

Práctica de la lactancia materna y factores asociados entre mujeres jóvenes y adultas en el Municipio de Envigado, Antioquia-Colombia

Breastfeeding practices and associated factors among young and adult women in the Municipality of Envigado, Antioquia-Colombia

Nelly Patricia CASTILLEJO PADILLA, María Alejandra AGUDELO MARTÍNEZ, Santiago GÓMEZ VELÁSQUEZ, Jennifer BERNAL RIVAS

Facultad de Ciencias de la Nutrición y los Alimentos, CESNUTRAL. Universidad CES. Medellín, Colombia.

Recibido: 21/diciembre/2021. Aceptado: 6/febrero/2022.

RESUMEN

Introducción. La lactancia materna (LM) tiene retos desde la preparación, nacimiento, primera hora de vida (PHV), protección de madres en hospital, apoyo de asesoras y familiares. La LM exclusiva en Colombia es 36,1% (1 mes) y en municipio Envigado alcanzó 3,1 meses, en 2015.

Objetivo. Comparar la práctica de LM y factores asociados a planificación de gestación, inicio, tipo y duración total de LM en madres jóvenes (MJ) y adultas (MA) del Municipio de Envigado, Departamento Antioquia, Colombia.

Material y métodos. Estudio cuantitativo, observacional, con muestreo probabilístico. De un universo de 3540 nacidos, se seleccionó 288 madres lactantes. Variables asociadas a servicios de salud, prácticas y tiempos de LM fueron estudiadas. Para análisis de datos se utilizó SPSSv22. Estudio aprobado por comité de ética de la Universidad CES.

Resultados. La entrega del bebé a la madre inmediata o PHV (83%), favorece la LM precoz (74%). La LM exclusiva (4,6 meses) y la total (12,6 meses) fueron similares en MJ (<27 años) y MA (≥27 años). En MJ tener al bebé hospitalizado ($p=0,00$), el número de hijos ($p=0,04$) y un embarazo planificado ($p=0,02$) predicen la LM en PHV, exclusiva y total.

En MA, tener al menor hospitalizado ($p=0,01$), la ocupación y las asesorías predicen la LM en PHV, exclusiva y total. El principal predictor de LM exclusiva ($p=0,02$) y total ($p=0,01$) es la asesoría en LM.

Discusión. La asesoría en LM es la principal estrategia de apoyo, promoción y mantenimiento de la LM, lo que se refleja en las elevadas prevalencias de esta práctica esencial.

Conclusiones. La asesoría en LM desde la gestación es el principal factor que predice la práctica de la LM exclusiva y total. La hospitalización del neonato en periodo postparto y tipo de parto influyen significativamente en el contacto piel a piel y la LM en PHV del bebé.

PALABRAS CLAVE

Lactancia materna, asesoría en lactancia materna, lactancia materna exclusiva, recién nacido, formulas infantiles.

ABSTRACT

Introduction. Breastfeeding (BF) has challenges from preparation, birth, first hour of life (FHL), protection of mothers in hospital, support from counselors and relatives. Exclusive BF in Colombia is 36.1% (1 month) and in Envigado municipality reached 3.1 months, in 2015.

Objective. Compare the practice of BF and factors associated with planning of gestation, onset, type and total duration of BF in young mothers (YW) and adults (AW) of the Municipality of Envigado, Antioquia Department, Colombia.

Correspondencia:
Jennifer Bernal
jbernalr@ces.edu.co

Material and methods. Quantitative, observational study, with probability sampling. From a universe of 3,540 newborns, 288 lactating mothers were selected. Variables associated with health services, practices and times of BF were studied. SPSSv22 was used for data analysis. Study approved by the ethics committee of the CES University.

Results. Delivery of the baby to the immediate mother or FHL (83%), favors early BF (74%). Exclusive BF (4.6 months) and total BF (12.6 months) were similar in YW (<27 years) and AW (≥ 27 years). In YW, having the baby hospitalized ($p = 0.00$), the number of children ($p = 0.04$) and a planned pregnancy ($p = 0.02$) predict BF in FHL, exclusive and total BF. In AW, having the minor hospitalized ($p = 0.01$), occupation and counseling predict BF in FHL, exclusive and total. The main predictor of exclusive ($p = 0.02$) and total ($p = 0.01$) BF is BF counseling.

Discussion. BF counseling is the main strategy for the support, promotion and maintenance of BF, which is reflected in the high prevalences of this essential practice.

Conclusions. Advice on BF from pregnancy is the main factor that predicts the practice of exclusive and total BF. The hospitalization of the neonate in the postpartum period and type of delivery significantly influences skin-to-skin contact and BF in the first hour of life.

KEYWORDS

Breastfeeding, exclusive breastfeeding, newborn, infant formulas.

INTRODUCCIÓN

La planificación de la lactancia materna se inicia desde las primeras semanas de gestación, cuando aún él bebe se encuentra en el vientre materno o incluso desde la etapa pregestacional. La preparación previa, las decisiones tomadas desde la gestación permiten que la madre se prepare mental y físicamente para amamantar al recién nacido. El ambiente en el hogar, en el hospital o centro de atención donde la madre va a dar a luz, en conjunto con otros factores más individuales de la madre y su familia juegan un rol fundamental en el inicio, el mantenimiento, duración y hasta rescate de la práctica de la lactancia materna. Estos ambientes puede ser factores de protección o de riesgo.

En Colombia, el marco normativo y jurídico favorece la práctica de la lactancia materna, recientemente se inició el Plan decenal de lactancia materna y alimentación complementaria para el periodo 2021-2030, el cual busca contribuir al desarrollo integral y mejorar la práctica de la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria de las niñas y niños en sus primeros años de vida en todo el territorio nacional. Este plan incluye una licencia para la época de parto e incentivos para la adecuada atención y cuidado del recién

nacido, en la que toda mujer trabajadora en estado de embarazo tiene derecho a una licencia de 18 semanas, la cual puede iniciarse entre una y dos semanas antes del parto. Si el neonato nace prematuro, la licencia podrá ampliarse según las semanas de prematurez del niño, mientras que, si el embarazo es múltiple, la licencia se amplía a 2 semanas adicionales. El padre tiene derecho a 8 días hábiles de licencia remunerada de paternidad¹.

En el ambiente hospitalario, en Colombia se cuenta con la iniciativa Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IAMI) respaldadas por el Ministerio de Salud y UNICEF, que ayudan a las instituciones de salud, al personal de salud y a los grupos comunitarios en los aspectos de salud y nutrición de madres, niñas y niños. Estas iniciativas permiten avanzar en el cumplimiento de sus derechos y en el logro de los Objetivos del Milenio. Para proteger la LM del uso de fórmulas, se adoptó en el país, el Código de Comercialización de Sucedáneos de la LM promulgado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF desde la década de los años ochenta².

La primera hora de vida del neonato resulta clave para brindar el primer momento de LM, la Organización Mundial de la Salud³ recomienda que en todos los centros asistenciales se realice esta práctica esencial, solo lograda por 2 de cada 5 niños en el mundo⁴. Resulta un reto el mantenimiento de la LME hasta los 6 meses de edad, donde solo 1 de cada 3 niños en el mundo recibe esta estrategia efectiva que asegura su salud y supervivencia⁴. En Colombia, el 36,1%⁵ de las madres alcanzan este objetivo, sin embargo, algunos casos destacan como lo son el municipio de Pasto con 93%⁶ de LME y el de Envigado con aumentos sostenidos en la duración total que alcanzo 3,1 meses para el 2015. En este manuscrito se analiza el caso del Municipio de Envigado, que presenta una mejora sostenida en esta práctica esencial, en conjunto con los factores que influyen positiva y negativamente la práctica de la LM desde su planificación, su inicio, la duración y la participación de numerosas partes interesadas en continuar aumentado esta primera alimentación de los niños.

OBJETIVO

Comparar la práctica de la lactancia materna y factores sociodemográficos, acceso a los servicios de salud desde la planificación de la gestación, el inicio de la lactancia materna precoz, el tipo y la duración total en madres jóvenes y adultas del Municipio de Envigado, Departamento de Antioquia, Colombia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio y población. El enfoque del estudio es de tipo cuantitativo, observacional y de corte transversal. La población de estudio estuvo constituida por madres en período de lactancia, residentes del municipio de Envigado, Departamento de Antioquia, Colombia.

mento de Antioquia, Colombia; que, entre los meses de junio del año 2019 a julio de 2021, tuvieron un niño nacido vivo entre 0 meses y menor a 3 años. El diseño muestral utilizó un muestreo probabilístico, aleatorio simple, en donde se tomó como marco muestral la base de datos de nacido vivo con registros del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) entre los años 2018 a julio de 2021.

Tamaño de la muestra. Tras la depuración de la información se consolidó una base de datos con el registro de 3540 nacidos vivos. El tamaño de la muestra para el estudio fue calculado con base en la fórmula para la estimación de una proporción finita, para lo cual se utilizó un nivel de confianza del 95%, un error máximo permisible del 5% y una prevalencia estimada del 67% (prevalencia de lactancia materna reportada en el estudio "Evaluación y monitoreo de la lactancia materna en el municipio de Envigado – 2015"). El cálculo de la muestra se realizó mediante el uso del software Epidat y el procesamiento de la información mediante el software estadístico Jamovi y SPSSv22. El tamaño de la muestra se estimó, utilizando la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N z^2 p (1 - p)}{d^2 (N - 1) + z^2 p (1 - p)}$$

En donde,

N: Población total: 3540

z: Valor Z (Correspondiente a un nivel de confianza): 95%

d: Precisión absoluta: 5%

p: Proporción esperada en la población: 67%

Diseño del efecto: 1,0

El tamaño de la muestra obtenido fue de 310 madres lactantes, de las cuales se encuestó a 288, lo que representó el 92% de la muestra establecida. La información faltante corresponde a la imposibilidad de contacto con las madres, esto explicado por no respuestas, números de teléfono errados o que no correspondían a la información del contacto registrada en la base de datos.

Criterios de inclusión y exclusión. Se consideró los siguientes criterios de inclusión: a. Ser mayor de 18 años, b. Ser madre de un niño con máximo dos años de edad (hasta 35 meses y 29 días) y c. Residir en el municipio de Envigado, Departamento de Antioquia, Colombia desde hace 3 años. Los criterios de exclusión fueron: a. Madres con algún tipo de discapacidad mental o física que no permitan dar respuesta a la encuesta, b. Reporte de muerte del recién nacido o de la lactante, y c. Reporte de enfermedad de la madre o el recién nacido que contraindicó la lactancia materna.

Recolección de datos. La recolección de información estuvo a cargo de 1 nutricionista dietista y 3 estudiantes del pregrado de la Facultad de Ciencias de la Nutrición y los Alimentos de la Universidad CES en Colombia, pertenecientes al semillero de investigación Nutrición Materno Infantil. La información fue obtenida mediante fuente de información primaria, correspondiente a la aplicación de una encuesta estructurada que fue aplicada a través de llamadas telefónicas, con una duración promedio de 15 minutos.

Variables estudiadas. Las variables estudiadas estuvieron relacionadas con los factores sociodemográficos incluyendo la edad, número de hijos, el nivel educativo de la madre, el estado civil, el estrato socioeconómico, el área urbano o rural de residencia, datos sobre la seguridad social, régimen contributivo y la ocupación. Sobre las variables de acceso a los servicios de salud en el Municipio de Envigado se recolectó información sobre el acceso al control prenatal, la asistencia a curso psicoprofiláctico, el lugar de atención del parto, el tipo de parto, las condiciones de salud del neonato al momento del nacimiento, hospitalizaciones postparto del neonato. Las variables relacionadas con la práctica de la lactancia materna fueron: tiempo de entrega del recién nacido a la madre, peso al nacer, práctica de la lactancia materna en la primera hora de vida, duración de la lactancia materna exclusiva y total y acceso a asesorías o acompañamiento sobre la lactancia materna (Tabla I).

Las variables estudiadas fueron desagregadas de acuerdo a la edad y categorización utilizada por el Ministerio de Salud en Colombia, que define la edad de las mujeres de acuerdo al enfoque del ciclo de vida, para ello se utilizó el punto de corte de menores a 27 años de edad para referirse a la juventud y

Tabla I. Indicadores relacionados con la práctica de la lactancia materna. Envigado 2021

Indicador	Formula
Inicio temprano de la lactancia materna	$\frac{(\text{Niños nacidos vivos con lactancia materna en la primera hora})}{(\text{Total de niños nacidos vivos de la muestra})}$
Tiempo promedio de lactancia materna exclusiva	$\frac{(\text{Número de meses de lactancia materna exclusiva})}{(\text{Total de madres de la muestra})}$
Lactancia materna total	$\frac{(\text{Número de meses de lactancia materna total})}{(\text{Total de madres de la muestra})}$

27 a 59 años a la adultez⁷, estos puntos de corte fueron utilizados para realizar los análisis a lo largo del manuscrito, sin embargo, no fueron incluidas mujeres menores de edad.

Control de calidad de los datos. Para controlar los posibles errores y sesgos en el desarrollo del estudio se llevaron a cabo las siguientes estrategias: Sesgos de selección y sesgos de información. Al finalizar la recolección se realizaron llamadas de verificación en 50% de la muestra, para verificar la realización de la encuesta y los datos relacionados con meses de lactancia materna exclusiva y lactancia total, estas llamadas se acompañaron de un mensaje de agradecimiento para las madres.

Análisis de datos. Con la finalidad de describir los factores sociodemográficos de las madres lactantes, el acceso a servicios de salud y las prácticas y tiempos de la lactancia materna, se procesó la información considerando un análisis descriptivo o univariado empleando, para las variables cualitativas, frecuencias absolutas y relativas y, para las variables cuantitativas, medidas de tendencia central, posición y dispersión; la normalidad de las variables cuantitativas se estableció a través del test de Shapiro Wilk. Finalmente, a través de un análisis bivariado se determinó la relación entre los factores anteriormente mencionados teniendo como variable dependiente la práctica de la lactancia materna exclusiva, para ello se relacionaron las variables mediante el uso de tablas de contingencia y el cálculo de significancia estadística ($p < 0,05$) considerando la naturaleza y el nivel de medición de las variables (Test exacto de Fisher y Chi cuadrado de independencia de Pearson). Se realizaron modelos de regresión lineal para determinar los posibles predictores asociados a la práctica de la LM y LME.

Consideraciones éticas. Basadas en la Resolución 8430, año 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud en Colombia⁸ y los principios de bioética establecidos en la Declaración de Helsinki⁹, que permitió clasificar el estudio dentro de la categoría de "Riesgo mínimo". Se solicitó el consentimiento informado verbal por parte de la madre y se envió el consentimiento escrito al correo electrónico para brindar información del propósito de la investigación, su proceso de desarrollo, la no remuneración, los riesgos y beneficios por la participación, la forma de registro de los datos, la finalidad de los registros, su custodia y uso. El proyecto fue aprobado por el comité de ética en humanos de la Universidad CES y radicado en el acta No 178 con el código 1036.

RESULTADOS

Características sociodemográficas de las madres

Las madres que formaron parte de la muestra viven en el Municipio de Envigado, en Colombia desde al menos 3 años, el grupo de las madres menores de 27 años tienen en promedio 23,6 años, tienen bebés de 17 meses y al menos un hijo. El grupo de madres a partir de los 27 años tiene en promedio 34,6

años, niños de 20,6 meses, con 1 a 3 hijos en las madres jóvenes y 1 a 7 hijos en las madres adultas. Pertenecen a los estratos 2 y 3 (77%) indicativos de una población de menores recursos y beneficiaria de subsidios en los servicios públicos domiciliarios, 1/3 posee estudios básicos y bachillerato completo, mientras que el resto (2/3 partes) ha cursado estudios universitarios, incluso 1 de cada 10 mujeres manifestó tener estudios de postgrado (Tabla II).

Sobre los mecanismos de seguridad social de las madres, la mayoría (78,5%) pertenecen al régimen contributivo, 16,7% posee régimen subsidiado, mientras que casi 5% no se encuentra afiliada a ningún sistema de protección social. La ocupación que desempeñan es principalmente trabajadoras independientes o dependientes (57%), amas de casa (38,2%) y algunas pocas son estudiantes (4,9%). La mayoría de las madres mantiene un estado civil unido a sus compañeros, ya sea por medio de la unión libre o legal (72%) y el resto se mantiene soltera (Tabla II).

Cuidado prenatal, momento del parto y salud del neonato

El cuidado prenatal en parte es reflejado por la asistencia a los controles prenatales de rutina que tiene una mujer gestante. En esta muestra tanto las mujeres jóvenes como las adultas reportaron la asistencia a sus consultas prenatales en más de 95%, es decir que son similares entre ambos grupos. Los cursos psicoprofilácticos, que también reflejan parte del cuidado prenatal que toda gestante debe tener, muestran que toda la muestra mantuvo una baja asistencia a estos cursos, reportándose que solo 2 de cada 10 mujeres asistió a estos cursos. Las madres adultas presentaron una mayor asistencia (22,5%) a estos cursos que las jóvenes (18,2%) (Tabla III).

El tipo de parto que tuvieron las madres jóvenes fue principalmente vía vaginal o natural (78,8%), a diferencia de las madres de mayor edad (55,6%). Los neonatos de mujeres jóvenes presentaron el doble de reportes (31,8%) de hospitalización que los de las mujeres adultas (16,7%), mayor incidencia de neonatos a término enfermos (9,1%) que las adultas (5%), aunque estas últimas tuvieron más niños prematuros enfermos (3,2%) que las jóvenes (1,5%). El embarazo fue planeado más en las mujeres adultas (65,3%) que en las jóvenes (42,4%) (Tabla III).

El peso al nacer fue de 3072,5 g en promedio, el cual fue similar entre las madres jóvenes y adultas. El bajo peso al nacer se presentó en 11,1% de los neonatos.

Práctica de la lactancia materna

El momento de la entrega del bebé a la madre resultó similar entre los dos grupos de madres estudiadas, el cual fue inmediato o menos de una hora en 83% de las madres, en 9,7% en un periodo mayor a una hora e incluso hasta días después en 7,3% de las madres.

Tabla II. Factores sociodemográficos de las madres estudiadas. Envigado 2021

Factores sociodemográficos	Madre Joven* (<27 años)	Madre adulta (>=27 años)	Total
	n(%)		
Nivel educativo			
Primaria incompleta	1 (1,5)	3 (1,4)	4 (1,4)
Primaria completa	0 (0,0)	2 (0,9)	2 (0,7)
Secundaria incompleta	4 (6,1)	7 (3,2)	11 (3,8)
Secundaria completa	32 (48,5)	37 (16,7)	69 (24,0)
Técnico universitario	13 (19,7)	49 (22,1)	62 (21,5)
Tecnólogo universitario	7 (10,6)	21 (9,5)	28 (9,7)
Universitario	8 (12,1)	73 (32,9)	81 (28,1)
Posgrado	1 (1,5)	30 (13,5)	31 (10,8)
Afiliación RS			
No afiliado	8 (12,1)	6 (2,7)	14 (4,9)
Contributivo	46 (69,7)	180 (81,1)	226 (78,5)
Subsidiado	12 (18,2)	36 (16,2)	48 (16,6)
Ocupación			
Ama de casa	27 (40,91)	83 (37,4)	110 (38,2)
Estudiante	7 (10,61)	7 (3,2)	14 (4,9)
Trabajadora dependiente	23 (34,85)	94 (42,34)	117 (40,63)
Trabajadora independiente	9 (13,64)	38 (17,12)	47 (16,32)
Estado Civil			
Soltera	30 (45,5)	48 (21,6)	78 (27,1)
Unión libre	28 (42,4)	71 (32,0)	99 (34,4)
Casada	8 (12,1)	103 (46,4)	111 (38,5)
Total	66 (100,0)	222 (100,0)	288 (100,0)
————— Mediana (Q1 – Q3) —————			
Edad madre (Años)	23,9 (21,5-25,9)	34 (31,0-37,7)	32 (27,6-36,5)
Edad bebé (Meses)	17,2 (12,3-26,0)	21,1 (14,6-29,6)	19,7 (13,7-28,5)
Número de hijos	1,0 (1,0-1,0)	2,0 (1,0-2,0)	1,0 (1,0-2,0)

* Categorías definidas conforme al enfoque del ciclo de vida. Minsalud. Colombia. Las variables categóricas fueron descritas utilizando frecuencias absolutas (n) y relativas (%); las variables continuas se analizaron con Mediana y rango intercuartil (IQR) según el tipo de distribución presentado.

Tabla III. Factores clínicos, de la atención y prácticas de lactancia de las madres estudiadas

Factores	Madre Joven* (<27 años)	Madre adulta (≥27 años)	Total
	n(%)		
Control prenatal			
Sí	63 (95,5)	215 (96,8)	278 (96,5)
No	3 (4,5)	7 (3,2)	10 (3,5)
Psicoprofiláctico			
Sí	12 (18,2)	50 (22,5)	62 (21,5)
No	54 (81,8)	172 (77,5)	226 (78,5)
Hospitalización neonato			
Sí	21 (31,8)	37 (16,7)	58 (20,1)
No	45 (68,2)	185 (83,3)	230 (79,9)
Tipo de parto			
Natural (Parto vaginal)	52 (78,8)	123 (55,4)	175 (60,8)
Asistido (Fórceps)	2 (3,0)	6 (2,7)	8 (2,8)
Cesárea	12 (18,2)	93 (41,9)	105 (36,5)
Salud del neonato			
A termino (sano)	53 (80,3)	182 (82,0)	235 (81,6)
A termino (enfermo)	6 (9,1)	11 (5,0)	17 (5,9)
Prematuro (sano)	6 (9,1)	22 (9,9)	28 (9,7)
Prematuro (enfermo)	1 (1,5)	7 (3,2)	8 (2,8)
Entrega del bebé			
De inmediato	43 (65,2)	135 (60,8)	178 (61,8)
15 a 30 min después	12 (18,2)	49 (22,1)	61 (21,2)
Varias horas después	6 (9,1)	22 (9,9)	28 (9,7)
Varios días después	5 (7,6)	16 (7,2)	21 (7,3)
Embarazo planeado			
Sí	28 (42,4)	145 (65,3)	173 (60,1)
No	38 (57,6)	77 (34,7)	115 (39,9)
LM exclusiva			
Sí	29 (43,9)	126 (56,8)	155 (53,8)
No	37 (56,1)	96 (43,2)	133 (46,2)
	Media (Desviación estándar)		
LM exclusiva (meses)	4,61 ± 1,78	4,56 ± 2,16	4,57 ± 2,08
LM total (meses)	11,8 ± 7,68	12,9 ± 7,90	12,7 ± 7,85

* Categorías definidas conforme al enfoque del ciclo de vida. Minsalud. Colombia. Variables categóricas descritas utilizando frecuencias absolutas (n) y relativas (%).

La lactancia materna iniciada en la primera hora de vida, fue reportada elevada (74,7%) en todas las madres, la cual fue muy similar entre los grupos de mujeres jóvenes y adultas.

La lactancia materna exclusiva fue 54%, con una duración total en promedio de 4,6 meses en las mujeres jóvenes y 4,5 meses en las madres adultas. La continuidad de la lactancia materna total fue de 12,7 meses, siendo muy similar entre las jóvenes y las madres adultas.

Factores asociados a la práctica de la lactancia materna en la primera hora de vida, a la lactancia materna exclusiva y total

Entre los factores asociados con la práctica de lactancia materna en la primera hora de vida en las madres jóvenes y adultas, el contacto inmediato o dentro de la primera hora de vida, piel a piel entre madre e hijo se asoció positiva y estadísticamente significativo (jóvenes: $r=0,75$; $p=0,00$ adultas: $r=0,72$; $p=0,00$) de manera independiente con la lactancia materna precoz. Además, se asoció inversamente con haber tenido al neonato hospitalizado después del parto (jóvenes: $r=-0,56$; $p=0,00$ adultas: $r=-0,46$; $p=0,00$), es decir que aquellas madres que tuvieron a sus bebés alejados de ellas en el postparto no pudieron tener un contacto piel con piel, ni practicar la lactancia materna. Además, en las madres adultas el tipo de parto se asoció al inicio temprano de la lactancia natural, lo que fue favorecido en el parto natural o vaginal ($p=0,00$).

En las madres adultas, que amamantaron en la primera hora de vida se encontró asociación con el mayor peso del neonato ($r=0,72$ $p=0,00$), embarazo planificado ($r=0,13$ $p=0,04$), menor hospitalización del bebé ($r=-0,16$ $p=0,01$), entrega del bebé después del parto inmediata o en la primera hora de vida del neonato ($r=0,14$ $p=0,04$).

Se encontró una asociación entre aquellas madres que practicaron la LME más tiempo y la LM total o prolongada (jóvenes: $r=0,65$ $p=0,00$ adultas: $r=0,56$ $p=0,00$). La asesoría en

LM reportada por las madres jóvenes se encontró asociada ($r=0,24$; $p=0,05$) con el peso del recién nacido.

Otros factores predictores de la lactancia materna y la salud del niño

Al realizar un modelo de regresión lineal, se encontró que para el amamantamiento en la primera hora de vida, los factores que resultaron asociados fueron el neonato hospitalizado, tipo de parto y peso al nacer en todas las mujeres. En las jóvenes, solo resultó significativo el tener al neonato hospitalizado, mientras que en las adultas, además el tipo de parto resultó ser un predictor negativo de la práctica de amamantar en la primera hora de vida (Tabla IV).

Para todas las madres, el principal predictor de la lactancia materna exclusiva es la asesoría en lactancia materna ($p=0,02$), en las jóvenes el número de hijos ($p=0,04$), mientras que en las adultas es la ocupación ($p=0,03$). Asimismo, dentro de las variables que resultaron predictoras de la lactancia materna total destacan: las asesorías en todas las madres ($p=0,01$) y en las madres adultas ($p=0,02$), mientras que en las madres jóvenes fue el embarazo planificado ($p=0,02$) (Tabla IV).

La planificación del embarazo por parte de las madres jóvenes se asoció inversa y significativamente a la hospitalización del neonato ($r=-0,25$ $p=0,03$) y a una mayor lactancia materna total ($r=0,26$ $p=0,03$). En las madres adultas, la planificación del embarazo se relacionó con un menor número de hijos ($r=-0,25$ $p=0,00$), mayor peso al nacer ($r=0,15$ $p=0,02$) y la ocupación de la madre ($r=0,21$ $p=0,00$).

La ocupación de la madre adulta, resultó asociada también con la práctica de la lactancia materna exclusiva ($r=-0,17$ $p=0,01$) y total ($r=0,61$ $p=0,00$). Las mujeres amas de casa (62,7%) y estudiantes (69,2%) practican la lactancia exclusiva más que las madres trabajadoras (47,5%).

Tabla IV. Factores asociados a la práctica de la lactancia materna en la primera hora de vida, la lactancia materna exclusiva y total en el Municipio de Envigado, 2021

Indicadores lactancia materna	Madre Joven* (<27 años)	Madre adulta* (>=27 años)	Total
Primera hora de vida	Neonato hospitalizado $R^2=0,31$ $p=0,00$	Neonato hospitalizado Tipo de parto $R^2=0,24$ $\leq p=0,01$	Neonato hospitalizado Tipo de parto Peso al nacer $R^2=0,26$ $p=0,02$
Lactancia materna exclusiva	Número de hijos $R^2=0,05$ $p=0,04$	Ocupación $R^2=0,02$ $p=0,03$	Asesorías Número de hijos $R^2=0,03$ $p=0,02$
Lactancia materna total	Embarazo planificado $R^2=0,06$ $p=0,02$	Asesorías $R^2=0,03$ $\leq p=0,01$	Asesorías $R^2=0,02$ $p=0,01$

* Categorías definidas conforme al enfoque del ciclo de vida. Minsalud. Colombia. Variables categóricas descritas utilizando frecuencias absolutas (n) y relativas (%).

DISCUSIÓN

Analizar a las madres lactantes según sus diversos factores, a nivel descentralizado, como en el Municipio de Envigado, puede brindar nuevos conocimientos que permitan mejorar esta práctica esencial para la vida. Este estudio evidencia diferencias entre los factores sociodemográficos, el acceso a los servicios de salud y los indicadores de la práctica de la lactancia materna de acuerdo a una categorización según el ciclo de vida, donde se desagrega a las madres lactantes según madres jóvenes (<27 años) y madres adultas (≥27 años).

La ocupación de la madre lactante continúa siendo un factor asociado a la lactancia materna exclusiva. Aquellas mujeres lactantes que pueden pasar más tiempo en el hogar o que pueden realizar sus labores en el hogar, como las estudiantes pueden amamantar más a sus bebés, que las madres trabajadoras. Estos resultados han sido evidenciados con anterioridad¹⁰. Aunque este estudio abarca un lapso mayor al de las condiciones del confinamiento debido a la pandemia de la COVID-19, ocurrido entre marzo a agosto de 2020, es posible que las madres trabajadoras que quedaron mayor tiempo en sus hogares pudieran haber tenido más facilidades para la práctica de la lactancia materna.

Cuando las madres trabajadoras poseen determinadas características personales y desarrollan un plan estratégico, cuando existe apoyo social y se utilizan grupos de apoyo, se facilita la lactancia materna. El trabajo a tiempo parcial, la falta de largas separaciones del binomio madre-hijo, los entornos e instalaciones de trabajo de apoyo y las opciones de cuidado infantil resultan ser facilitadores la lactancia materna. Es decir, que los factores facilitadores y obstáculos pueden encontrarse a nivel del individuo (microsistema), el apoyo social y las relaciones (mesosistema) y el entorno laboral (exosistema)¹⁰. La pandemia por la COVID-19 puede ser uno de los motivos de la baja asistencia a las capacitaciones que resultan claves para alcanzar una mayor duración de la lactancia materna.

El inicio de la lactancia materna en Envigado se mantiene con elevada prevalencia (75%) en comparación con las encuestas con similar metodología y población a las seguidas en este estudio, en los años 2009¹¹ y 2015¹² (Figura I), en las cuales la lactancia materna en la primera hora de vida se ubicaba en 48,6% y 76,9%. Estas cifras son ligeramente superiores a las reportadas por la Encuesta Nacional de Situación Nutricional de Colombia que menciona 72,6%⁵. Aun una cuarta parte de las madres no logran amamantar en este instante crucial de la vida de los bebés y las madres. Otros estudios indican que las mujeres necesitan información más precisa sobre el proceso de inicio de la lactancia. Las enfermeras y otros profesionales de la salud deben comprender que las mujeres que dejan de amamantar en una fecha temprana, como la primera hora de vida, pueden sentirse culpables por hacerlo y pueden necesitar ayuda para resolver sus sentimientos por haber tomado esa decisión¹³. Dos factores principales se han evidenciado influyen en la lactancia materna exclusiva entre las madres trabajadoras: la práctica de la lactancia materna exclusiva (conocimiento y comprensión de la lactancia materna exclusiva y experiencia en lactancia materna exclusiva) y factores laborales (duración de la licencia por maternidad, horario de cierre, ausencia de política de maternidad en las organizaciones, apoyo y conciliación familiar trabajo-vida)¹⁴. En este sentido, las legislaciones e iniciativas como la IAMI y la estrategia AIEPI han sido adoptadas y monitoreadas en el Municipio de Envigado, aun es necesario continuar reforzando, actualizando y unificando los conocimientos tanto del personal de salud, como de las madres lactantes.

La lactancia materna tiene una duración de 4,57 meses (Figura II) y es exclusiva en más de la mitad (54%) de las madres en el municipio estudiado, prevalencia que ha mejorado desde el año 2009¹¹ y 2015¹², donde la duración fue de 3 meses y luego 3,16 meses respectivamente. Estos tiempos de duración coincide con el momento de retorno de las madres al ambiente laboral y el proceso de separación de sus hijos. En Colombia, la mediana de lactancia materna exclusiva

Figura I. Lactancia materna a la primera hora de vida, Envigado 2009, 2015 y 2021

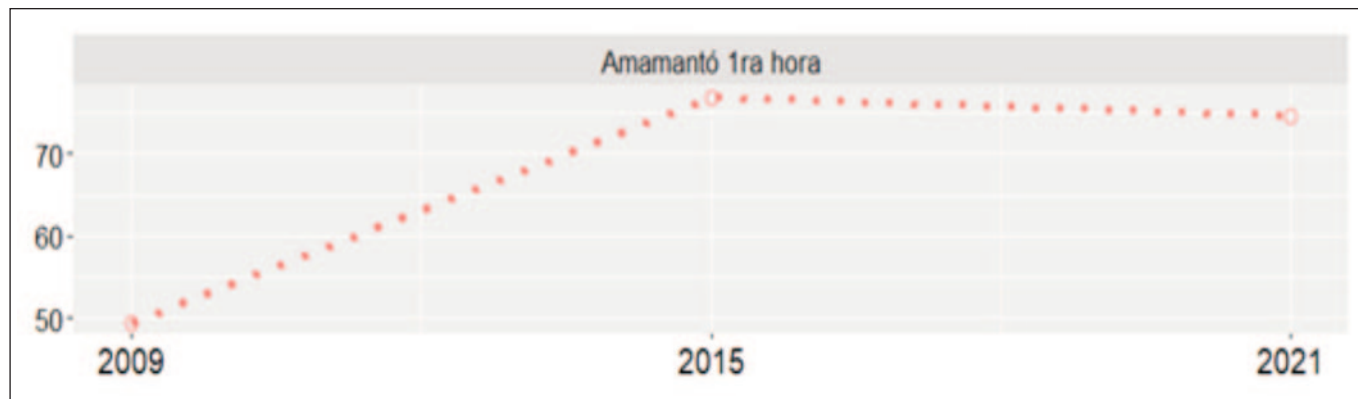
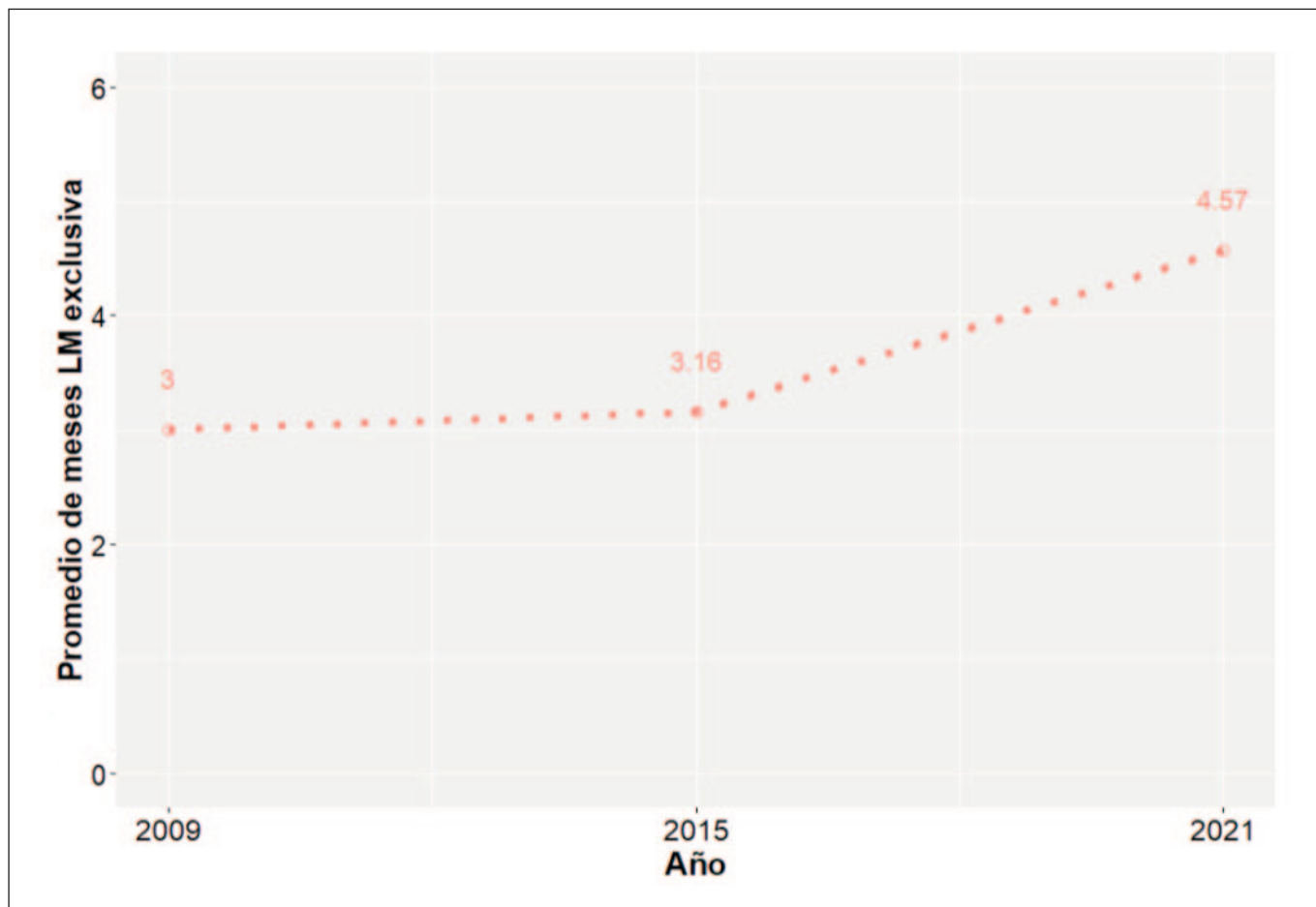


Figura II. Promedio de meses lactancia materna exclusiva, Envigado 2009, 2015 y 2021

es 1 mes y la proporción de niños menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva es 36,1%⁵. En el Municipio de Envigado, las cifras resultan mejores que las reportadas en Colombia⁵, aunque por debajo de las mencionadas por el municipio de Pasto, ubicado en el sur de Colombia, quienes han trabajado mucho la lactancia materna, alcanzado al 92% de la población⁶.

La lactancia materna durante la primera hora de vida posee un elevado cumplimiento en el Municipio de Envigado, con cifras por encima, de la prevalencia a nivel nacional. Las prácticas realizadas en los centros hospitalarios donde las mujeres dan a luz a sus hijos han incrementado desde el año 2009 y se han mantenido hasta el año 2021, incluso durante la pandemia. La cifra de lactancia materna exclusiva se puede explicar en las diferentes acciones que ha venido realizando la Secretaría de Salud del municipio de Envigado en temas de lactancia; tales como, la creación en 2009 de la red social de apoyo a la lactancia materna, el trabajo articulado con la Secretaría de Educación, las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) y demás actores involucrados en el proceso, como las madres FAMI

y madres voluntarias que con base en su experiencia, han sumado para el mejoramiento de la situación de la lactancia materna.

Es innegable que el apoyo multimodal a las familias lactantes, es la clave para el éxito; está descrito que la práctica de la lactancia materna mejora significativa y rápidamente, al implementar medidas adecuadas y de alto impacto, como la consejería a través de redes de apoyo y durante la atención en salud, licencia de maternidad remunerada, estrategia de Hospitales amigos de los niños (en Colombia estrategia IA-MII)¹⁵, campañas que movilicen a la sociedad, apoyo en el entorno laboral y políticas de salud y sociales que apoyen la lactancia materna¹⁶⁻¹⁸.

CONCLUSIONES

La asesoría es la principal estrategia de apoyo, promoción y mantenimiento de la lactancia materna, lo que se refleja en las elevadas prevalencias de esta práctica esencial. Desde la gestación es el principal factor que predice la práctica de la lactancia materna exclusiva y total. La hospitalización del neonato en el periodo postparto y el tipo de parto

influyen significativamente en el contacto piel a piel y la lactancia materna en la primera hora de vida del bebé.

Los factores sociodemográficos y de acceso a los servicios de salud fueron similares entre las madres jóvenes y adultas, sin embargo, al ser comparados con los indicadores de lactancia materna y las condiciones del neonato tuvieron variaciones que pueden ser consideradas por el municipio y otros entes decisores para las estrategias de apoyo entre los grupos de edad, algunos resultaron significativos, otros no, posiblemente debido al tamaño muestral. La planificación del embarazo, el número de hijos, el tipo de parto, el tiempo de entrega del bebé, el peso al nacer, si el neonato fue hospitalizado durante el postparto y la ocupación de la madre, resultaron las principales variables que influyen ya sea en las madres lactantes jóvenes o adultas.

En las madres, tener al neonato hospitalizado es un obstáculo para la práctica de la LM en la PHV; mientras que la asesoría en LM resultó un facilitador de la LME (jóvenes y adultas) y en la LM total en las madres adultas.

La lactancia materna exclusiva se asoció significativamente con la ocupación de las madres. Asimismo, hay diferencias en la práctica de la lactancia materna y el acceso a los servicios de salud dentro las mujeres jóvenes (< 27 años) y las adultas (≥27 años), siendo más vulnerables las más jóvenes en relación a la lactancia exclusiva y total, aunque las diferencias no resultaron significativas. Aun así, las madres jóvenes que logran amamantar a sus hijos por más de un año, terminan alcanzando una lactancia prolongada mayor que las madres adultas.

Las madres lactantes más jóvenes tienen embarazos menos planificados y bebés que nacen a término, pero con alguna patología en mayor proporción que las madres adultas (≥27 años).

A manera de recomendaciones, continuar reforzando las asesorías en lactancia materna, la planificación del embarazo, el número de hijos resultan estrategias que continúan siendo efectivas para mejorar las condiciones de vida tanto de la madre como del bebé. Otras que van desde el momento del parto, los cuidados en el hospital brindados por el personal de salud también resultan claves en el inicio temprano de la lactancia materna y otros factores que pueden tener más amplio alcance como las asesorías y capacitaciones, resultado de la implementación de estrategias educativas son las que parecen tener mejores resultados en el mediano plazo para alcanzar la meta de 6 meses de lactancia materna exclusiva recomendada por la OMS y numerosos institutos de salud en Colombia y el mundo. Asimismo, la promoción de espacios para amamantar y cuidar a los niños en los trabajos puede facilitar el mantenimiento de esta práctica, en especial, una vez la madre se ha reincorporado a sus labores después de la licencia postnatal¹⁹. Este estudio permite identificar a partir de la evidencia, la bases para la construcción de leyes que pue-

den ser más efectivas y ayudar a los legisladores a traducirlas en políticas.

AGRADECIMIENTOS

Los autores desean agradecer a las madres, familiares, personal de salud y líderes comunitarios que participaron en la investigación. De igual manera agradecen a la Secretaría de Salud de Envigado, quienes permitieron el desarrollo y ejecución de esta investigación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Congreso de Colombia. Ley 1822 4 de enero 2017. [Internet]. 4 de enero de 2017. [citado 17 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/LEY%201822%20DEL%204%20DE%20ENERO%20DE%202017.pdf>
2. Ministerio de Salud y Protección Social. Monitoreo al código internacional de comercialización de los sucedáneos de la leche materna. [Internet]. Noviembre de 2015 [citado 20 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/Informe-monitoreo-codigo.pdf>
3. WHO. Early initiation of breastfeeding to promote exclusive breastfeeding. e-Library of Evidence for Nutrition Actions (eLENA). [Internet]. febrero de 2019. [citado 15 de diciembre de 2021]. Disponible en: https://www.who.int/elena/titles/early_breastfeeding/en/
4. WHO. Health topics: Breastfeeding. [Internet]. Diciembre de 2021. [citado 15 de diciembre de 2021]. Disponible en: https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_1
5. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). Encuesta Nacional de Situación Nutricional en Colombia ENSIN 2015. [Internet]. 2015. [citado 15 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.icbf.gov.co/bienestar/nutricion/encuesta-nacional-situacionnutricional#ensin3>
6. Gobierno de Pasto, Secretaria de Salud. Secretaria de Salud se une a la celebración de la lactancia materna. [Internet]. 2021. [citado 15 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.pasto.gov.co/index.php/noticias-salud/14200-secretaria-de-salud-se-une-a-la-celebracion-de-la-lactancia-materna>
7. Ministerio de Salud y Protección Social. Ciclo de Vida. [Internet]. 2021. [citado 15 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cicloVida.aspx>
8. Ministerio de Salud. Resolución N° 008430 DE 1993 Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá, D.C., Colombia [Internet]. 4 de octubre de 1993. [citado 15 de diciembre de 2021]. Disponible en: https://www.urosario.edu.co/Escuela-Medicina/Investigacion/Documentos-de-interes/Files/resolucion_008430_1993.pdf
9. Asociación Médica Mundial (WMA). Declaración de Helsinki de laAMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. [Internet]. 2017. [citado 18 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policiess-post/declaracion-de-helsinki>

- cion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/*
10. Johnston, M. L., & Esposito, N. (2007). Barriers and facilitators for breastfeeding among working women in the United States. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 36(1), 9-20.
 11. Corporación para el Desarrollo de la Facultad de Medicina y Fundación Universitaria San Martín. Evaluación y monitoreo de la lactancia materna en menores de un año del Municipio de Envigado, Año 2009.
 12. Crianza Afectiva, grupo de investigación en salud pública de la Facultad de Medicina Universidad Pontificia Bolivariana. Evaluación y Monitoreo de la Lactancia Materna en el municipio de Envigado 2015.
 13. Mazingo, J. N., Davis, M. W., Droppleman, P. G., & Merideth, A. (2000). "It Wasn't Working": Women's Experiences with Short-Term Breastfeeding. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 25(3), 120-126.
 14. Abekah-Nkrumah, G., Antwi, M. Y., Nkrumah, J., & Gbagbo, F. Y. (2020). Examining working mothers' experience of exclusive breastfeeding in Ghana. *International breastfeeding journal*, 15(1), 1-10.
 15. Ministerio de la Protección Social, República de Colombia, UNICEF. Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IAMI) lineamientos. Bogotá 2011. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/lineamientos-ami-2011.pdf>
 16. Carroll G, Safon C, Buccini G, Vilar-Compte M, Teruel G, Pérez-Escamilla R. A systematic review of costing studies for implementing and scaling-up breastfeeding interventions: what do we know and what are the gaps? *Health Policy Plan*. 1 de mayo de 2020;35(4):461-501.
 17. Ministerio de Protección Social, República de Colombia, Organización Panamericana de la Salud. Componente comunitario de la estrategia AIEPI. Guía para profesionales y técnicos de los servicios de salud. [Internet]. 2010. [citado 18 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Guia_profesionales_salud.pdf
 18. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Gobierno de Colombia. Guías alimentarias basadas en alimentos para mujeres gestantes, madres en período de lactancia y niños y niñas menores de dos años. Bogotá. [Internet]. 2017. [citado 15 de diciembre de 2021]. Disponible en: https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/gabasmenor2anos_manualfacilitador_2018.pdf
 19. Murtagh, L., & Moulton, A. D. (2011). Working mothers, breastfeeding, and the law. *American Journal of Public Health*, 101(2), 217-223.