco-obstétricas, refuerza las evidencias de factores que influyen en la autoeficacia al amamantar, así como constata la relevancia del papel del enfermero de la atención básica, que puede, a partir de la aplicación de la BSEF-SF, elaborar estrategias educativas para aproximar la temática de la lactancia, no solo a las madres, sino también a todo el contexto familiar, tentado discutir soluciones y medios de enfrentamiento ante las dificultades.

En este contexto, frente a la necesidad de valorar a los padres en el escenario de la promoción de la lactancia materna, ellos deberán participar en las estrategias educativas para que por medio de la persuasión verbal, una fuente de autoeficacia, también puedan actuar prestando apoyo a las madres y encorajándolas a proseguir el proceso de amamantamiento.

Uchôa JL, Gomes ALA, Joventino ES, Oriá MOB, Ximenes LB, Almeida PC. Sociodemographic and obstetric history in maternal self-efficacy in nursing: a study in panel. Online braz j nurs [internet] 2014 Sep [cited year month day]; 13 (4):645-55. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4708>

Por conseguinte, la Enfermería necesita apropiarse de tecnologías educativas, para intervenir junto a la clientela y su familia, pues, conociendo su autoeficacia y sus desafíos familiares, es posible realizar una educación en salud donde haya adhesión y ejecución de nuevas prácticas de salud por las mujeres durante el período gravídico y puerperal.

CITAS

1. World Health Organization. Maternal, infant and young child nutrition: draft comprehensive implementation plan. [online]. 2012 [cited 2013 feb 11]. Available from: http://www.who.int/nutrition/events/2012_consultation_proposed_globaltargets/en/
2. BRASIL Ministério da Saúde. Portaria 1920 de 05 de setembro de 2013. Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil.
3. Portal Objetivos de Desenvolvimento do Milênio -ODM. Acompanhamento municipal dos objetivos do milênio. [online]. 2012 [citado 2013 fev 11]. Disponível em: <http://www.portalodm.com.br>
4. BRASIL Ministério da Saúde Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Criança. [online]. 2014 [citado 2014 nov14]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/>
5. Dennis CL. Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: a self-efficacy framework. *Hum Lact.* 1999; 15(3):195-201.
6. Dennis CL. The breastfeeding self-efficacy scale: psychometric assessment of the short form. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2003; 32(6):734-44.
7. Oriá MOB, Ximenes LB. Tradução e adaptação cultural da Breastfeeding Self-Efficacy Scale para o português. *Acta Paul Enferm.* 2010; 23(2):230-8.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. [online]. 2011 [citado 2011 mai 11]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>.
9. International Baby Food Action Network. Conference declaration and call to action. [online]. 2012 [cited 2013 feb 11]. Available from: <http://worldbreastfeedingconference.org/home.html>
10. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
11. Blak RE, Allen LH, Bhutta ZA, Caulfield LE, Onis M, Ezzati M, et al. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *Lancet.* 2008; 371(9608):243-60.
12. Dodt RCM. Elaboração e validação de tecnologia educativa para autoeficácia da amamentação. [Tese] Fortaleza (CE): Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará; 2011.
13. Pollard DL. Impact of a feeding log on breastfeeding duration and exclusivity. *Matern Child Health J.* 2011; 15(3):395-400.
14. Costa EL, Sena MCF, Dias A. Gravidez na adolescência - Determinante para prematuridade e baixo peso. *Com Ciênc Saúde.* 2011; 22(Sup 1):183-8.
15. Tavares MC, Aires JS, Dodt RCM, Joventino ES, Oriá MOB, Ximenes LB. Application of Breastfeeding Self-Efficacy Scale to post-partum women in rooming-in care: a descriptive study. *Online Braz J Nurs.* [online]. 2010 [cited 2012 June 20]; 9(1). Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2717/599>
16. Kimani-Murage EW, Madise NJ, Fotso JC, Kyobutungi C, Mutua MK, Gitau TM et al. Patterns and determinants of breastfeeding and complementary feeding practices in urban informal settlements, Nairobi Kenya. *BMC Public Health.* [online]. 2011 [cited 2012 June 13];11: 396 Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3118248/>
17. Al-Sahab B, Lanes A, Feldman M, Tamim H. Prevalence and predictors of 6-month exclusive breastfeeding among Canadian women: a national survey. *Pediatrics.* 2010; 10(20):1-9.
18. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
19. Bandura A, Azzi RG, Polydoro S. Teoria social cognitiva: conceitos básicos. Porto Alegre: Artmed; 2008.

*Trabajo extraído de la Disertación del Máster "Autoeficacia de las mujeres en el ciclo gravídico-puerperal para amamantar" presentada al Programa de Post-Graduación de Enfermería de la Facultad de Farmacia Odontología y Enfermería de la Universidad Federal de Ceará, Brasil, 2012.

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

Recibido: 22/03/2014

Revisado: 1/12/2014

Aprobado: 1/12/2014