

AUTOEFICACIA MATERNA EN LA ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO PREMATURO Y DEL MANTENIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA

ASPECTOS DESTACADOS

1. Evaluar la autoeficacia materna, para promover la lactancia materna exclusiva.
2. Una baja autoeficacia materna para el cuidado indica debilidades en su confianza.
3. Evaluar la autoeficacia materna permite promover la lactancia materna exclusiva.

Leticia Squizato¹ 

Aline Dahmer da Silva¹ 

Eduarda Martinelle¹ 

Gicele Galvan Machineski¹ 

Beatriz Rosana Goncalves de Oliveira Toso¹ 

Claudia Silveira Viera¹ 

RESUMEN

Objetivo: evaluar la autoeficacia materna para el cuidado de recién nacidos prematuros en la unidad de cuidados intensivos neonatales y después del alta hospitalaria, y relacionarla con la duración de la lactancia materna en el hogar. **Método:** estudio longitudinal que empleó escalas de evaluación de autoeficacia de 38 madres de recién nacidos prematuros en el período de noviembre de 2020 a enero de 2022 en la ciudad de Cascavel – PR – Brasil. Los datos fueron analizados por estadística descriptiva e inferencial. **Resultados:** La autoeficacia materna durante la hospitalización mostró ser elevada, y se mantuvo, así, en la evaluación tras el alta. La autoeficacia para la lactancia no presentó diferencias estadísticamente significativas durante la hospitalización ($p=0,335$) ni tras el alta ($p=0,640$). Sin embargo, las madres con alta autoeficacia en la hospitalización y en el hogar mantuvieron la lactancia materna exclusiva durante más tiempo. **Conclusión:** Identificar la autoeficacia materna debe ser una rutina en la práctica clínica de la enfermería en la hospitalización y seguimiento post alta, para potencializar el mantenimiento de la lactancia materno exclusivo.

DESCRIPTORES: Lactancia Materna; Recién Nacido Prematuro; Autoeficacia; Enfermería Neonatal; Madres.

CÓMO REFERIRSE A ESTE ARTÍCULO:

Squizato L, Silva AD da, Martinelle E, Machineski GG, Toso BRG de O, Viera SC. Maternal self-efficacy for premature newborn care and breastfeeding maintenance. Cogitare Enferm. [Internet]. 2023 [cited "insert year, month, day"]; 28. Available from: <https://dx.doi.org/10.1590/ce.v28i0.91122>.

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna exclusiva (LME) es el acto por el cual el niño recibe leche materna directamente del pecho, ordeñada, o leche humana de otra fuente. Este acto promueve la interacción entre madre e hijo, lo que afecta al estado nutricional, la inmunidad, la fisiología, el desarrollo cognitivo y emocional y la salud a largo plazo del niño. Además, también afecta a la salud física y psíquica de la madre ¹.

Para promover la salud infantil, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), junto con el Ministerio de Salud de Brasil (MS), recomiendan el mantenimiento de la LME hasta los seis meses de edad, y la continuación de la lactancia materna hasta los dos años o más ¹⁻².

Cuando se trata del mantenimiento de la LME, los recién nacidos prematuros (RNPT) son un segmento poblacional vulnerable, pues las principales razones evidenciadas para el destete total o parcial de esos bebés son culturales y educacionales de las madres ³, así como psicológicas relacionadas a la internación del recién nacido (RN) en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). Ahora, las madres pueden mostrar preocupación, inseguridad, miedo, tristeza, desesperación y culpa por la hospitalización del niño, dificultando el acto de amamantar ⁴.

Algunas madres muestran mayores recursos psicológicos para afrontar la hospitalización de los RNPT, mientras que otras son más frágiles. En estos casos, los aspectos negativos de la hospitalización pueden conducir a una crianza poco saludable y a creencias negativas sobre su capacidad para llevar a cabo los cuidados con los RNPT⁴.

En este contexto, corresponde al equipo de salud evaluar constantemente la autoeficacia (AE)⁵ de las madres de RNPT durante la internación y seguimiento post alta hospitalaria. Ya que el uso de las escalas de AE es la base para que la enfermería realice un cuidado humanizado y de calidad, contribuyendo para la promoción de la LME e identificando aspectos de baja AE, permitiendo la detección precoz de debilidades maternas en su confianza y habilidad, tanto en el cuidado de RNPT como en el acto de amamantar ⁶.

Basándose en lo anterior, este estudio se propuso evaluar la autoeficacia materna para el cuidado de los recién nacidos prematuros en la unidad de cuidados intensivos neonatales y tras el alta hospitalaria, y relacionarla con la duración de la lactancia materna en el hogar.

MÉTODO

Estudio cuantitativo, longitudinal, desarrollado en una Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal (UCIN) de un hospital universitario del municipio de Cascavel-PR y en la consulta externa de seguimiento de RNPT.

La muestra del estudio fue compuesta principalmente por madres de RNPT hospitalizados en la UCIN en estudio, en el período de julio de 2020 a noviembre de 2021 y por todas aquellas que volvieron a la consulta de seguimiento, o respondieron a la encuesta por la aplicación *Google Forms*, en el período de noviembre de 2020 a enero de 2022. de hospitalización de los RNPT en la UCIN fueron listados: RNPT con edad gestacional (EG) inferior a 37 semanas; permanencia mínima en la UCIN de siete días; ausencia de malformaciones congénitas graves. Y, como criterios de exclusión: madres adolescentes (menores de 18 años), analfabetas, que no hablaran portugués o que tuvieran problemas de salud mental diagnosticados y registrados en las historias clínicas de los RNPT o auto

reportados y; RNPT que fallecieron durante el período de estudio. En el seguimiento tras el alta hospitalaria, se mantuvieron los criterios de la etapa de hospitalización, añadiendo algunos criterios de exclusión más: madres que no acudieron a la consulta programada en el ambulatorio; y madres que no devolvieron el contacto realizado en el envío de la escala a través de la aplicación de mensajería rápida tras tres intentos de contacto.

La autoeficacia fue evaluada por escalas validadas en Brasil: Percepción de Autoeficacia Parental Materna - PAEPM⁷, en la UCIN y el *Preterm parenting & self-efficacy checklist*⁸, 30 días después del alta hospitalaria.

El perfil sociodemográfico y clínico comprendía la edad, la educación, el estado civil, la relación laboral, los ingresos familiares, el número de hijos y el tipo de parto; la fecha de nacimiento, el sexo, la edad gestacional, el peso al nacer, la talla, el perímetro cefálico (PC), el APGAR, la duración de la estancia hospitalaria, la alimentación y las complicaciones/quejas/ocurrencias con la salud y los cuidados del bebé en casa, para caracterizar la muestra e identificar la prevalencia de la LME.

La autorización para el uso de ambas escalas se dio mediante contacto por correo electrónico. La puntuación final de las 20 preguntas evaluadas en la PAEMP varía entre 20 y 80 puntos⁷. Clasificando la AE en: baja autoeficacia (20 a 39 puntos); media autoeficacia (40 a 59 puntos); alta autoeficacia (60 a 80 puntos).

Las puntuaciones de la PAEMP en la UCIN se clasifican en cuatro dominios: **cuidándose**, puntuación de cuatro a ocho puntos (autoeficacia baja); de nueve a 12 puntos (autoeficacia media) y de 13 a 16 puntos (autoeficacia alta); **elicitando la atención**, una autoeficacia baja se refiere a una puntuación de siete a 14; una autoeficacia media de 15 a 21 puntos y una autoeficacia alta de 22 a 28 puntos; **lectura del comportamiento**, una puntuación entre seis y 12 puntos se refiere a baja autoeficacia; de 13 a 18 puntos se refiere a media autoeficacia y alta autoeficacia de 19 a 24 puntos; **creencias situacionales**, baja autoeficacia presenta de tres a seis puntos; en media autoeficacia oscila de siete a nueve y alta autoeficacia de diez a 12 puntos.

El *Preterm parenting & self-efficacy checklist* tiene una puntuación final de 36 y 252 puntos⁸. La clasificación de las puntuaciones de la escala en el primer mes de seguimiento se produjo en función de cada uno de los tres dominios: **Autoeficacia parental**, baja autoeficacia (12 a 28 puntos); media autoeficacia (29 a 56 puntos) y Alta autoeficacia (57 a 84 puntos); **importancia de las tareas**, baja autoeficacia (12 a 28 puntos); media autoeficacia (29 a 56 puntos) y Alta autoeficacia (57 a 84 puntos); **competencia parental autopercibida**, baja autoeficacia (12 a 28 puntos); media autoeficacia (29 a 56 puntos) y Alta autoeficacia (57 a 84 puntos). La puntuación total es la suma de todos los dominios, clasificando la EA global como: baja (36 a 84 puntos); media (85 a 168 puntos); alta (169 a 252 puntos).

Cabe destacar que hubo pérdida de muestra en el seguimiento, en el que la inclusión y exclusión de participantes se observa en el flujograma (Figura 1).

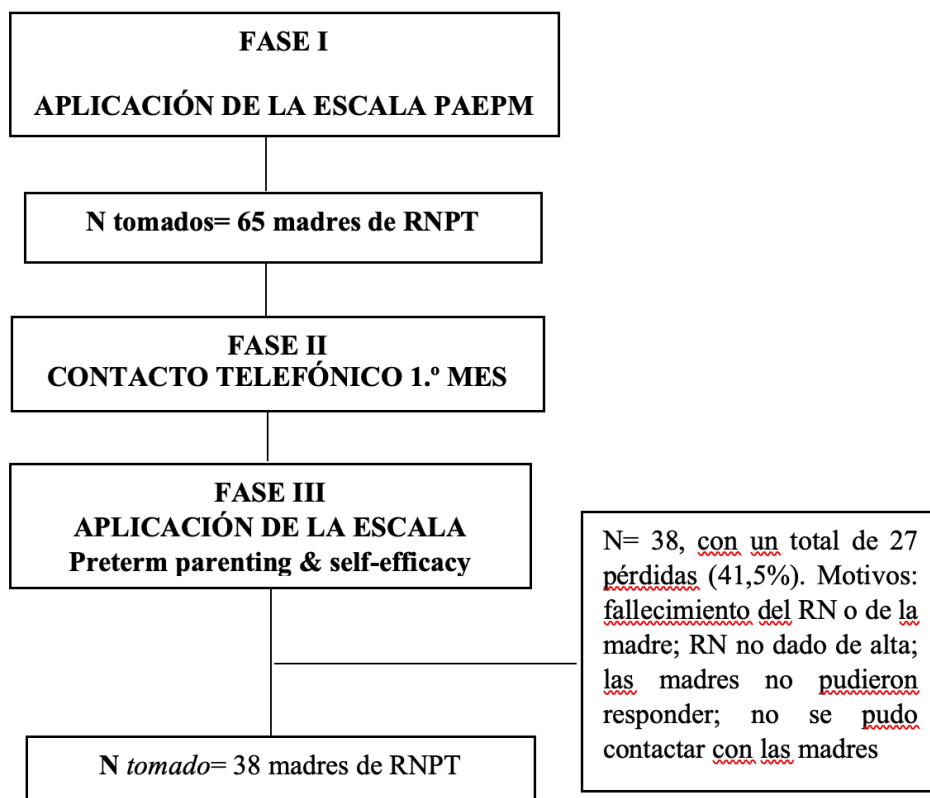


Figura 1 - Flujograma de descripción de la inclusión y exclusión de madres de RNPT. Cascavel, Paraná, 2021.

Fuente: Los autores (2021).

Para comparar los valores de AE al ingreso de los RNPT y los obtenidos en el seguimiento durante el primer mes tras el alta de la UCIN, los datos se transformaron en percentiles y se compararon mediante la prueba no paramétrica de Wilcoxon.

Para evaluar las puntuaciones de los AE maternos en relación con la práctica de los cuidados de lactancia materna en la UCIN y el seguimiento durante el primer mes de vida, se evaluaron los datos en cuanto a los supuestos de normalidad (prueba de Shapiro-Wilk) y homocedasticidad (prueba de Levene), analizándose posteriormente mediante el análisis de varianza de un solo factor (factor: práctica de lactancia materna; niveles: 1- lactancia materna exclusiva; 2- lactancia materna más agua, té, leche de fórmula o alimentación complementaria y 3- leche de fórmula), seguido de la prueba de Tukey-HSD.

Todos los análisis respetaron el nivel de significación de 0,05 con todas las pruebas realizadas en el programa XStat versión 2014.

Se respetaron los preceptos éticos en la investigación con seres humanos, y este estudio formaba parte del proyecto de investigación "Repercusiones de la prematuridad: estrés materno y programación metabólica tras el alta hospitalaria/estrés y papel materno tras una intervención educativa", aprobado por el Comité de Ética de la Investigación mediante el dictamen 1.836.186.

RESULTADOS

En la Tabla 1 se presentan las variables relacionadas con los datos sociodemográficos y clínicos de las madres de RNPT, como la edad materna, la educación materna, la relación laboral, el número de hijos y el tipo de parto.

En esta misma tabla se muestran también las variables en relación con los datos clínicos de los RNPT en el mismo periodo de evaluación, como sexo, peso, talla, perímetro cefálico (PC) y edad gestacional (EG).

Tabla 1 - Caracterización de la muestra de madres de RNPT y caracterización de los RNPT inscritos en el estudio durante la internación y seguimiento post alta. Cascavel, Paraná, 2021

Caracterización de la muestra de madres de los RNPT			
Variables	Hospitalización (n = 65) n (%)	Seguimiento (n = 38) n (%)	p valor
Edad Materna			
18-29 años	40 (61,5)	25 (65,7)	0,870
30-42 años	25 (38,5)	13 (34,3)	
Escolaridad Materna			
E.M* completo	29 (44,7)	16 (42,2)	0,998
E.M incompleto	14 (21,6)	9 (23,7)	
Superior completa	12 (18,5)	7 (18,5)	
E.F* completo	4 (6,1)	2 (5,2)	
E.F incompleto	4 (6,1)	3 (7,8)	
Ausencia de datos	2 (3,0)	1 (2,6)	
Relación Laboral			
Hogar	27 (41,6)	21 (55,3)	0,133
Trabaja fuera	24 (36,9)	15 (39,5)	
Estudiante	1 (1,5)	0 (0,0)	
Sin datos	13 (20,0)	2 (5,2)	
Número de niños			
1	23 (35,3)	15 (39,5)	0,434
2	17 (26,2)	12 (31,5)	
3	12 (18,5)	7 (18,5)	
4 o +	7 (10,7)	4 (10,5)	
Sin datos	6 (9,3)	0 (0,0)	
Tipo de parto			
Cesárea	37 (56,9)	24 (63,2)	0,176
Vaginal	22 (33,8)	14 (36,8)	

Sin datos	6 (9,3)	0 (0,0)	
Caracterización de los RNPT			
Variables	Hospitalización (n=75)* n (%)	Seguimiento (n=46) n (%)	p valor
Género			
Masculino	40 (53,4)	24 (52,1)	0,901
Femenino	35 (46,6)	22 (47,9)	
Peso			
500g - 1.500g	40 (53,4)	0 (0,0)	
1.501g - 2.500g	33 (44,0)	20 (43,5)	
2.501g - 3.500g	1 (1,3)	17 (36,9)	< 0,0001
3.501g - 4.500g	1 (1,3)	7 (15,2)	
4.501g - 5.500g	0 (0,0)	2 (4,4)	
Estatura			
30 - 40 cm	46 (61,3)	0 (0,0)	
41 - 50 cm	29 (38,7)	37 (80,5)	< 0,0001
51 cm ou +	0 (0,0)	9 (19,5)	
Perímetro Cefálico			
20 - 30 cm	60 (80,0)	2 (4,4)	
31 - 40 cm	13 (17,3)	42 (91,2)	< 0,0001
Sin datos	2 (2,7)	2 (4,4)	
Edad Gestacional (EG)			
≤ 28 semanas	14 (18,7)	6 (13,0)	
29 a 33 semanas	53 (70,6)	34 (74,0)	0,7012
34 a 36 semanas	8 (10,7)	(13,0)	

Fuente: Los autores (2021).

*E.S = educación secundaria; E.P = educación primaria; *N=75 debido a partos gemelares.

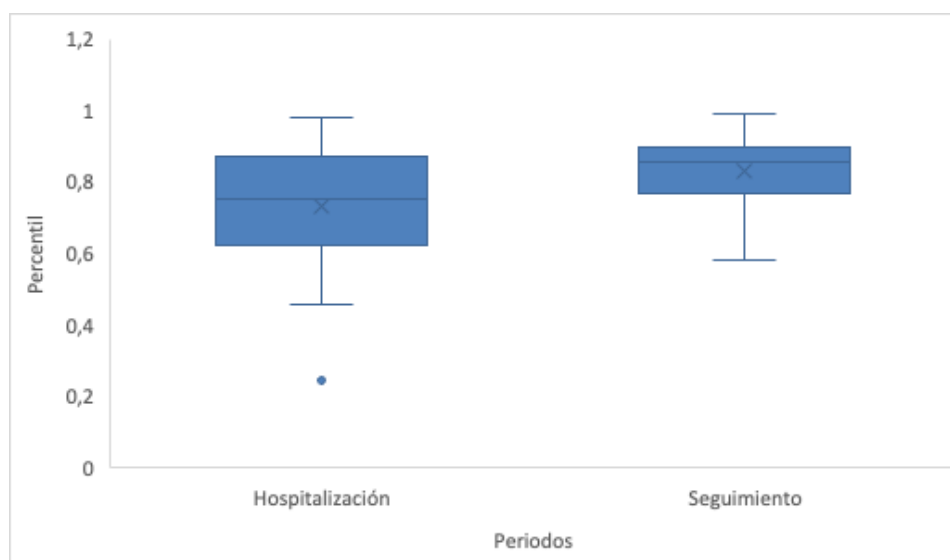
Durante la hospitalización de los RNPT, las puntuaciones medias de AE mostraron una situación de autoeficacia materna alta para los dominios "cuidándose", "elicitando la atención" y "creencias situacionales" de la escala PAEMP, mientras que "leer el comportamiento" mostró una valoración de autoeficacia materna media (Tabla 2). En el seguimiento después de la alta de los RNPT, observamos valores medios calculados para el dominio autoeficacia parental de 71 ± 9 ; 77 ± 6 para el dominio Importancia de las tareas y 69 ± 8 para la competencia parental auto percibida, lo que indica una alta autoeficacia materna (Tabla 2).

Tabla 2 - Puntuaciones por dominios de la escala de autoeficacia durante la hospitalización de recién nacidos pretérmino y durante el seguimiento posterior al alta hospitalaria. Cascavel, Paraná, 2021

Escala PAEMP			
Dominios	Media	Desviación estándar	Clasificación
Cuidándose	13	3	Elevada autoeficacia
Elicitando la atención	23	4	Elevada autoeficacia
Lectura del comportamiento	18	3	Media autoeficacia
Creencias situacionales	11	1	Elevada autoeficacia
<i>Preterm parenting & self-efficacy checklist</i>			
Dominios	Media	Desviación estándar	Clasificación
Autoeficacia parental	71	9	Elevada autoeficacia
Importancia de las tareas	77	6	Elevada autoeficacia
Competencia parental auto percibida	69	8	Elevada autoeficacia

Fuente: Los autores (2021).

Comparando los percentiles totales de los diferentes periodos (hospitalización y seguimiento post alta), se observó una percepción significativa de la autoeficacia de las madres durante el seguimiento en comparación con el periodo de hospitalización de las RNPT ($V = 617,00$; $p = 0,0004$) (Figura 2).



Leyenda: X: media. Línea inferior y superior del cuadrado: 1° y 3° cuartiles. Línea interior del cuadrado: mediana. Línea inferior y superior de la barra vertical: percentiles 10° y 90°.

Figura 2 - Relación entre los valores de los percentiles totales de los periodos de permanencia en la UTI neonatal y el seguimiento después de la alta. Cascavel, Paraná, 2021

Fuente: Los autores (2021).

Para correlacionar las puntuaciones de autoeficacia materna para los cuidados con el tipo de lactancia materna (1- lactancia materna exclusiva; 2- lactancia materna más agua, té, leche de fórmula o alimentación complementaria y 3- leche de fórmula), se evaluaron estas puntuaciones según las prácticas de lactancia materna durante la hospitalización en la UCIN y el seguimiento posterior a la alta de los RNPT (Cuadro 1).

No se observaron diferencias estadísticamente significativas en el periodo de hospitalización en la UCIN ($F_{2, 37} = 1,13$; $p = 0,335$; tabla 1), ni en el periodo posterior al alta en el seguimiento ($F_{2, 37} = 0,452$; $p = 0,640$; tabla 1).

Cuadro 1 - Puntajes totales de la escala de autoeficacia de acuerdo con la clasificación de la práctica de amamantamiento durante la internación y el seguimiento post alta. Cascavel, Paraná, Brasil, 2021

Tipo de Lactancia materna	Hospitalización		Seguimiento	
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar
Lactancia materna exclusiva	69,8	9,7	223,4	25,1
Lactancia materna más agua, té, fórmula o alimentos complementarios	62,8	9,6	214,7	20,2
Leche de fórmula	64,0	11,5	215,8	20,5
valor- p	0,335		0,640	

Fuente: Los autores (2021).

Aunque no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($F_{2, 43} = 0,539$; $p = 0,588$), cabe destacar que las madres que se sometieron a la LME mostraron la menor diferencia en sus puntuaciones entre los dos periodos de evaluación (Figura 3).

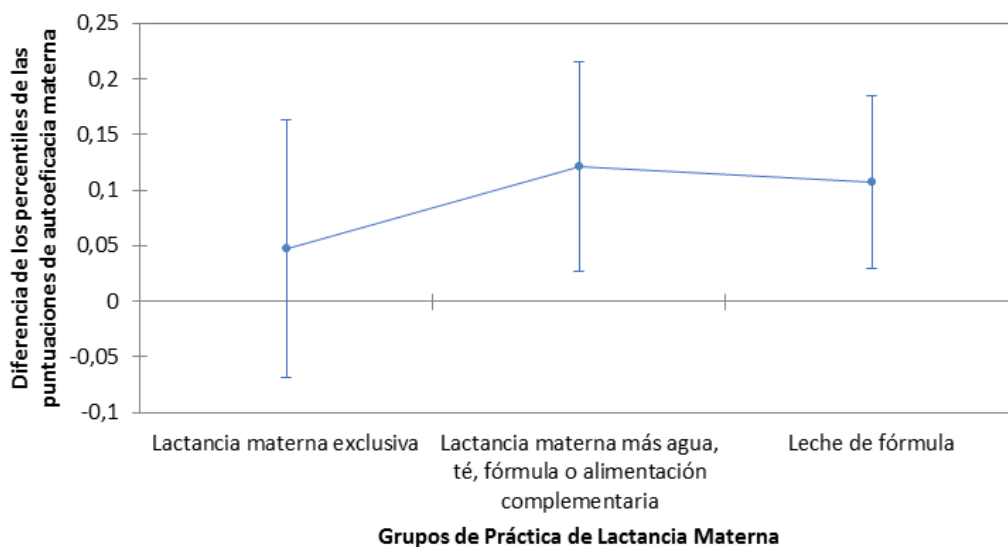


Figura 3 - Percentiles de la puntuación AE en los periodos de permanencia en la UCIN y seguimiento después del alta entre las madres, clasificadas de acuerdo con la práctica de la lactancia materna. Cascavel, Paraná, 2021.

Fuente: Autores (2021).

DISCUSIÓN

La autoeficacia parental ha cobrado especial interés en los estudios sobre la transición a la paternidad porque se asocia con diversos resultados para padres e hijos, como la competencia y el afecto parentales y el funcionamiento socioemocional y conductual de los niños. En nuestro estudio, la atención se centró en la AE materna para el cuidado, que contribuye a la formación de la autoeficacia parental. Se observó que, durante la hospitalización en la UCIN, las madres de los RNPT mostraban un alto nivel de AE. Excepto en el dominio "lectura del comportamiento", que mostró una calificación de autoeficacia materna media, lo que puede explicarse por la dificultad para reconocer lo que el niño está mostrando. Por esta razón, es importante que, en la evaluación inicial de la AE para el cuidado de los RNPT, el profesional de salud reconozca las puntuaciones altas y bajas, prestando atención principalmente a las percepciones negativas de la madre con relación a ese cuidado. A partir de esta evaluación, es necesario emplear estrategias para contribuir al aumento de la AE materna para el cuidado de los RNPT, y la intervención educativo-conductual es una de estas herramientas, fortaleciendo la creencia de las madres en sí mismas y el conocimiento sobre sus recién nacidos y, consecuentemente, aumenta su habilidad para cuidar e interactuar con su hijo⁹.

Se observó que, para los tres dominios analizados en la escala de AE durante el seguimiento de los RNPT, las madres mostraban una situación de alta autoeficacia, que hace referencia a una alta autoconfianza para proporcionar cuidados a sus hijos en el hogar. Una elevada AE es predictiva de un bienestar psicológico materno positivo a los tres meses del alta, así como una reducción de la complejidad médica del bebé se asoció a un mayor bienestar psicológico materno¹⁰. En este contexto, la literatura científica^{9,11} apoya la importancia y necesidad de aumentar la autoeficacia de los padres, ya que el grado de autoeficacia es efectivo en la calidad de los cuidados prestados, así como en su grado de satisfacción con la experiencia parental⁸. Además, la competencia percibida en el rol parental está directamente asociada a los comportamientos emocionales y parentales, a la calidad de los cuidados prestados al recién nacido y a los resultados futuros del desarrollo del bebé¹².

Al comparar las puntuaciones totales de AE en la hospitalización y en el seguimiento posterior al alta, hubo una mayor percepción de AE para las madres durante el seguimiento. Esto puede explicarse por el hecho de que las madres se sienten más libres y cómodas cuando están en casa, que es una fase más agradable de ser vivida que el período de hospitalización, además de sentirse más capaces de atender las demandas y necesidades de sus hijos en este ambiente¹³.

Al establecer la relación entre AE y lactancia materna, se observó que, entre todas las madres evaluadas en el seguimiento post alta, la lactancia materna exclusiva fue menos frecuente que la complementada y la mixta, correspondiendo esta última a casi 50% de la muestra. Los hallazgos de este estudio difieren de los encontrados en el sudeste de Brasil, en el que la lactancia materna entre los RNPT fue del 31,0% y la lactancia artificial del 11,9%¹⁴. Los RNPT son más vulnerables al destete precoz, debido a las dificultades para iniciar la lactancia materna durante la internación por factores como internación prolongada, prematuridad, bajo peso extremo, embarazo gemelar, ventilación mecánica invasiva, capacidad de succión inmadura, entre otros¹⁵.

Ante esta vulnerabilidad inherente a la prematuridad, el equipo de la UCIN debe emplear estrategias para identificar a las madres con mayor riesgo de destete precoz, como aquellas con mayores niveles de ansiedad y estrés, aquellas con disminución de la producción de leche por falta de estimulación, aquellas que necesitan reincorporarse al trabajo¹⁶ y factores culturales y educativos³. Así como, aquellas madres con menor puntuación de AE para la lactancia materna, así como menor puntuación de AE para el cuidado, ya que al identificar los ítems de baja autoeficacia es posible reconocer precozmente debilidades maternas en su confianza y habilidad tanto en el cuidado como en la lactancia del RNPT⁶.

Al comparar las puntuaciones de AE materna relacionadas con la práctica de la lactancia, se observó que no existían diferencias estadísticamente significativas en el periodo de hospitalización en la UCIN y en el periodo posterior al alta durante el seguimiento. Sin embargo, se sabe que los RNPT son un grupo poblacional vulnerable en lo que se refiere al mantenimiento de la LME, como se mencionó anteriormente, reforzando la necesidad de asistencia y orientación de los profesionales de salud a las madres en relación al proceso de amamantamiento y producción de leche³.

No obstante, cabe destacar que, aunque no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, las madres que se sometieron a la AME mostraron la menor diferencia en sus puntuaciones entre los dos períodos de evaluación. Por lo tanto, partiendo del concepto de que la AE es la creencia que el individuo tiene sobre la capacidad de realizar una actividad de forma exitosa y, por lo tanto, esta percepción puede afectar directamente sus elecciones y su desempeño al realizar una determinada actividad⁵, cabe al equipo de salud la evaluación constante de la AE posibilitando a la enfermería proporcionar un cuidado dirigido y de calidad, promoviendo la LME y la detección precoz de posibles debilidades maternas en su confianza y capacidad de amamantar⁶.

Conjuntamente, a través de la observación de situaciones de éxito (experiencias vicarias) similares a las propias, las madres pueden aumentar la creencia de que tienen la capacidad y las habilidades para realizar la misma actividad que la otra con éxito⁵. Por lo tanto, los profesionales de la salud deben desempeñar un papel vital en el aumento de la autoeficacia parental de las madres durante el embarazo,¹⁷ así como después del parto. En los casos de hospitalización en UCIN, deben estimular la AE en grupos de padres de RNPT y en las consultas post alta, ya que puede ser una estrategia para el intercambio de experiencias de las madres sobre la lactancia materna y verse favorecida por la experiencia vicaria en el mantenimiento del LME tras el alta hospitalaria. Las nuevas tecnologías, como las *apps* para *smartphones*, pueden ser prometedoras para apoyar a los padres en situaciones difíciles y estresantes, como en el caso de los padres de RNPT, en el que un estudio demostró que el uso de la *app* llamada NICU2HOME¹⁸ identificó que el uso de esa herramienta contribuía a una mayor autoeficacia de los padres en la UCIN y ésta continuaba tras el alta hospitalaria.

La persuasión social es una fuente de contribución a la autoeficacia, ya que cuando existe un refuerzo verbal de que el individuo tiene la capacidad de realizar una determinada actividad, se siente más motivado y capacitado, concentrando esfuerzos para una actividad exitosa. Por lo demás, el estado emocional y somático también puede intensificar el desempeño en una actividad, proporcionando o no, el fortalecimiento de la creencia del individuo en sus propias capacidades⁵. Consecuentemente, la comunidad, la familia y todos los que rodean a la madre lactante deben proporcionarle un refuerzo verbal positivo para empoderarla en sus habilidades y capacidades para mantener la LME.

Se destacan como potencialidades de este estudio la aplicabilidad clínica de las escalas utilizadas para evaluar la AE materna para el cuidado, tanto durante la hospitalización como después del alta, ambas validadas para el portugués de Brasil. El uso de instrumentos validados puede ayudar a las enfermeras en su diagnóstico clínico en la práctica asistencial, posibilitando evidencias científicamente ancladas para planificar los cuidados. Del mismo modo, el reconocimiento de la AE positiva como factor protector para el cuidado adecuado de los RNPT puede mejorar la confianza materna en su capacidad de amamantar, constituyendo un conocimiento relevante para que la enfermería neonatal ayude a la madre a mantener la AE después del alta de la UCIN.

Las implicaciones clínicas incluyen la focalización de la autoeficacia en los programas de apoyo perinatal y las intervenciones para mitigar los síntomas de salud mental durante la transición a la paternidad, en particular entre las madres y los padres de los RNPT.

Sin embargo, el estudio tiene limitaciones en cuanto al número de participantes en la muestra, ya que se trata de un estudio longitudinal, cuyos uno de los inconvenientes es la

pérdida de muestra durante el seguimiento. Así, no fue posible mantener, en el seguimiento tras el alta de la UCIN, el número total de madres y RNPT inscritos en la primera evaluación durante la hospitalización. Este hecho puede deberse al momento pandémico vivido en el momento del estudio, que impidió a las madres acudir a las consultas de seguimiento. Por lo tanto, se sugiere el desarrollo de un estudio con la misma población, pero con una extensión de tiempo para obtener una muestra mayor y reevaluar los resultados, ya que la no significación estadística observada en la relación entre los puntajes de LME y AE puede deberse al tamaño de la muestra.

CONCLUSIÓN

Al comparar las puntuaciones de autoeficacia materna en relación a las prácticas de amamantamiento, no hubo diferencias estadísticamente significativas durante la hospitalización en la UCIN y después del alta en el seguimiento, lo que puede estar relacionado con las altas puntuaciones en la mayoría de los dominios de las dos escalas en ambos momentos. Este estudio contribuyó al área de enfermería en neonatología con resultados relevantes que correlacionaron la AE materna con las prácticas de amamantamiento de los RNPT durante la hospitalización y después del alta, proporcionando subsidios para ayudar a los profesionales de enfermería en la construcción de estrategias en la atención hospitalaria y primaria para el empoderamiento de las madres de RNPT, posibilitando la resiliencia, la superación de obstáculos y dificultades encontradas en el proceso de cuidado de sus hijos y de amamantamiento. Al mismo tiempo que proporciona orientación y confianza a la madre, con el fin de facilitar la continuidad de la LME hasta el sexto mes de vida del niño, así como la continuación de la lactancia materna, reduciendo la morbimortalidad materna e infantil.

Los estudios relacionados a la autoeficacia materna son recientes en Brasil, dificultando la posibilidad de comparación con investigaciones individualizadas que describan la autoeficacia materna de acuerdo con las escalas aplicadas en este estudio. Luego, son esenciales estudios más específicos sobre el tema.

REFERENCIAS

1. Ministério da Saúde. (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [cited in 2022 Mar.19]. 184. Available in: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf.
2. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Aleitamento materno [Internet]. [cited in 2022 Mar. 19]. Available in: <https://www.unicef.org/brazil/aleitamento-materno>.
3. Lima APE. Castral TC. Leal LP. Javorski M. Sette GCS. Scochi CGS. *et al.* Aleitamento materno exclusivo de prematuros e motivos para sua interrupção no primeiro mês pós-alta hospitalar. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]. 2019 [cited in 2022 Mar. 19]. Available in: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180406>.
4. Carvalho LS. Pereira CMC. As reações psicológicas dos pais frente à hospitalização do bebê prematuro na UTI neonatal. Rev. SBPH. [Internet]. 2017 [cited in 2022 Mar. 19]. Available in: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582017000200007&lng=pt&nrm=iso.
5. Bandura A. editor. Self-Efficacy. New York: Academic Press; 1994.
6. Guerra BC de O. Silva LR da. Christoffel MM. Monnerat IC. Silva LJ da. Teixeira SVB. *et al.* The evaluation of the self-efficacy of nursing mothers in breastfeeding for nursing care. Res.. Soc. Dev.

[Internet]. 2021 [cited in 2022 Mar. 19]. Available in: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i1.11908>.

7. Tristão RM. Neiva ER. Barnes CR. Adamson-Macedo E. Validation of the scale of perceived self-efficacy of maternal parenting in Brazilian sample. *J. Hum. Growth. Dev.* [Internet]. 2015 [cited in 2022 Mar. 19]; Available in: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.96759>.

8. Mendes CQS. Mandetta MA. Tsunemi MH. Balieiro MMFG. Adaptação transcultural do Preterm Parenting & Self-Efficacy Checklist. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2019 [cited in 2022 Mar. 19];72:(72 suppl 3). Available in: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0658>.

9. Askary Kachoosangy R. Shafaroodi N. Heidarzadeh M. Qorbani M. Bordbbr A. Hejazi Shirmard M. et al. Increasing Mothers' Confidence and Ability by Creating Opportunities for Parent Empowerment (COPE): a randomized, controlled trial. *Iran J Child Neurol.* [Internet]. 2020 [cited in 2023 Feb. 07];14(1):77-83. Available in: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6956963/pdf/jcn-14-077.pdf>.

10. Vance AJ. Pan W. Malcolm WH. Brandon DH. Development of parenting self-efficacy in mothers of high-risk infants. *Early Hum Dev.* [Internet]. 2020 [cited in 2023 Feb. 8]. 14:104946. Available in: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7249225/>.

11. Nurlaila ESH. Sri H. Kusuma MTPL. Interventions to reduce parental stress and increase readiness of parents with preterm infants in the neonatal intensive care unit: a scoping review. *Journal of Neonatal Nursing.* [internet]. 2022 [cited in 8 fev. 2023]. Available in: <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2022.12.002>.

12. Viera CS. Rover MS. Rocha LC. Repercussions of parental self-efficacy on preterm infants' growth after hospital discharge: A systematic review. *Ann Pediatr Child Health.* [Internet]. 2022 [cited in 2023 Feb. 7]. Available in: <https://www.jscomedcentral.com/public/assets/articles/pediatrics-10-1287.pdf>.

13. Walt CMRF. Duarte ED. O aleitamento materno de recém-nascidos prematuros após a alta hospitalar. *RECOM.* [Internet]. 2017 [cited in 2022 Mar. 24]. Available in: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1689/1782>.

14. Balaminut T. Sousa MI de. Gomes ALM. Christoffel MM. Leite AM. Scochi CGS. Aleitamento materno em prematuros egressos de hospitais amigos da criança do sudeste brasileiro. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2018 [cited in 2022 Mar. 24]. Available in: <https://doi.org/10.5216/ree.v20.50963>.

15. Luz LS. Minamisava R. Scochi CGS. Salge AKM. Ribeiro LM. Castral TC. Fatores preditivos da interrupção de aleitamento materno exclusivo em prematuros: coorte prospectiva. *Rev. Bras. Enf.* [Internet]. 2018 [cited in 2022 Mar. 24];71;v:71;a6. Available in: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0762>.

16. Monteiro JRS. Dutra TA. Tenório MCS. Silva DAV. Mello CS. Oliveira ACM. Fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo em prematuros. *Arq. Catarin. Med.* [Internet]. 2020 [cited in 2022 Mar. 24]. Available in: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1096071/643-2404-2-rv-ok.pdf>.

17. Paul P. Pais M. Kamath S. Pai MV. Lewis L. Bhat R. Perceived maternal parenting self-efficacy and parent coping among mothers of preterm infants – a cross-sectional survey. *MJMS.* [Internet]. 2018 [cited in 2023 Feb. 8]; 3(1): 24-27. Available in: https://ejournal.manipal.edu/MJMS/docs/Vol3_Issue1/6-CC%20Original%20Article_2.pdfhttps://ejournal.manipal.edu/MJMS/docs/Vol3_Issue1/6-CC%20Original%20Article_2.pdf.

MATERNAL SELF-EFFICACY FOR PREMATURE NEWBORN CARE AND BREASTFEEDING MAINTENANCE

ABSTRACT:

Objective: to assess maternal self-efficacy for the care of premature newborns in the neonatal intensive care unit and after hospital discharge and relate it to the duration of breastfeeding at home. **Method:** longitudinal study that used self-efficacy assessment scales of 38 mothers of premature newborns in the period from November 2020 to January 2022 in the city of Cascavel - PR - Brazil. Data analyzed by descriptive and inferential statistics. **Results:** Maternal self-efficacy during hospitalization turned out to be high, remaining so in the assessment after discharge. Self-efficacy for breastfeeding had no statistically significant differences during hospitalization ($p=0.335$) and after discharge ($p=0.640$). However, mothers with high self-efficacy in hospitalization and at home maintained exclusive breastfeeding longer. **Conclusion:** Identifying maternal self-efficacy should be a routine in nursing clinical practice during hospitalization and after discharge, to enhance the maintenance of exclusive breastfeeding.

DESCRIPTORS: Breast Feeding; Infant, Premature; Self Efficacy; Neonatal Nursing; Mothers.

Recibido en: 18/08/2022

Aprobado en: 10/02/2023

Editor asociado: Dra. Claudia Palombo

Autor correspondiente:

Claudia Silveira Viera

Universidade Estadual do Oeste do Parana- UNIOESTE, Cascavel PR

R Universitaria 1669, Jardim Universitario, Cascavel, PARANA. CEP 85110119

E-mail: clausviera@gmail.com

Contribución de los autores:

Contribuciones sustanciales a la concepción o diseño del estudio; o la adquisición, análisis o interpretación de los datos del estudio - **Squizato L, Silva AD da, Martinelle E, Viera SC**; Elaboración y revisión crítica del contenido intelectual del estudio - **Machineski GG, Toso BRG de O, Viera SC**; Responsable de todos los aspectos del estudio, asegurando las cuestiones de precisión o integridad de cualquier parte del estudio - **Squizato L, Viera SC**. Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

ISSN 2176-9133



Esta obra está bajo una Licencia [Creative Commons Atribución 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).