

Estudio experimental de una intervención educativa para promover la autoeficacia materna en el amamantamiento¹

Regina Cláudia Melo Dodt²
Emanuella Silva Joventino³
Priscilla Souza Aquino⁴
Paulo César Almeida⁵
Lorena Barbosa Ximenes⁶

Objetivo: construir, validar y evaluar una intervención educativa, utilizando el *flip-chart* (rotafolio) intitulado "Yo puedo amamantar a mi hijo". Método: estudio experimental utilizando preprueba, intervención y prueba posterior, así como un grupo de control. Un total de 201 mujeres, las cuales habían sido hospitalizadas inmediatamente por lo menos 6 horas después del parto. Las madres fueron atribuidas a los grupos de intervención (100 mujeres) o de control (101 mujeres), según la duración de la internación. La eficacia del *flip-chart* fue evaluada con la aplicación de la Escala de Autoeficacia de Amamantamiento (un pequeño formulario) en la admisión, cuando fueron dadas de alta y por teléfono dos meses después del parto. Los grupos de intervención y de control se mostraron de forma similar en cuanto a las variables sociodemográficas, obstétricas y ginecológicas. Resultados: la intervención fue benéfica, ya que las madres del grupo de intervención tuvieron puntajes altos de autoeficacia, más madres continuaron a amamantar y mantuvieron un periodo mayor de amamantamiento exclusivo, tanto cuando fueron dadas de alta como dos meses después del parto, presentando asociaciones estadísticamente significativas. Conclusiones: este estudio experimental evaluó la estrategia educacional mediada por medio del *flip-chart* intitulado "Yo puedo amamantar a mi hijo" como siendo eficaz en el aumento de la autoeficacia y de la duración del amamantamiento.

Descriptor: Estudios de Validación; Tecnología Educativa; Lactancia Materna; Autoeficacia; Enfermería.

¹ Artículo parte de la tesis de doctorado "Elaboração e validação de tecnologia educativa para autoeficácia da amamentação", presentada en la Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil. Apoyo financiero del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil, proceso nº 475692/2010-1.

² PhD, Profesor Adjunto, Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil.

³ PhD, Profesor Adjunto, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção, CE, Brasil.

⁴ PhD, Profesor Adjunto, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

⁵ PhD, Profesor Adjunto, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

⁶ PhD, Profesor Asociado, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

Correspondencia:

Lorena Barbosa Ximenes
Universidade Federal do Ceará. Departamento de Enfermagem
Rua Alexandre Baraúna, 1115
Bairro: Rodolfo Teófilo
CEP: 60430-160, Fortaleza, CE, Brasil
E-mail: lbximenes2005@uol.com.br

Copyright © 2015 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Reconocimiento-No Comercial (CC BY-NC). Esta licencia permite a otros distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir de tu obra de modo no comercial, y a pesar de que sus nuevas obras deben siempre mencionarte y mantenerse sin fines comerciales, no están obligados a licenciar sus obras derivadas bajo las mismas condiciones.

Introducción

El amamantamiento exclusivo se recomienda durante los primeros seis meses de vida, y debe seguir como alimentación suplementaria por lo menos hasta los dos años de edad⁽¹⁾. Esa recomendación, basada en diversas ventajas innegables del amamantamiento⁽²⁾, tiene el propósito de evitar los estimados 1,3 millones de muertes infantiles al año⁽¹⁾.

Sin embargo, menos del 40% de las madres alrededor del mundo amamantan a sus hijos exclusivamente durante los primeros seis meses de vida⁽¹⁾. En varios países, incluyendo Brasil, las metas preconizadas por la Organización Mundial de la Salud aún están muy por debajo de lo esperado. En Brasil, según las últimas investigaciones nacionales, la duración mediana del amamantamiento exclusivo fue de 60 días, el 25º percentil fue de 5 días y el 75º de 150⁽³⁾.

Puesto que el amamantamiento es una intervención eficaz, de implantación a gran escala viable y con el mayor potencial de reducción de la mortalidad infantil en Brasil⁽⁴⁾, varias estrategias se implantaron en el ámbito de la Política Nacional de Promoción, Protección y Apoyo de la Lactancia Materna.

También se debe considerar que, además de conocimiento materno sobre el asunto, la autoeficacia también tiene una fuerte influencia sobre el inicio y el mantenimiento del amamantamiento en Brasil⁽⁵⁻⁶⁾ y en el mundo⁽⁷⁻⁹⁾. La autoeficacia es la creencia en la habilidad personal de ejecutar con éxito determinadas tareas o comportamientos para alcanzar resultados⁽¹⁰⁾ deseables, siendo un factor modificable, sobre todo por medio de la educación en el área de la salud⁽¹¹⁾.

Dada la importancia de la autoeficacia, desarrollamos la Escala de Autoeficacia del Amamantamiento (EAA)⁽¹¹⁾, un instrumento para evaluar la autoeficacia de madres lactantes. La versión abreviada de la EAA fue proyectada para utilizarse en ambientes hospitalarios para optimizar el soporte de la enfermería para la promoción del amamantamiento⁽⁷⁾, y ya fue validada en Brasil.

Instrumentos como la EAA son esenciales para la elaboración de intervenciones educativas pertinentes, de acuerdo con las características específicas de cada población. Así, este estudio buscó construir, validar y evaluar una intervención educativa, utilizando el *flip-chart* intitulado "Yo puedo amamantar a mi hijo". La hipótesis de este estudio es que la intervención educativa usando este *flip-chart* es eficaz en el aumento de la autoeficacia y también para alargar la duración del amamantamiento.

Método

El presente estudio es de naturaleza experimental, utilizando un proyecto que incluía una preprueba, una intervención y una prueba posterior, así como un grupo de control (Figura 1).

La intervención fue un *flip-chart* y el proceso de elaboración y de validación ocurrió en cinco etapas: 1) la elaboración y la validación del *flip-chart* se basaron en la investigación de la literatura y en el Formulario de la Escala de Autoeficacia de Amamantamiento (EAA)⁽¹²⁾; 2) el formulario de la EAA se administró a todas las madres en el estudio seis horas después del parto (1º contacto); 3) el grupo de intervención recibió una explicación del investigador usando el *flip-chart*, mientras el grupo de control no recibió esa explicación; 4) la segunda aplicación del formulario de la EAA y una evaluación de la dieta del niño se realizaron antes del alta hospitalaria (2º contacto); y 5) la tercera aplicación del formulario de la EAA y una evaluación de la dieta del niño dos meses después del parto se condujeron por teléfono (3º contacto). La variable independiente fue la aplicación del *flip-chart*. Las variables dependientes fueron las tasas de autoeficacia y de amamantamiento.

El estudio se condujo en un gran hospital maternidad público, que suministró cuidados terciarios neonatales y perinatales. Este hospital está localizado en Fortaleza, Ceará, es asociado al Sistema Único de Salud (SUS) y entrena estudiantes de varias universidades. Siendo una maternidad certificada como amiga del bebé y asociada al banco brasileño de leche humana, el hospital posee una media de 600 nacimientos por mes. El hospital sigue los "Diez Pasos para el Éxito de la Lactancia Materna", por lo tanto, fórmulas infantiles son ofertadas a los bebés solamente en casos en los que el amamantamiento sea contraindicado — generalmente debido a enfermedades o medicaciones.

El estudio incluyó las madres que fueron hospitalizadas en el periodo entre octubre de 2010 y mayo de 2011, durante el cual hubo 2.871 nacimientos en el hospital. Los criterios de inclusión fueron: mujeres que estuvieran en el periodo post-parto inmediato (1-10 días), por lo menos 6 horas después del parto; mujeres con por lo menos 12 años de edad (los responsables firmaron su autorización y consentimiento en el caso de madres adolescentes); las madres saludables debían ser capaces de amamantar; y los recién-nacidos deberían pesar más de 2.000 g, haber nacido tras más de 35 semanas de embarazo y tener un índice de APGAR superior a 6, cinco minutos después del nacimiento. Los

criterios de exclusión fueron: mujeres con complicaciones médicas u obstétricas en el periodo post-parto; mujeres con condiciones médicas que imposibilitaran o contra-indicaran el amamantamiento; madres cuyos hijos fueron ingresados en unidad de terapia intensiva; y mujeres con hijos con alguna deficiencia o malformación que imposibilitara el amamantamiento. Los criterios de suspensión incluyeron desistimiento de la madre o del responsable legal (para adolescentes) de la investigación; cambio en el número de teléfono

durante el estudio, imposibilitando la continuación de la recolección de datos; o la muerte de la participante o del recién-nacido durante el estudio.

El tamaño de la muestra fue calculado usando la fórmula para estudios de intervención, definiendo el nivel de significancia en 5% y la potencia en 80%, resultando en una muestra de 150⁽¹³⁾. Teniendo en cuenta posibles pérdidas de informaciones, añadimos cerca de 30% al tamaño de la muestra final y 201 madres fueron reclutadas.

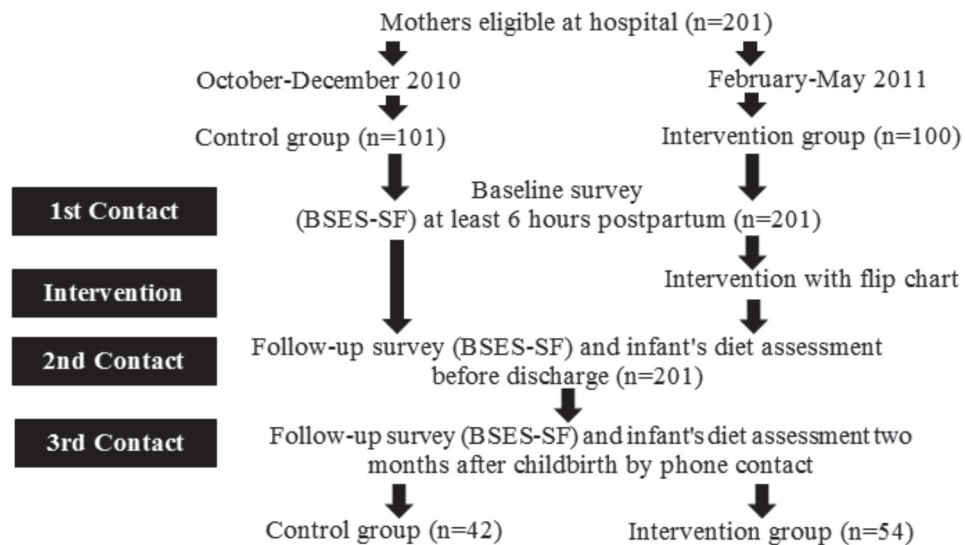


Figura 1 - Flujograma del proyecto de estudio y el tiempo de acompañamiento con los participantes

Para reducir ambigüedades, fueron recolectados datos de los grupos de intervención y de control durante periodos distintos, pues si los datos fueran recolectados durante el mismo periodo, las madres podrían compartir las informaciones suministradas en el *flip-chart*, comprometiendo así la validez de la eficacia de la intervención.

Durante el primer y el segundo contacto (antes del alta hospitalaria), la recolección de datos fue conducida con las 201 madres seleccionadas de acuerdo con los criterios de inclusión y de exclusión: 101 mujeres estaban en el grupo de control y 100 en el grupo de intervención.

Sin embargo, en el 3º contacto, sólo 96 madres participaron debido a dificultades en entrar en contacto con las participantes por teléfono, 42 (43,7%) en el grupo control y 54 (56,2%) en el grupo de intervención (Figura 1). Los investigadores compararon los números de teléfono de las participantes con el registro de la institución, pero aun así no lograron mantener la comunicación con algunas de las participantes para el tercer contacto.

Las madres fueron reclutadas durante el día, de lunes a viernes, después de ser identificadas como elegibles conforme sus registros médicos. Los investigadores visitaron a las madres individualmente para invitarlas a participar del estudio. Tras obtener el consentimiento por escrito, aplicaron el formulario de la EAA, un cuestionario socio-demográfico y otro clínico-obstétrico.

Entre el primer y el segundo contacto, el grupo de intervención recibió educación en salud por medio del *flip-chart* que ilustró la autoeficacia materna, mientras que el grupo control no recibió esa intervención.

El *flip-chart* intitulado "Yo puedo amamantar a mi hijo" (40 cm de anchura, 32 cm de altura) contiene siete ilustraciones, preparadas con la ayuda de un profesional y del programa CorelDraw X5 Graphics Suite, y siete *scripts* (espalda de cada ilustración) que abordaban el tema del amamantamiento con base en los ítems de la EAA.

Diez profesionales validaron la apariencia y el contenido del *flip-chart*. Esos profesionales son especialistas en el área de amamantamiento, con

por lo menos dos años de experiencia, y fueron seleccionados por conveniencia. Los profesionales consideraron las seis ilustraciones y los seis *scripts* claros y comprensibles, con concordancia por encima del 50%. En lo que respecta al grado de relevancia de las ilustraciones y *scripts* del *flip-chart*, dos figuras presentaron 80% de relevancia y las otras entre 90% y 100% en la opinión de los especialistas. Para el grado de relevancia, se calculó el Índice de Validez de Contenido (IVC) global, y se obtuvieron los valores de 0,92 para las figuras y 0,97 para los *scripts*, indicando un acuerdo casi unánime entre los especialistas. Las sugerencias de los especialistas fueron adoptadas para mejorar las figuras y los *scripts*⁽¹²⁾.

Diez madres lactantes participaron de una prueba de la estrategia educacional presentada en el *flip-chart* intitulado "Yo puedo amamantar a mi hijo". Se les preguntó sobre el tipo de intervención utilizado y se evaluaron también la claridad y la comprensión de las ilustraciones presentadas en el *flip-chart*.

Después del proceso de validación, el *flip-chart* fue usado con cada madre individualmente en el lecho hospitalario por un tiempo medio de 20 minutos. Un único investigador presentó el *flip-chart* a las madres en el grupo de intervención, abordando el contenido con la ayuda de los *scripts*, así como oyendo preguntas y aclarando cuestiones para incentivar a las madres a comenzar y a continuar el amamantamiento. Así, el investigador inicialmente le presentó cada cuadro en el *flip-chart* a la madre, de forma a oír su opinión sobre cada aspecto del amamantamiento. Con base en experiencias antecedentes, el investigador intentó establecer un vínculo con la paciente, dándole orientaciones específicas según las necesidades de cada una. Mientras la madre miraba cada ilustración en el *flip-chart*, el investigador explicaba las informaciones utilizando el *script* correspondiente.

Como el *flip-chart* fue desarrollado con base en los quesitos de la EAA (Técnica y Pensamientos Intrapersonales), el investigador abordó el dominio técnico, enseñando el posicionamiento adecuado del recién-nacido durante la alimentación, formas de mejorar el confort durante el amamantamiento, reconocimiento de las señales de la lactancia de calidad y succión adecuada del complejo areola-pezones, entre otras cuestiones técnicas. Mientras que el quesito Pensamientos Interpersonales trabajó el deseo de amamantar, la motivación interna para el amamantamiento se basó en la satisfacción de la experiencia de la lactancia.

Tres instrumentos de medición fueron incluidos en este estudio. El formulario de la EAA, que evalúa la autoeficacia materna en el amamantamiento, es compuesto por 14 ítems organizados en dos quesitos (ocho ítems en el quesito técnico y seis ítems en el quesito pensamientos intrapersonales) evaluados a través de una escala de Likert de cinco puntos, de 1 (desacuerdo total) a 5 (gran conformidad), con puntaje variando de 14 a 70. El puntaje total de la escala fue utilizado para calcular la autoeficacia de las madres. La versión de la escala validada para Brasil se mostró confiable (con un alfa de Cronbach de 0,74 y coeficientes de correlación intraclase variando de 0,68 a 0,78)⁽⁶⁾.

El segundo cuestionario desarrollado por los investigadores abordó el perfil socio-demográfico de las participantes y recolectó datos relacionados a las variables clínicas, historia obstétrica, actual embarazo, parto, condiciones del pecho y experiencia anterior con amamantamiento.

El tercer instrumento fue utilizado para guiar el contacto por teléfono con las participantes de los grupos de control y de intervención y recolectar datos relacionados con las visitas a profesionales de salud de cuidados primarios, en los primeros 15 días después del parto, y con las orientaciones sobre amamantamiento suministradas durante las visitas, respecto a la dieta del niño, según las clasificaciones de la Organización Mundial de la Salud⁽¹⁾.

Las participantes fueron entrevistadas tres veces (dos durante la hospitalización): una vez por lo menos 6 horas después del parto (inicio del estudio), otra poco antes de ser dada de alta, y la tercera vez dos meses después del parto (estudio de acompañamiento). El equipo de recolección de datos incluyó cinco estudiantes de enfermería, entrenados para la investigación, y otro investigador se encargó únicamente de la presentación del *flip-chart*. Durante el entrenamiento, los estudiantes de enfermería tuvieron que entrevistar al investigador principal repetidamente, hasta que las preguntas fueran hechas sin influenciar la respuesta del entrevistado. Las entrevistas fueron grabadas para que los alumnos pudieran identificar los aspectos que debían ser mejorados y también de forma que el profesor pudiera suministrar algunas explicaciones.

Los datos fueron insertados dos veces en el Access 2007 (Microsoft Office) y posteriormente exportados para el SPSS 18.0 para Windows, con el que se realizaron los análisis descriptivo e inferencial. Para validar las ilustraciones y los *scripts*, calculamos el Índice de Validez Contenido (IVC), considerando un IVC superior a 0,90 como pertinente⁽¹⁴⁾.

Las participantes fueron caracterizadas por frecuencias (porcentaje), medios y error estándar de la media (SEM). Para comparar los grupos de intervención y de control, aplicamos la prueba T de *Student* y la prueba F de *Snedecor*. Con el resultado de la prueba F de *Snedecor* (ANOVA), usamos también la prueba de Tukey para determinar qué pares eran significativamente distintos. Para comparar los grupos al inicio y después de dos meses de intervención, usamos la prueba chi-cuadrado y la prueba t de *Student*, o la prueba de Mann-Whitney, considerando un alfa crítico de 0,05.

En el análisis del tipo de alimentación, el amamantamiento exclusivo fue definido como método en el cual el niño recibió sólo leche materna y ningún otro líquido o sólido, con la salvedad de gotas o jarabes conteniendo vitaminas, sales de rehidratación oral, suplementos minerales o medicamentos. El amamantamiento es un concepto entendido como un niño recibiendo leche materno, independientemente de que el niño haya recibido otros alimentos⁽¹⁾.

El Comité de Ética de Investigación de la Escuela Maternidad Assis Chateaubriand aprobó el estudio. Todos los participantes, en los grupos de intervención y de control, así como los especialistas que evaluaron el flip-chart y las madres que realizaron la prueba de intervención fueron informados de sus derechos garantizados en cuanto a la confidencialidad de los datos y se les ofreció la oportunidad de retirarse del estudio a cualquier momento.

Resultados

La muestra total del estudio (n = 201) fue dividida en dos grupos: control (n = 101) e intervención (n = 100). No hubo diferencia entre los grupos de intervención y de control, en lo que atañe a edad (p = 0,116), renta per cápita (0,120), recibimiento de ayuda para tareas domésticas (p = 0,178) y existencia de un lugar designado para amamantamiento en casa (p =

0,273). No hubo diferencia entre los grupos, en lo que se refiere a la media de años de escolaridad (0,774), siendo 9,38 años en el grupo de intervención y 9,49 años en el grupo de control. Además, en lo que se refiere a las variables obstétricas, observamos una homogeneidad entre los grupos en relación al número de embarazos (p = 0,138), número de abortos (p = 0,083) y periodo de amamantamiento (p = 0,546). Así, los grupos se mostraron similares, asegurando que las diferencias encontradas entre ellos se debieron, en realidad, a la intervención y no a ambigüedades de la selección.

Los puntajes del formulario de la EAA variaron entre 14 y 70, mínimo y máximo respectivamente; un mayor puntaje indica una mayor autoeficacia materna. Sin embargo, para evaluar la variable autoeficacia materna en el amamantamiento, ajustamos los puntajes totales obtenidos del formulario de la EAA, para que el valor mínimo fuera cero y el valor máximo 100 (Tabla 1, Figura 2).

El puntaje medio de la EAA al inicio del estudio para el grupo de intervención fue de 74,1 (SIN±1,2) y para el grupo de control fue de 72,8 (SIN±1,0) (ANOVA, p = 0,384). Los puntajes del segundo contacto, después del uso del *flip-chart* con el grupo de intervención y después del uso de las directrices convencionales de la institución con el grupo de control, fueron 77,5 (SEM±1,0) y 75,1 (SEM±1,0) (ANOVA, p = 0,113), respectivamente, comprobándose que, entre el primer y el segundo contacto, los puntajes medios eran muy próximos, con un aumento de 3,4 puntos en el grupo de intervención y uno de 2,3 puntos en el grupo de control. Los puntajes de la EAA fueron superiores en el grupo de intervención (79,1, SIN±1,2) que en el grupo de control (70,7, SIN±2,5) dos meses después del parto (tercer contacto), averiguándose que el puntaje del grupo de intervención aumentó 5 puntos, mientras que el puntaje del grupo de control disminuyó 2,1 puntos (Tabla 1).

Tabla 1 - Comparación de los resultados principales entre el primer y el tercer contactos según el grupo. Fortaleza, CE, Brasil, 2010-2011

| | Grupo de intervención | | P | Grupo de control | | P |
|---------------------------|---------------------------------|---------------------------------|-------|---------------------------------|---------------------------------|-------|
| | Primer Contacto* Media ± DP‡ | Tercer Contacto† Media ± DP‡ | | Primer Contacto* Media ± DP‡ | Tercer Contacto† Media ± DP‡ | |
| Puntajes de la escala | 55,5 ± 6,63 | 58,2 ± 5,02 | 0,032 | 54,7 ± 5,68 | 53,5 ± 9,15 | 0,032 |
| Cambio | 2,54 ± 8,28 | | | -1,69 ± 11,16 | | |
| | Nº (%) | Nº (%) | | Nº (%) | Nº (%) | |
| Amamantamiento exclusivo§ | 100 (100%) | 54 (100%) | | 101 (100%) | 35 (41%) | |

* IG x CG en el primer contacto: p = 0,397; † IG x CG en el tercer contacto: p = 0,002; ‡ DP = desviación estándar; § test Z aplicado para proporciones de datos independientes p<0,001.

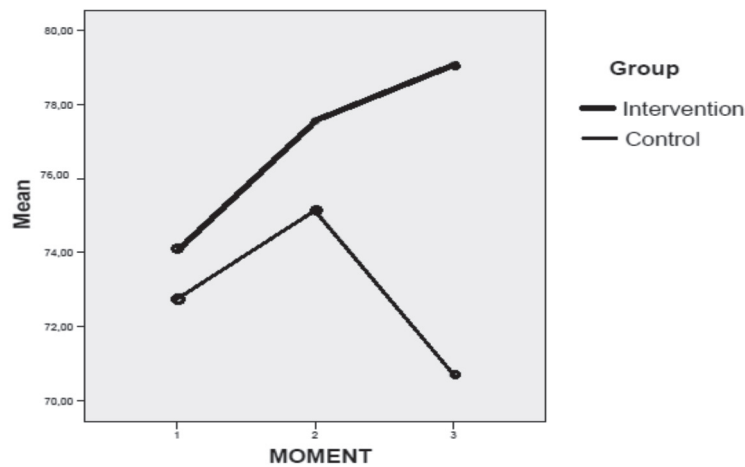


Figura 2 - Evolución de la media de autoeficacia en el amamantamiento en ambos grupos. Fortaleza, CE, Brasil, 2010-2011.

En el primer contacto, 100% de las madres en ambos grupos continuaron el amamantamiento, sin diferencias entre los dos grupos. Sin embargo, cuando el primer contacto fue comparado al tercero, todas las participantes (100%) en el grupo de intervención siguieron exclusivamente con el amamantamiento, mientras que sólo 41% de las participantes del grupo de control siguió ofreciendo leche materna a sus hijos (Tabla 1).

En lo que se refiere a la influencia de la autoeficacia en el amamantamiento continuo, podemos inferir que en el grupo de intervención los puntajes medios de la EAA

de amamantamiento exclusivo eran más elevadas que el puntaje medio en el amamantamiento no exclusivo ($p = 0,003$). En el grupo de control, la duración media del amamantamiento exclusivo y no exclusivo fueron similares ($p = 0,267$). La duración del amamantamiento exclusivo en el grupo de intervención (64,31) fue considerablemente superior a la del grupo de control (56,96) ($p < 0,05$) (Tabla 2). Así, la estrategia de educación en salud promovida por el *flip-chart* intitolado "Yo puedo amamantar a mi hijo" fue bien sucedida al aumentar la autoeficacia y la duración del amamantamiento.

Tabla 2 - Comparación de los tipos de alimentos y la media de los puntajes de la EAA en el tercer contacto, de acuerdo con el grupo. Fortaleza, CE, Brasil, 2010-2011

| Grupo | | | Media | SEM* | p |
|--------------|-----------------------------|--------------------------|-------|-------|-------|
| Intervención | Total en el tercer contacto | Amamantamiento exclusivo | 64,31 | 0,950 | 0,003 |
| | | Amamantamiento | 58,33 | 1,563 | |
| Control | Total en el tercer contacto | Amamantamiento exclusivo | 56,96 | 1,194 | 0,267 |
| | | Amamantamiento | 54,58 | 1,807 | |

*SEM = error estándar de la media.

Discusión

La variación en los puntajes de la EAA fue más evidente en el grupo de intervención que en el grupo de control. Entre el primer y el segundo contacto, el puntaje aumentó 3,4 puntos en el grupo de intervención y 2,3 puntos en el grupo de control. Sin embargo, entre el segundo y el tercer contacto, los puntajes del grupo de intervención aumentaron 1,6 puntos, mientras que hubo una disminución de 4,4 puntos en el grupo de control. Otros estudios también han demostrado una mejoría en

el puntaje de la autoeficacia materna entre las madres que recibieron intervenciones de especialistas⁽¹⁵⁻¹⁶⁾, averiguándose un aumento de hasta 15,1 puntos de la EAA⁽⁸⁾. En Australia, una intervención con base en la teoría de autoeficacia de Bandura aumentó la autoeficacia del amamantamiento. Además, 4 semanas después del parto, las mujeres del grupo de intervención presentaron una tendencia mayor a amamantar a sus bebés por más tiempo y más exclusivamente que las del grupo de control⁽¹⁵⁾. En Canadá, después de una intervención de autoeficacia, las madres en el grupo de intervención

tuvieron mayores puntajes medios de EAA, en 4 y 8 semanas después del parto, que el grupo de control.

Las prácticas educativas son consideradas eficaces cuando influyen las creencias que las personas tienen en sus propias capacidades. La educación también afecta el comportamiento de las personas al enfrentar adversidades, además de modificar la duración de las adversidades y la cantidad de esfuerzo empleado para enfrentarlas⁽¹⁷⁾. La autoeficacia materna puede haber sido influenciada también por experiencias personales, persuasión verbal en el momento de la intervención educativa y experiencias indirectas, tales como observar a otras mujeres amamantando en la maternidad donde se realizó el estudio⁽¹⁸⁾.

En ambos grupos, los puntajes aumentaron para los ítems del quesito interpersonal, entre el primer y el segundo contacto, mientras que los puntajes para los ítems del quesito técnico disminuyeron, entre el segundo y el tercer contacto. La práctica y la técnica del amamantamiento son factores que causan inseguridad entre las madres, aún en el grupo que recibió la intervención, cuando el impacto de la intervención no fue suficiente después de que las madres volvieran a casa. Las intervenciones deben ocurrir, además de en el contexto de la maternidad, dentro de una red de apoyo diario eficaz que enseñe, apoye y demuestre las prácticas ideales del amamantamiento, para que las madres puedan impedir la interrupción precoz de la lactancia.

Nuestra revisión de literatura identificó que los principales factores que influyen el amamantamiento entre los hispanicos son aculturación, apoyo interpersonal, autoeficacia y demandas concurrentes inmediatas⁽¹⁹⁾. Así, informaciones y orientaciones deben ser ofertadas también a la red de apoyo familiar, ya que muchas de las mujeres pierden la confianza en sí mismas tras volver a casa, debido a la presión de la familia y de los amigos para que ofrezca fórmulas infantiles a sus hijos⁽²⁰⁾.

Un estudio realizado en Chile demostró algunos factores que influyen negativamente el mantenimiento del amamantamiento exclusivo (tales como edad materna por encima de los 25 años) y, por lo tanto, la necesidad de estrategias educativas y sociales para ese grupo⁽²¹⁾.

Además de aumentar los puntajes de autoeficacia materna, la intervención educativa presentada por medio del *flip-chart* intitolado "Yo puedo amamantar a mi hijo" prolonga la duración del amamantamiento; en el estudio de acompañamiento, se averiguó que 100% de las madres en el grupo de intervención siguió con el amamantamiento, en comparación con sólo 41% de las madres en el grupo de control. Un resultado similar fue encontrado

en Japón, donde, con un mes de acompañamiento, el amamantamiento decayó en cerca de 24% en el grupo de control, pero sólo en 10% en el grupo de intervención⁽⁸⁾.

En el grupo de intervención, los puntajes medios de la EAA en relación al amamantamiento exclusivo eran superiores a los puntajes medios del amamantamiento no exclusivo. Los puntajes medios, en lo que se refiere al amamantamiento exclusivo, en el grupo de intervención fueron significativamente superiores a los resultados del grupo de control. Ese resultado corroboró un estudio australiano en el que la autoeficacia en el amamantamiento fue mayor entre madres que lo mantuvieron como forma exclusiva de alimentación de sus hijos, en comparación con aquellas que amamantaron parcialmente y con aquellas que ya habían cesado el amamantamiento. Orientación sobre lactancia, apoyo a la duración del amamantamiento y confianza materna están asociados al amamantamiento un mes después del parto⁽²²⁾.

Un estudio usando varias estrategias (consulta individual, cursos de preparación para la parentalidad y el parto y visitas a domicilio), sin el foco en la autoeficacia, mostró que la intervención de enfermería no fue determinante para la prevalencia del amamantamiento⁽²³⁾.

Resaltamos que la autoeficacia debe ser considerada en intervenciones relacionadas al amamantamiento, y que debemos identificar el nivel de autoeficacia de esas madres antes de desarrollar cualquier estrategia⁽⁷⁾ para implantación durante los periodos pre-natal y post-parto⁽²⁴⁾. Esa variable es un fuerte indicador de la duración del amamantamiento, ya que la relación de riesgo de cese de la lactancia aumenta en cerca de 18% entre las mujeres que tienen bajo puntaje de autoeficacia en la EAA⁽²⁵⁾.

Conclusión

A pesar de los incontables beneficios del amamantamiento, éste aún es una práctica que requiere intervención para asegurar su continuidad. Este estudio constató que la intervención educativa reforzada por el *flip-chart* intitolado "Yo puedo amamantar a mi hijo" tuvo resultados positivos en el aumento de la autoeficacia materna, relacionada con una mayor adherencia y una mayor duración del amamantamiento dos meses después del parto. Por lo tanto, es importante que los/las enfermeros/as usen estrategias de educación de salud, como este *flip-chart*, para promover la lactancia materna. Más investigaciones son necesarias, en otras poblaciones

y en otros contextos, especialmente durante otras fases del embarazo y del parto (por ejemplo, durante los periodos pre-natal y post-parto remoto), para que sea posible evaluar las influencias de esa intervención durante largos periodos de tiempo.

La limitación de este estudio fue la dificultad para restablecer el contacto por teléfono con las participantes del estudio durante la fase final de recolección de datos, lo que imposibilitó el acompañamiento de algunas madres participantes.

References

- World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6–8 November 2007 in Washington D.C. Geneva: World Health Organization; 2008.
- Rea MF. Benefits of breastfeeding and women's health. *Jornal de Pediatria*. 2004;80(Supl 5):142-6.
- Warkentin S, Taddei JAAC, Viana KJ, Colugnati FAB. Exclusive breastfeeding duration and determinants among Brazilian children under two years of age. *Rev Nutr*. 2013;26(3):259-69.
- Darmstadt GL, Bhutta ZA, Cousens S, Adam T, Walker N, Bernis L. Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save? *Lancet*. 2005;365(9463):977-88.
- Oriá MOB, Ximenes LB, Almeida PC, Glick DF, Dennis CL. Psychometric assessment of the Brazilian version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. *Public Health Nurs*. 2009;26(6):574-83.
- Dotd RCM, Ximenes LB, Almeida PC, Oria MOB, Dennis CL. Psychometric assessment of the short form version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale in a Brazilian sample. *J Nurs Educ Practice*. 2012;2(3):66-73.
- Dennis CL. The breastfeeding self-efficacy scale: Psychometric assessment of the short form. *J Obstet Gynecol Neonat Nurs*. 2003;32(6):734-44.
- 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):1-10.
- Imdad A, Yakoob MY, Bhutta ZA. Effect of breastfeeding promotion interventions on breastfeeding rates, with special focus on developing countries. *BMC Public Health*. 2011;11(Supl 3):24-32.
- Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*. 1977;84(2):191-215.
- Dennis CL, Faux S. Development, and psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. *Res Nurs Health*. 1999;22(5):399-409.
- Dotd RCM, Ximenes LB, Oria MOB. Validation of a flip chart for promoting breastfeeding. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(2):225-30.
- Kirby A, Gebiski V, Keech AC. Determining the sample size in a clinical trial. *Med J Aust*. 2002;177(5):256-7.
- Alexandre NMC, Marina ZOC. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(7):3061-8.
- Nichols J, Schutte NS, Brown RF, Dennis CL, Price I. The impact of a self-efficacy intervention on short-term breast-feeding outcomes. *Health Educ Behav*. 2009;36(2):250-9.
- McQueen KA, Dennis CL, Stremmler R, Norman CD. A pilot randomized controlled trial of a breastfeeding self-efficacy intervention with primiparous mothers. *J Obstet Gynecol Neonat Nurs*. 2011;40(1):35-46.
- Smith BJ, Tang KC, Nutbeam D. WHO health promotion glossary: New terms. *Health Promotion Int*. 2006;21(4):340-5.
- Narchi NZ, Fernandes RAQ, Dias LA, Novais DH. Variables that influence the maintenance of exclusive breastfeeding. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(1):87-94.
- Schlickau JM, Wilson ME. Breastfeeding as a health-promoting behavior for Hispanic women: literature review. *J Adv Nurs*. 2005;52(2):200-10.
- Bueno LGS, Teruya KM. The practice of breastfeeding counseling. *J Pediatria*. 2004;80(supl 5):126-30.
- Pino VJL, López EMA, Medel IAP, Ortega SA. Factores que inciden en la duración de la lactancia materna exclusiva en una comunidad rural de Chile. *Rev. chil. nutr*. 2013;40(1):48-54.
- Blyth R, Creedy DK, Dennis CL, Moyle W, Pratt J, Vries MD. Effect of maternal confidence on breastfeeding duration: An application of breastfeeding self-efficacy theory. *Birth*. 2002;29(4):278-84.
- Graça LCC, Figueiredo MCB, Conceição MTCC. Contributions of the nursing intervention in primary healthcare for the promotion of breastfeeding. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011;19(2):429-36.
- Semenic S, Loiselle C, Gottlieb L. Predictors of the duration of exclusive breastfeeding among first-time mothers. *Res Nurs Health*. 2008;31(5):428-41.
- Baghurst P, Pincombe J, Peat B, Henderson A, Redding E, Antoniou G. Breastfeeding self-efficacy, and other determinants of the duration of breastfeeding in a cohort of first time mothers in Adelaide, Australia. *Midwifery*. 2009;23(4):382-91.

Recibido: 8.7.2014

Aceptado: 1.3.2015