DOI: https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed64-4.dclm

Lactancia materna en los primeros tres meses y asesoría que transforma la experiencia de las madres

Keys to Breastfeeding in the First Three Months and Counseling that Transforms Mothers' Experience

Recibido: 18 agosto 2023 | Aceptado: 06 mayo 2025

María Camila Rojas Biava
Médica pediatra de la Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia
ORCID: https://orcid.org/0000-0003-0411-2133
Ana María Bertolotto Cepeda[a]
Médica pediatra y neonatóloga. Profesora asociado del Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia
ORCID: https://orcid.org/0000-0001-9795-6866
Yaris Anzully Vargas Vaca
Médica pediatra y neonatóloga. Profesora asistente del Departamento de Pediatría, Facultad Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-7006-7660
Adriana Patricia Bohórquez-Peñaranda
MSc. con especialización en Psiquiatría. Magistra en Epidemiología Clínica. Profesora asistente II del Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-6880-6516

[a]Autora de correspondencia: abertolotto@javeriana.edu.co

Cómo citar: Rojas Biava MC, Bertolotto Cepeda AM, Vargas Vaca YA, Bohórquez-Peñaranda AP. Lactancia materna en los primeros tres meses y asesoría que transforma la experiencia de las madres. *Univ Med. 2023*;4. https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed64-4.dclm

RESUMEN

Objetivo: Describir las características de la lactancia materna de las madres que recibieron asesoría durante el posparto en el Hospital Universitario San Ignacio los tres meses posteriores a la intervención y la satisfacción que tuvieron al primer mes con dicha asesoría. **Diseño:** Observacional, descriptivo, de cohorte prospectiva. Seguimiento telefónico a tres meses luego del parto. **Resultados:** Se incluyeron 49 participantes con un promedio de edad de 27,8 años. La mayoría de las participantes vivían en unión libre, estaban empleadas y pertenecían al estrato socioeconómico 3. Alrededor del 70 % dio lactancia materna exclusiva durante el seguimiento, y el 76 % la hizo por más de 3 meses. Mas del 50 % de las madres que no dieron lactancia materna exclusiva describieron la disminución de la leche como el principal motivo. Para el 95,9 % de las participantes la asesoría fue satisfactoria, y a más del 80 % las motivó a dar lactancia materna exclusiva. **Conclusiones:** La mayoría de las participantes dio lactancia materna exclusiva durante más de 3 meses. La asesoría fue satisfactoria, motivó a las participantes a dar lactancia materna exclusiva y contribuyó a la resolución de problemas.

Palabras clave
lactancia materna; satisfacción; asesoría; lactancia materna exclusiva.

ABSTRACT

Objective: To describe the characteristics of breastfeeding of mothers who received postpartum counseling at the HUSI three months after

the intervention, and the satisfaction they had in the first month with such counseling. **Design:** Observational, descriptive, prospective cohort. Telephone follow-up three months after delivery. **Interventions:** Monthly telephone survey for three months to each participant. **Methodology:** Absolute and relative frequencies for most of the variables and measure of central tendency for the numerical variable. **Results:** 49 participants, average age: 27.8 years, most of the participants lived in a consensual union, were employed, and belonged to socioeconomic stratum 3. About 70% exclusively breastfed during follow-up, and 76% gave it for more than 3 months. More than 50% of mothers who did not exclusively breastfeed described decreased milk supply as the main reason. For 65% of the participants, the counseling was completely satisfactory, and more than 80% were motivated to exclusively breastfeed. **Conclusions:** Most of the participants gave exclusive breastfeeding for more than 3 months. The counseling was satisfactory, it motivated the participants to give exclusive breastfeeding and contributed to the resolution of problems.

Keywords
breastfeeding; satisfaction; counseling; exclusive breastfeeding.

Introducción

La alimentación en los primeros seis meses de vida con leche materna es fundamental para la salud de los lactantes, debido a que les provee un complejo nutricional e inmunológico mucho más adecuado que cualquier otro alimento, pues los protege frente a infecciones respiratorias y digestivas. Además, reduce el riesgo de que ingieran alimentos contaminados y de que presenten desnutrición, sobrepeso u obesidad, asma, entre otras enfermedades (1,2).

De acuerdo con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef), en todo el mundo se prevendrían aproximadamente 1,4 millones de muertes de niños menores de cinco años en Latinoamérica, por medio de una lactancia materna exclusiva de, por lo menos, tres meses (3-6). Por lo mencionado, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Unicef recomiendan la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida (7). La lactancia materna ofrece numerosos beneficios para la madre, además de ser una forma especial de vínculo con su bebé. Entre las ventajas se encuentran la ayuda en la recuperación posparto, ya que la succión del bebé ayuda a la involución uterina, reduce el riesgo de hemorragias y favorece la pérdida del peso ganado durante el embarazo; también disminuye las probabilidades de desarrollar cáncer de mama y ovario, y favorece una sensación de bienestar y reducción del estrés, gracias a la liberación de hormonas como la oxitocina. En resumen, es una experiencia que beneficia tanto a la madre como al bebé, que fortalece su vínculo y promueve una salud óptima para el binomio.

El hecho de que las madres no den lactancia materna exclusiva o lo hagan durante un corto periodo se relaciona con no recibir formación o consejería por parte de los profesionales de la salud o que ellas se sientan inconformes con el apoyo brindado (8). Por lo anterior, diferentes instituciones y organizaciones recomiendan el apoyo profesional especializado en lactancia materna, que les brindan a las madres una asesoría con recomendaciones y estrategias educativas para fomentar la lactancia (9,10). La asesoría en lactancia materna debe ser dada por personal del área de la salud y debe ser prioridad para los tomadores de decisiones (11). Entonces, el que falte personal capacitado y motivado para dar una consejería adecuada, limita el flujo de información hacia las madres, lo que repercute en la adherencia en la duración de lactancia materna (10,12).

Por otra parte, también se ha descrito que la falta de programas enfocados en cada periodo (gestación, parto inmediato y egreso hospitalario) ahonda las dificultades en el tipo y la cantidad de información que reciben las madres (11). En cuanto a los aspectos técnicos y logísticos de las asesorías, se ha señalado la importancia de definir ciertos criterios que permitan ofrecer una mejor asesoría, incluyendo rangos salariales y estructuras de supervisión; modos de prestación de servicios prenatales, perinatales y posnatales (teléfono, hospital/clínica, visitas domiciliarias); enfoques de apoyo/educación (asesoramiento individual, grupos de apoyo), y dosis necesaria (número de contactos/visitas, tiempo por contacto/visita). Todo esto para lograr resultados específicos de acuerdo con el perfil de la madre, del lactante y de la familia (4).

En lo que respecta a Colombia, de acuerdo con el Plan Decenal de Lactancia Materna de Colombia y la Encuesta Nacional sobre la Situación Nutricional en Colombia, la lactancia materna exclusiva está, en promedio, en 1,8 meses (13), lo cual está por debajo de lo recomendado por la Unicef y la OMS. Las limitaciones frente a la lactancia materna son, por un lado, la desinformación o la información falsa que puede permear a la madre e influir en su toma de decisiones; por otro, la falta de consejería en la lactancia materna y la lactancia materna exclusiva (14).

A partir de 2013, en el Hospital Universitario San Ignacio (HUSI), se aprobó la implementación de la política institucional para acoger la estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia. Para cumplir con esta política, se adoptó un lineamiento en el que se incluyen diez pasos para el desarrollo de acciones de promoción, protección y apoyo del proceso de lactancia materna. Dentro de la estrategia se incluye la capacitación al personal de salud para ejecutar dichas actividades de acompañamiento y consejería, y las sesiones educativas y de consejería (asesorías) a las madres gestantes, preparándolas para una lactancia materna satisfactoria.

En el HUSI no se había llevado a cabo un seguimiento para conocer la satisfacción de las madres con esta estrategia de promoción de la lactancia materna, ni se habían reportado las características de la lactancia materna de las madres que reciben asesoría sobre este tema. Por lo anterior, el grupo condujo este estudio para describir los resultados de la evaluación de la satisfacción con la consejería recibida y las características de la lactancia materna de un grupo de madres en los tres primeros meses después del parto.

Métodos

Este fue un estudio observacional, descriptivo, de cohorte prospectiva, a tres meses de seguimiento, para describir las características de la lactancia materna de manera global y por grupos de edad, condición marital, estrato social y condición laboral en cada mes de seguimiento. Se evaluó el grado de satisfacción de las madres respecto a la asesoría en lactancia brindada por los profesionales de la salud del HUSI, un mes posterior a esta. De igual forma, se describió la utilidad de la asesoría en la resolución de problemas en el proceso de lactancia y la motivación a las madres para lactar a sus hijos. El estudio fue aprobado por el Comité de Investigación y Ética Institucional de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana y el HUSI.

La población de estudio fueron aquellas madres que tuvieron su proceso de parto en el HUSI entre julio y diciembre del 2021 y que recibieron asesoría en lactancia materna en el periodo de posparto. Para su participación se obtuvo un consentimiento informado antes del egreso hospitalario. Una vez en casa, una de las investigadoras les realizó un seguimiento telefónico mensual en los siguientes tres meses después del reclutamiento de cada participante. Se excluyeron las madres cuyos hijos requirieron hospitalización inmediata al parto, durante su observación en alojamiento conjunto o posterior al egreso hospitalario, que tuvieron contraindicación médica para lactar, las menores de edad y las que tenían patologías mentales reportadas en la historia clínica que afectaran la toma de decisiones (discapacidad intelectual, depresión postparto y cuadros psicóticos).

El equipo de investigación desarrolló una encuesta en REDCap® con las siguientes variables: edad, ocupación, estado civil, estrato socioeconómico, satisfacción con la asesoría, motivación generada por la asesoría para dar lactancia materna exclusiva, contribución de la asesoría para la resolución de problemas durante el proceso de lactancia, tipo de lactancia, tiempo de lactancia materna, motivo para dar lactancia mixta o la ausencia de lactancia y ayudas adicionales recibidas.

Para las variables demográficas tipo de alimentación, motivo de lactancia mixta o ausencia de lactancia, tiempo de lactancia y ayudas adicionales, se formularon preguntas de selección, y para las variables de satisfacción,

resolución de problemas y motivación, las preguntas fueron de tipo Likert. Las variables de satisfacción y resolución de problemas se evaluaron con dos preguntas diferentes en el cuestionario. Para la interpretación de la variable satisfacción, se estableció un índice de la combinación de estas, así: se consideró satisfactoria, con valor total obtenido en las dos preguntas ≥9; insatisfactoria, con valor total obtenido en las dos preguntas ≤6, y parcialmente satisfactoria, con valor total obtenido en las dos preguntas entre 7 y 8. Así mismo, para la variable resolución de problemas se consideró que la asesoría contribuyó a resolver problemas de la lactancia materna con un valor total obtenido en las dos preguntas ≥8; que no contribuyó, con el valor total obtenido en las dos preguntas ≤5, y una contribución indiferente, con valor total obtenido en las dos preguntas entre 6 y 7.

Una vez finalizada la recolección de información, se revisó la base de datos para identificar datos extremos o faltantes y se efectuó el análisis estadístico en Microsoft Excel. Para describir las variables se utilizaron frecuencias absolutas y relativas, utilizando como denominador el número total de mujeres encuestadas en cada seguimiento. Para describir la variable de edad, se calculó el promedio y su desviación estándar. Además, se analizó cómo se comportó la lactancia materna según sus características sociodemográficas, a través de tablas y figuras para cada uno de los momentos del seguimiento.

Resultados

Durante el periodo de estudio se contactaron 67 mujeres, de las cuales aceptaron participar 49 y contestaron la primera encuesta al mes de haber recibido la asesoría. De estas 49 participantes iniciales, 40 contestaron la encuesta a los dos meses, y 39, a los tres meses. El promedio de edad de las participantes fue de 27,8 años (DE ± 5,6). Las características sociodemográficas se describen en la tabla 1.

Tabla 1.
Características sociodemográficas

Variable		Frecuencia	Porcentaje
Estado civil	Casada	8	16,33
	Soltera	16	32,65
	Unión libre	25	51,02
Ocupación	Desempleada	2	4,08
	Empleada	27	55,1
	Estudiante	2	4,08
	Hogar	18	36,73
Estrato	1	10	20,41
	2	17	34,69
	3	20	40,82
	4	2	4,08

En cuanto al tipo de lactancia en relación con las características sociodemográficas, en el primer mes de seguimiento se encontró que las participantes casadas y en unión libre fueron las que en mayor proporción dieron lactancia materna exclusiva (87 %). En ambos casos y, por el contrario, en el segundo y tercer seguimientos fueron las solteras las que dieron lactancia materna exclusiva en mayor porcentaje (90 % y 81 %, respectivamente). Por otra parte, las participantes que se encontraban estudiando fueron las que menos dieron lactancia materna exclusiva a los tres meses de seguimiento (50 %, 0 % y 0 %, respectivamente); mientras que las mujeres desempleadas fueron las que más dieron lactancia materna exclusiva (100 % durante los 3 seguimientos), seguidas de las amas de casa (94,4 %; 85,7 % y 92,3 %, respectivamente). Para finalizar con en análisis del tipo de lactancia materna, las participantes pertenecientes al estrato socioeconómico 2 fueron las que más dieron lactancia materna exclusiva en los 3 seguimientos (88,2 %; 76,9 % y 92,3 %, respectivamente), y las pertenecientes al estrato 4, las que menos (50 % en los 3 seguimientos). Cabe resaltar que en el presente estudio no participaron mujeres pertenecientes a los estratos 5 y 6.

En cuanto la proporción de mujeres que estaban lactando de forma exclusiva en cada uno de los meses de seguimiento, en el primer mes lo

hicieron el 73 % de las madres que respondieron la encuesta, en el segundo mes fue el 67,5 % de las mujeres que continuaron participando en el estudio y en el tercer mes lo reportaron el 74,3 %. En el tercer mes, 3 participantes que afirmaron dar lactancia materna exclusiva en el tercer seguimiento, en el seguimiento previo, habían reportado dar lactancia materna mixta. En figura 1 se ilustra la distribución de las proporciones de tipo de alimentación en cada seguimiento realizado.

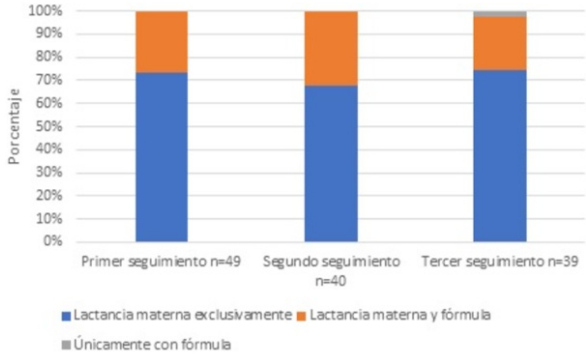

Figura 1.
Tipo de alimentación

Entre las mujeres que dieron lactancia mixta o solo con fórmula, informaron como principal motivo la disminución de la producción de leche (55,5 % en el primer seguimiento, 62,5 % en el segundo y 57,1 % en el tercero), seguido por los motivos de indicación del pediatra y dificultades con la técnica de lactancia. Ninguna de las participantes reportó la hospitalización del recién nacido o la alteración en el pezón como razones para dar lactancia mixta o la ausencia de lactancia. Respecto al tiempo de lactancia materna en relación con las variables sociodemográficas, se encontró que las mujeres de entre 26 y 30 años fueron las que en mayor proporción dieron lactancia exclusiva en los 3 momentos de seguimiento (92 %, 75 % y 86 %, respectivamente).

Los resultados de las preguntas que evaluaron la satisfacción con la asesoría se presentan en la tabla 2. Para el 65,3 % de las madres la asesoría brindada fue completamente satisfactoria, para el 30,6 % fue parcialmente satisfactoria y para el 4,1 % fue insatisfactoria. Sin embargo, cabe resaltar que una de las dos participantes que refirió sentirse insatisfecha con la asesoría consideró importante continuar brindando la asesoría en el HUSI.

Tabla 2.
Variables de satisfacción

Pregunta	n = 49	
	Frecuencia	%
1. ¿Qué tan satisfecho está con la asesoría brindada durante la estancia en el HUSI posterior al parto?		
Nada satisfecho	1	2,04
Poco satisfecho	1	2,04
Algo satisfecho	1	2,04
Satisfecho	16	32,65
Muy satisfecho	30	61,22
2. ¿Considera que la asesoría debe continuar realizándose en el HUSI?		
Muy en desacuerdo	1	2,04
En desacuerdo	0	0
Algo de acuerdo	3	6,12
De acuerdo	23	46,94
Muy de acuerdo	22	44,9

Para explorar cómo contribuye la asesoría en la resolución de problemas, dudas o mitos durante la lactancia, se analizaron las respuestas de las 39 participantes a quienes se logró realizar el seguimiento en las tres ocasiones (tabla 3). Para más del 84 %, la asesoría ayudó en cada uno de los seguimientos. Adicionalmente, se evidenció un aumento de esta contribución a través del tiempo.

Tabla 3.
Contribución de la asesoría a la resolución de problemas, de dudas y de mitos relacionados con la lactancia

Contribución	Primer seguimiento		Segundo seguimiento		Tercer seguimiento	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
No contribuye	4	10,3	2	5,1	1	2,6
Contribución intermedia	2	5,1	3	7,7	4	10,3
Contribuye	33	84,6	34	87,2	34	87,2

Por otro lado, en la mayoría de los casos, la asesoría las motivó a ofrecer lactancia materna exclusiva. En la figura 2 se ilustra la distribución de las respuestas en cada momento del seguimiento. El 4 %, el 2,5 % y el 0 % durante los 3 seguimientos, respectivamente, reportaron que poco o nada aportó en su motivación para lactar.

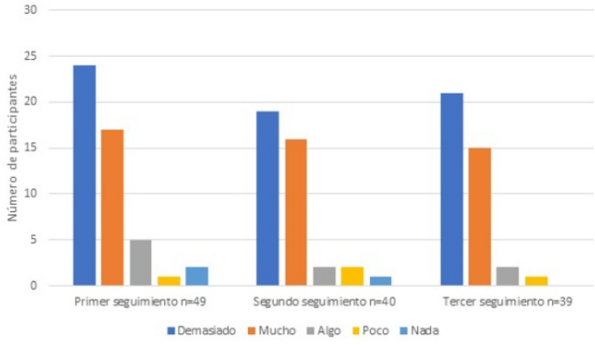

Figura 2.
En qué medida la asesoría recibida la motivó a dar lactancia materna exclusiva

Con respecto a las ayudas adicionales recibidas para la lactancia materna, el 53 % de las participantes habían recibido ayuda en el primer mes; el 77 %, en el segundo mes, y el 71,7 %, en el tercer mes. El instrumento de ayuda más frecuente durante los 3 meses fue internet (figura 3).

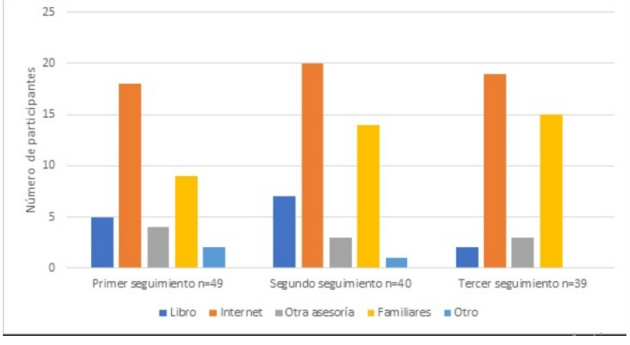

Figura 3.
Qué otra ayuda recibió para resolver problemas durante la lactancia materna

Discusión

Este es el primer estudio que evalúa la satisfacción de las madres frente a la asesoría en lactancia materna brindada en el HUSI, así como el comportamiento en relación con la lactancia a los tres meses del parto luego de la asesoría brindada en la institución. La mayoría de las mujeres incluidas en el estudio se encontraba en la tercera década de la vida, en unión marital de hecho, eran empleadas y pertenecían al estrado socioeconómico 3, lo que representa el espectro habitual del tipo de paciente atendida en la institución.

Alrededor del 70 % de las participantes dieron lactancia materna exclusiva durante los tres meses del seguimiento. Es de resaltar que durante los dos primeros seguimientos, todas las participantes refirieron haber dado algún tipo de lactancia materna (exclusiva o mixta), y que en el último seguimiento solo una participante refirió haber dado únicamente fórmula, lo cual, adicionalmente, no fue consistente con lo referido por la participante en los dos seguimientos anteriores.

En el primer mes de seguimiento, las participantes casadas y en unión libre fueron las que en mayor número dieron lactancia materna. Por el contrario, en el segundo y tercer seguimientos fueron las solteras quienes dieron lactancia materna exclusiva en mayor porcentaje. A diferencia del presente estudio, en un estudio similar de Rodríguez-García y Acosta-Ramírez (10) de 2007, en el cual participaron mujeres de diferentes ciudades del país, los autores documentaron que las madres con pareja, predominantemente con una pareja cabeza de hogar, daban más lactancia a sus hijos.

Por otra parte, las participantes que se encontraban estudiando fueron las que menos dieron lactancia materna exclusiva en los tres meses de seguimiento; mientras que las mujeres desempleadas fueron las que más dieron lactancia materna exclusiva, seguidas de las amas de casa. Ello se relaciona con lo encontrado en el estudio colombiano de Orrego Celestino et al. (12), en el cual describen que las madres amas de casa registraron mayores tiempos (cinco meses) de

lactancia materna exclusiva, en comparación con madres que tienen otras ocupaciones. Lo anterior permite considerar que la disponibilidad de tiempo materno en la vivienda puede afectar la posibilidad de la lactancia materna exclusiva en los primeros meses de vida.

Las mujeres pertenecientes al estrado socioeconómico 2 fueron las que dieron lactancia materna exclusiva durante más tiempo, seguidas de las mujeres pertenecientes al estrato 1, después el 3 y, por último, el 4. Los resultados son diferentes a los referidos en la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional de 2015 (15), donde se describe que no es alta la diferencia entre el tiempo de la lactancia materna en mujeres con un índice de riqueza alto y uno bajo, ya que el 33 % de madres con un bajo índice de riqueza dieron lactancia materna exclusiva a sus hijos y el 37 % de madres con un índice de riqueza alto dio lactancia materna exclusiva. Este hallazgo diferencial de lactancia exclusiva por estrato socioeconómico se relaciona con los recursos económicos de las participantes pertenecientes al estrato 4, quienes podrían tener una mayor disponibilidad monetaria para adquirir fórmulas sucedáneas de la leche, en comparación con los estratos socioeconómicos más bajos.

Respecto al tiempo de lactancia materna, la mayoría de las participantes en el rango de 26 a 30 años brindaron lactancia exclusiva durante los tres meses de seguimiento. Este hallazgo no concuerda con lo descrito por Bibbins-Domingo (16), en Estados Unidos, donde las maternas en un rango de edad más alto, entre los 30 y los 34 años, tuvieron una mayor asociación con la lactancia materna exclusiva.

En relación con el estado civil y el tiempo de lactancia, durante el primer mes de seguimiento se encontró que el mismo porcentaje de madres casadas y solteras había dado lactancia materna exclusiva. Sin embargo, este hallazgo fue inconsistente en el segundo y tercer seguimientos, cuando las madres solteras dieron durante mayor tiempo lactancia materna exclusiva en comparación con las madres casadas y en unión libre. Esto difiere de lo descrito por Bibbins-Domingo (16), según el cual el 92 % de las madres casadas en Estados Unidos dieron lactancia materna exclusiva durante más de 4 meses y solo el 7,4 % de las madres no casadas dio el mismo tiempo de lactancia materna.

En cuanto al motivo por el cual las participantes indicaron no haber dado lactancia materna exclusiva durante los tres seguimientos, fue principalmente por una disminución de la producción de la leche. Este hallazgo se relaciona con el de Niño et al. (17), en Chile, quienes mencionan que el 36 % de las madres que dejan de dar lactancia materna antes del sexto mes tienen la percepción de que el bebé queda con hambre por una disminución en la producción de leche.

Se asegura que las intervenciones en lactancia materna, como lo son el apoyo profesional, el apoyo de compañeros y la educación formal sobre el tema, tienen un efecto positivo sobre la probabilidad de dar lactancia materna y de aumentar el tiempo de esta (18). Además de proporcionar intervenciones a las madres para favorecer la lactancia, se recomienda que se evalúe la satisfacción de las madres respecto a los programas de asesoría prestados por el personal de salud, a fin de saber cómo se pueden mejorar y así aumentar los índices de lactancia en la población (15). En este estudio, el 95,9 % de las participantes encuestadas refirieron estar satisfechas con la asesoría brindada en el HUSI y el 91 % consideró que la asesoría debe continuar realizándose. Adicionalmente, la mayoría de las madres indicaron, durante los tres seguimientos realizados, que la asesoría brindada las motivó a dar lactancia materna exclusiva.

En cuanto a la resolución de problemas, más del 80 % de las participantes de este estudio reportaron que la asesoría brindada contribuyó a la resolución de problemas durante los tres seguimientos realizados. Sin embargo, llama la atención que, a pesar de lo mencionado, la mayoría de las participantes refirió haber obtenido otra ayuda para resolver los problemas con la lactancia (por ejemplo, internet como la principal ayuda referida). Se destaca que el uso de internet refleja el funcionamiento actual de la sociedad, por lo que se considera que la implementación de herramientas virtuales en el proceso de asesoría sería beneficioso, al facilitar,

posterior al egreso, la accesibilidad a información confiable, así como a una interacción con personal de salud entrenado, que permita solventar dudas en relación con la lactancia.

Dentro de las limitaciones del estudio, el diseño no permite evaluar la efectividad de la intervención de la asesoría en lactancia materna, ya que no se cuenta con un grupo de control para compararla. Algunos resultados del estudio no fueron consistentes a través del tiempo, posiblemente porque las participantes no comprendieron algunas de las preguntas planteadas en las encuestas o por un sesgo de obsequiosidad, en el cual las participantes pudieron haber alterado la respuesta dada.

También se presentaron limitaciones en el proceso de reclutamiento de las mujeres, en relación con dificultades logísticas en el momento de recolectar el consentimiento informado. Es importante mencionar que durante el estudio cambió el personal encargado de las asesorías en lactancia materna, debido a la pandemia por covid-19. Entonces, el entrenamiento de la persona encargada en cierto momento del estudio fue diferente al entrenamiento de la persona encargada al finalizar el estudio. Por último, diez participantes abandonaron el seguimiento, lo cual podría modificar los resultados.

Se considera que es una necesidad realizar estudios comparativos con tamaños de muestra más grandes que permitan asociaciones respecto al impacto de la asesoría en la lactancia materna. Aquí, gracias a esta, la mayoría de las participantes dieron lactancia materna exclusiva durante todo el seguimiento del estudio. Además, la mayoría de ellas estuvieron satisfechas con la asesoría brindada en el HUSI, esta misma las motivó a dar lactancia materna y las ayudó con la resolución de problemas durante la lactancia.

Conclusión

Los resultados indican que la asesoría en lactancia materna brindada en el HUSI fue efectiva, ya que la mayoría de las participantes que la recibieron mantuvieron la lactancia materna exclusiva durante todo el periodo de seguimiento. Además, la satisfacción con la asesoría fue elevada; ello evidencia su impacto positivo en la motivación de las madres para continuar con la lactancia y en la resolución de dificultades relacionadas. Estos hallazgos resaltan la importancia de la asesoría especializada como estrategia para promover la lactancia materna exclusiva y mejorar la experiencia materna durante este proceso.

Referencias

1. World Health Organization, Unicef. Global nutrion targets 2025: breastfeeding policy brief [internet]. Ginebra: Department of Nutrition for Health and Development; 2014. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-14.7

2. Rea MF. Benefits of breastfeeding and women's health. J Pediatr (Rio J). 2004;80(5 suppl. 5):142-6. https://doi.org/10.2223/1247

3. 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(Suppl 3):11. https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-S3-S24

4. Chapman DJ, Morel K, Anderson AK, Damio G, Pérez-Escamilla R. Breastfeeding peer counseling: from efficacy through scale-up NIH public access. J Hum Lact. 2010;26(3):314-26. https://doi.org/10.1177/0890334410369481

5. Brahm P, Valdés V. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. Rev Chil Pediatr [internet]. 2017;88(1):15-21. Disponible en: https://andespediatrica.cl/index.php/rchped/article/view/210

6. Betrán AP, De Onís M, Lauer JA, Villar J. Ecological study of effect of breast feeding on infant mortality in Latin America. Br Med J. 2001;323(7308):303-6. https://doi.org/10.1136/bmj.323.7308.303

7. VanDerslice J, Popkin B, Briscoe J. Drinking-water quality, sanitation, and breast-feeding: Their interactive effects on infant health. Bull World Health Organ [internet]. 1994;72(4):589-601. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2486614/

8. Lima CMAO, Maymone W. Breastfeeding promotion and support policies in Brazil. Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr. 2019;22(4):413-5. https://doi.org/10.5223/pghn.2019.22.4.413

9. Forero Torres Y, Morales G, Hernñandez A, Galindo M, Romero JJ, Chaparro P. Prácticas de cuidado en mujeres gestantes y lactantes asociadas a la lactancia materna. Rev Chil Nutr. 2019;46(6):708-17. https://doi.org/10.4067/S0717-75182019000600708

10. Rodríguez-García J, Acosta-Ramírez N. Factores asociados a la lactancia materna exclusiva en población pobre de áreas urbanas de Colombia. Rev Salud Pública (Bogotá). 2008;10(1):71-84.

11. Pinzón-Villate GY, Eslava-Castañeda JC. Modalidades de evaluación de las iniciativas latinoamericanas promotoras de la práctica de la lactancia materna. Rev Salud Pública (Bogotá). 2012;14(6):1026-36.

12. Orrego Celestino LM, Flórez-Salazar M, Revelo-Moreno S, Sánchez-Ortiz G, Duque-Palacio L, Montoya-Martínez JJ, et al. Factores asociados a la lactancia materna en mujeres de un municipio colombiano. Rev Médica Risaralda. 2018;24(1):24. https://doi.org/10.22517/25395203.13931

13. Ministerio de la Protección Social de Colombia, Acción Social, Unicef, Programa Mundial de Alimentos. Plan Decenal Lactancia Materna 2010-2020: amamantar compromiso de todos [internet]. Bogotá; 2010. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/plan-decenal-lactancia-materna.pdf

14. Pinzón-Villate GY, Alzate-Posada ML, Olaya-Vega GA. La consejería en lactancia materna exclusiva: de la teoría a la práctica. Rev Fac Med. 2016;64(2):285-93. https://doi.org/10.15446/revfacmed.v68n3.73940

15. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Instituto Nacional de Salud, Universidad Nacional de Colombia. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional (ENSIN) 2015 [internet]. 2015. Disponible en: https://www.icbf.gov.co/bienestar/nutricion/encuesta-nacional-situacion-nutricional#ensin3

16. Bibbins-Domingo K. Primary care interventions to support breastfeeding US preventive services task force recommendation statement. JAMA. 2016;316(16):1688-93.

17. Niño R, Gioconda SE, Atalah E. Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. Rev Chil Pediatr. 2012;83(2):161-9. https://doi.org/10.4067/S0370-41062012000200007

18. Pitonyak JS, Jessop AB, Pontiggia L, Crivelli-Kovach A. Life course factors associated with initiation and continuation of exclusive breastfeeding. Matern Child Health J. 2016;20(2):240-9. https://doi.org/10.1007/s10995-015-1823-x

Notas

Conflicto de intereses Los autores declaramos no tener conflicto de intereses para la realización del artículo.