

**FACTORES ASOCIADOS CON LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA HASTA EL
SEXTO MES EN MADRES ADOLESCENTES
MEDELLÍN, 2010**

**INVESTIGADORES:
LILIANA YANET GÓMEZ ARISTIZÁBAL
CARLOS EDUARDO DÍAZ RUÍZ**

**ASESOR:
RUBÉN DARIO MANRIQUE HERNÁNDEZ**

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
MAESTRÍA DE EPIDEMIOLOGÍA
MEDELLÍN, NOVIEMBRE DE 2011**

**FACTORES ASOCIADOS CON LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA HASTA
EL SEXTO MES EN MADRES ADOLESCENTES.
MEDELLÍN, 2010**

**INVESTIGADORES:
LILIANA YANET GÓMEZ ARISTIZÁBAL
CARLOS EDUARDO DÍAZ RUÍZ**

**ASESOR:
RUBÉN DARIO MANRIQUE**

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
MAESTRÍA DE EPIDEMIOLOGÍA
MEDELLÍN, FEBRERO DE 2012**

TABLA DE CONTENIDO

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	9
1.1 PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
1.2 JUSTIFICACIÓN.....	10
1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	11
2. MARCO TEÓRICO.....	12
2.1 LACTANCIA MATERNA.....	12
2.2 EMBARAZO EN ADOLESCENTES.....	14
2.3 LACTANCIA MATERNA Y EMBARAZO EN ADOLESCENTES.....	16
2.4 ESTRATEGIA BUEN COMIENZO HABÍA UNA VEZ.....	18
3. HIPÓTESIS.....	21
4. OBJETIVOS.....	22
4.1 OBJETIVO GENERAL.....	22
4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	22
5. METODOLOGÍA.....	23
5.1 ENFOQUE METODOLÓGICO.....	23
5.3 POBLACIÓN.....	23
5.4 DISEÑO MUESTRAL.....	23
5.4.1 Marco Muestral.....	23
5.4.2 Cálculo de la Muestra.....	23
5.4.3 Método de Selección.....	24
5.5 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES.....	24
5.5.1 Diagrama de variables.....	24
5.6 FUENTES DE INFORMACIÓN.....	25
5.7 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	26
5.7.1 Proceso de obtención de la Información.....	26
5.8 PRUEBA PILOTO.....	26
5.9 CONTROL DE SEGSOS.....	26
5.10 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	27
6. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	29
7. RESULTADOS.....	30
8. DISCUSIÓN.....	42
9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	45
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	46

Tablas

	pag.
Tabla 1 Características de los grupos	30
Tabla 2 Momento de ingreso a la Estrategia Buen Comienzo Había Una Vez	32
Tabla 3 Características en los casos frente a prácticas y conceptos en lactancia materna	33
Tabla 4 Variables con diferencia significativa que ingresaron al Modelo de Regresión Logística	35
Tabla 5 Resultados de la Regresión Logística	35
Tabla 6 Riesgos Atribuibles	36
Tabla 7 Tabla de Predicciones del modelo por las variables incluidas	37

Gráficos

	pag.
Gráfico 1 Distribución del abandono de la lactancia materna entre las madres que no tuvieron LME	29
Gráfico 2 Análisis de Correspondencias	34
Gráfico 3 Tiempo de ocurrencia del abandono de la lactancia materna exclusiva	38
Gráfico 4 Tiempo de ocurrencia del abandono de la lactancia materna exclusiva según si se recibió o no educación postnacimiento	39
Gráfico 5 Tiempo de ocurrencia del abandono de la lactancia materna exclusiva según el tipo de familia de la madre	40

RESUMEN.

Objetivo. Determinar los factores asociados con la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes en madres adolescentes de los niveles I y II del SISBEN de la ciudad de Medellín.

Métodos. Se realizó un estudio de casos y controles con 323 madres adolescentes, 197 casos y 126 controles de la “Estrategia Buen Comienzo Había una Vez-BCHV”. Se aplicó estadística descriptiva para el análisis univariado. Se hizo un análisis de correspondencias. La comparación de variables cualitativas se realizó mediante tablas de contingencia y para las variables cuantitativas con distribución no normal, U-Mann-Whitney. Para identificar los factores asociados con la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes, se utilizó regresión logística. Se realizaron curvas de Kaplan-Meier para la duración de la lactancia materna y las variables significativas en el modelo. Se calcularon los riesgos atribuibles en expuestos y riesgos atribuibles poblacionales.

Resultados. 27.9% de las madres adolescente lograron lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes. La media de la edad de la madre fue de 17,56 años. En el análisis de regresión logística se encontró que el tiempo en la Estrategia, recibir educación después del nacimiento del niño y pertenecer a una familia nuclear están asociados a una mayor duración de lactancia materna.

Conclusiones. De acuerdo a los resultados encontrados en la población de madres adolescentes, la duración de la lactancia materna exclusiva puede extenderse haciendo énfasis en el tipo de educación y la continuidad en el programa.

Palabras Claves: madres adolescentes, lactancia materna, factores asociados.

ABSTRACT.

Objective. To find factors associated with exclusive breast feeding until the sixth month in teenage mothers for levels I and II of the SISBEN system for Medellín city.

Methodology: We develop a case-control study with 323 teen mothers, 197 cases and 126 for control of the strategy "*BuenComienzoHabíaUnaVez-BCHV*". Descriptive statistics was applied for univariate analysis. An analysis of correspondences. The comparison of qualitative variables was performed using contingency tables and for quantitative variables with a non-normal distribution, Mann-Whitney was used. To identify factors associated with exclusive breast feeding until the sixth month, we used logistic regressions. Kaplan-Meier curves were made for the duration of breast feeding and the significant variable in the model. We calculated the attributable risk at which population is exposed and population attributable risks.

Results. 27.9% of teenage mothers managed exclusive breast feeding until the sixth month. The mean maternal age was 17.56 years. In the logistic regression analysis we found that the time in the strategy, and the education after the birth of the child for those who belong to a nuclear family are associated with longer duration of breast feeding.

Conclusions. According to the results found in the population of teenage mothers, the duration of exclusive breast feeding can be extended with an emphasis on the type of education and continuity in the program.

Keywords: Exclusive breastfeeding, adolescent mother, risk factors, protective

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al Programa Buen Comienzo y su “*Estrategia Buen Comienzo Había Una Vez - BCHUV*” por apoyar el desarrollo de esta investigación desde el proceso de planeación hasta su ejecución, proporcionando recursos de tipo logístico y de información como la base de datos que fue el sustento de este trabajo.

Al equipo de Gestores y agentes educativos psicosociales de la “*Estrategia Buen Comienzo Había Una Vez-BCHUV*” por el apoyo en el proceso de aplicación de la Prueba Piloto y la aplicación de las encuestas posibilitando la recolección de toda la información necesaria.

Al cuerpo docente de la Maestría en Epidemiología de la Universidad CES por guiarnos en nuestro proceso de aprendizaje.

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

1.1 PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA.

La Organización Mundial para la Salud (OMS) recomienda que el mejor alimento para los niños durante los primeros 6 meses de vida es la lactancia materna de manera exclusiva y complementaria hasta los dos años o más porque favorece el crecimiento y desarrollo del menor, además de que protege contra enfermedades infecciosas y crónicas (1).

El Plan Decenal de Lactancia Materna 2010 – 2020 plantea como logros para el 2015 que la duración de la lactancia materna exclusiva sea de seis meses y complementaria hasta los dos años o más en todo el territorio nacional (2).

Frente a la duración promedio de la lactancia materna total desde 1995 a 2005 en Colombia se ha observado un incremento sostenido de 11,3 a 14,9 meses (3). Para 2010 en Colombia el promedio de duración de la lactancia materna total se mantuvo constante (14,9 meses), contrario a la duración de la lactancia materna exclusiva la cual paso de 2,2 a 1,8 meses. Para Antioquia se presentó una reducción en el promedio de duración de la lactancia total de 14,9 a 12,4 meses y de la lactancia exclusiva de 2,2 a 0,6 meses (4). Es así, como se evidencia que aún se está lejos de las recomendaciones internacionales (OMS y UNICEF) y nacionales planteadas en el Plan Decenal de Lactancia Materna y en la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (5) .

Los principales factores asociados al abandono temprano de la lactancia materna y por ende inicio temprano de la alimentación complementaria están relacionados con los mitos y realidades socioculturales que tienen las madres frente a esta práctica, acorde con la ENSIN 2010 “la gran mayoría de mujeres colombianas (96%) inició el amamantamiento de su hijo al nacer. El 4,0% de las madres afirma que nunca amamantó; entre las principales razones, están: no le bajó leche (23%), el niño falleció (21%), el niño rehusó la leche materna (18%), el niño estaba enfermo (11%), la madre estaba enferma o débil (8%), problemas del pezón (7%), y problemas de succión del niño (4%). En total, el 58% de los motivos para no amamantar se relacionaron con el niño y el 42% con la madre” (4).

Estos factores mencionados anteriormente están asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en población de madres de todas las edades y no de manera exclusiva en adolescentes, cuyo ciclo vital es una etapa que implica cambios en la estructura morfológica y fisiológica, además de cambios emocionales y en proceso de alcanzar la madurez físico-psíquica y el estatus adecuado que le permitan asumir responsabilidades y ejercer deberes de adultos (6).

Una adolescente, es una mujer que aún no está preparada para ser madre, en corto tiempo debe lograr nuevos retos, preocuparse por su salud sexual y reproductiva, asumir relaciones afectivas con su familia y su pareja; además de todo el proceso de crianza de su hijo, este proceso de crianza se convierte en un desafío que no ha asumido la madre joven y que en ciertas ocasiones pueden llevarla a que se sienta recargada de trabajo y con un estrés emocional, lo que constituye un riesgo para lograr una lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida de su hijo (7).

Durante el período comprendido entre julio de 2009 hasta julio de 2010, el 26% de las lactantes atendidas por la “*Estrategia Buen Comienzo Había Una Vez - BCHUV*” eran adolescentes, de las cuales el 61,7% alcanzaron una lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes, distante de las recomendaciones de la OMS según la cual el 100% de los niños y niñas deben ser amamantados de manera exclusiva hasta el sexto mes (1).

1.2 JUSTIFICACIÓN.

Para los hijos de madres adolescentes se han encontrado diferentes riesgos desde el punto de vista social, nutricional, de salud y afectivo que en la mayoría de casos están relacionados con parto prematuro, bajo peso al nacer, mala nutrición y mayor posibilidad de abuso, negligencia en el cuidado del niño y en algunas situaciones puntajes bajos en el coeficiente intelectual y desarrollo emocional del niño (8).

El documento CONPES 109 (Consejo Nacional de Política Económica y Social), que establece la Política Nacional de Primera Infancia plantea como aspectos primordiales en el cuidado de los niños durante los primeros meses de vida una nutrición adecuada que en conjunto con un estímulo adecuado, es un factor determinante que favorece el aprendizaje y un buen estado salud a lo largo de la vida. En este período, la lactancia materna como alimento base para los niños, se convierte en el ideal para un adecuado desarrollo del cerebro, además de que favorece el vínculo entre el binomio madre – hijo (9).

Por consiguiente se puede afirmar que el incipiente desarrollo psicosocial y fisiológico de las adolescentes para asumir en todos los planos el hecho de ser madres pueden ser factores que están relacionados con el abandono precoz de la lactancia materna exclusiva (10).

Aunque en varios estudios se han hecho evidentes las diferentes razones por las que se abandona de manera temprana la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes, en la población objeto de este aún no se tienen claramente identificados cuales son estos, por lo que se plantea identificar los principales

factores sociodemográficos asociados con el abandono de la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes y así generar información que pueda aportar hacia la construcción de estrategias educativas y de intervención, contextualizadas hacia ésta práctica en este grupo poblacional.

1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿Cuáles son los factores asociados a la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes en madres adolescentes?

2. MARCO TEÓRICO.

2.1 LACTANCIA MATERNA.

El amamantamiento es una experiencia satisfactoria tanto para la madre como para el hijo por el contacto piel con piel que se produce entre ambos, la madre es extraordinariamente sensible durante este período y su mayor preocupación gira en torno a la alimentación y cuidado de su hijo, por lo que es importante que ésta tenga el conocimiento correcto y suficiente con respecto a las necesidades básicas de su hijo y la importancia de estas para su adecuado crecimiento y desarrollo. Por sus múltiples beneficios ya comprobados, las políticas internacionales y nacionales están orientadas a la práctica adecuada la lactancia materna para garantizar un completo y adecuado desarrollo físico y cognoscitivo del niño (11).

La estrategia de UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) con respecto a la alimentación de los lactantes y niños pequeños se basa en las estipulaciones de la Declaración de Innocenti sobre la protección, el fomento y el apoyo de la lactancia materna, la cual constituyó un documento categórico en el que se establecieron políticas y se esbozaron los objetivos fundamentales en materia de amamantamiento. La declaración fue aprobada en agosto de 1990 y recibió posteriormente el respaldo de la Asamblea Mundial de la Salud y la Junta Ejecutiva de UNICEF (12).

En 1997 la Academia Americana de Pediatría (AAP) publicó las nuevas directrices sobre lactancia materna, donde se resumen las ventajas de la lactancia para el niño, la madre y la comunidad, además de orientar al personal de los servicios de salud sobre las acciones para manejar, promover, proteger y apoyar la lactancia materna a nivel institucional, comunitario y familiar (13), lo anterior respaldado por los diferentes documentos de alcance mundial socializados durante congresos y cumbres internacionales avalados por la OMS y la UNICEF.

Basado en estudios realizados en los últimos años, el documento de la AAP afirma que "la leche humana es extraordinariamente superior como alimento infantil y es específica para nuestra especie; todos los sustitutos alimenticios difieren notablemente de ella" (13).

Además de las diferentes ventajas para la madre y el niño de la lactancia materna, se han mencionado aspectos favorables en lo económico que se asocian con la reducción de los costos de atención en salud, recomendando como fin último la lactancia materna durante dos años o más (14).

En 2005 se llevó a cabo la reunión internacional en Florencia, Italia con el fin de

evaluar los avances logrados desde 1990 en materia de protección, fomento y apoyo a la lactancia materna; además de establecer la Declaración de Innocenti sobre la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño de 2005, donde se amplían los principios consagrados en la declaración de 1990 y se establecen las funciones y responsabilidades de los actores involucrados en el tema que permita generar ámbitos desde lo social, institucional y familiar que favorezcan prácticas adecuada frente a la alimentación de los lactantes (12).

La lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida proporciona a los bebés todos los nutrientes que necesitan y los protege contra enfermedades que pueden poner en peligro su vida, obteniéndose aún mejores resultados si se extiende el amamantamiento hasta los dos años o más con una adecuada alimentación complementaria. "De acuerdo con resultados de investigaciones recientes, alimentar a los bebés únicamente con leche materna durante los seis primeros meses, y continuar el amamantamiento durante el primer año, puede salvar 1,3 millones de vidas por año. Esto significa que todos los días se salvarían más de 3.000 vidas", dijo Miriam H. Labbok, Asesora Superior de UNICEF para la Alimentación y el Cuidado del Lactante y el Niño Pequeño (15).

"Si a la lactancia materna se le suman los beneficios de la alimentación complementaria, se podrían salvar 5.500 vidas adicionales todos los días de todos los años", agregó la doctora Labbok "Lo que nos interesa es crear conciencia sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva. Los bebés que no son alimentados exclusivamente con leche materna se exponen a contraer una serie de enfermedades, pues su sistema inmunológico demora más en madurar. Esos pequeños no responden igual de bien a las vacunas y corren el riesgo de contraer en el futuro diversas enfermedades crónicas y hasta cáncer", explicó la señora Labbok (15).

En Colombia se cuenta con el Plan de Alimentación y Nutrición y el Plan Decenal para la Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna 2010 -2020, que recomienda la leche materna como único alimento durante los primeros seis meses de vida (2,6). Para este contexto nacional la duración de la lactancia materna fue de 14,9 meses, lejos de la recomendación internacional de 24 meses, en cuanto a la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses el promedio de duración fue de 1,8 meses (4).

Esta situación se ha trabajado desde la inclusión de acciones de fomento, apoyo y protección a la lactancia materna en la agenda pública como lo es el Plan Nacional de Salud Pública (Decreto 3039 de 2007) (16) que establece las prioridades en salud para la población colombiana, donde se incluyen mejorar la salud infantil y la situación nutricional, estableciendo metas relacionadas con reducir a 24,0 por cien mil la tasa de mortalidad en menores de cinco años (línea de base: 30,2 por cien mil); reducir a 15 por 1.000 nacidos vivos la tasa de mortalidad en menores de un año e incrementar en un mes la mediana de duración de la lactancia materna

exclusiva que en la actualidad está en 2.2 meses , al igual que el CONPES 113 de 2007 (5), que reglamenta la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional la cual también incluye y adopta las metas establecidas dentro del Plan Nacional de Salud Pública.

Tomando este referente se plantea que la lactancia materna tiene múltiples ventajas para los niños y las madres. En los niños, su composición nutricional es específica para el ser humano en sus diversas etapas de crecimiento y desarrollo, disminuye la morbilidad por infecciones respiratorias y gastrointestinales, contiene factores inmunológicos y antiinfecciosos y fomenta el desarrollo de la inteligencia, entre otras. Para la madre, implica beneficios biológicos posparto como la involución uterina y la reducción de la probabilidad de padecer cáncer de útero y mama, además que fomenta y fortalece el vínculo y la interacción del binomio madre-hijo (3).

2.2 EMBARAZO EN ADOLESCENTES.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la adolescencia es una etapa de la vida comprendida entre los 10 y 19 años, e incluye la adolescencia inicial o temprana (10 a 13 años), media (14 a 16 años) y tardía (17 a 19 años) (17).

En esta etapa de la adolescencia se inicia la configuración de procesos de socialización e independencia que marcan la conformación de nuevos núcleos sociales que están determinados por valores sociales, familiares e ideológicos. En ocasiones los adolescentes se enfrentan a situaciones de las cuales no tienen suficiente conciencia de los riesgos que pueden traer para su vida. La mayoría de los adolescentes están iniciando su vida sexual antes de los 15 años, sin prever las posibles consecuencias como son las enfermedades de transmisión sexual o un embarazo (18).

“Se estima que 16 millones de niñas de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años dan a luz cada año, y un 95% de esos nacimientos se producen en países en desarrollo, según el estudio realizado por Rosen. Esto representa el 11% de todos los nacimientos en el mundo. Sin embargo, los promedios mundiales ocultan importantes diferencias regionales. Los partos en adolescentes como porcentaje de todos los partos oscilan entre alrededor del 2% en China y el 18% en América Latina y el Caribe. En todo el mundo, siete países representan por sí solos la mitad de todos los partos en adolescentes: Bangladesh, Brasil, la República Democrática del Congo, Etiopía, la India, Nigeria y los Estados Unidos” (19).

Según el consultor en salud de los adolescentes de la OMS James E Rosen, las adolescentes menos de 16 años corren un riesgo de muerte materna cuatro veces mayor que las mujeres entre 20 a 30 años, y la tasa de mortalidad de sus neonatos es aproximadamente un 50% superior (19,20)

Por las consecuencias médicas y sociales el embarazo en adolescentes es considerado de alto riesgo, ligado a múltiples complicaciones que pueden poner en riesgo la salud y la vida del binomio madre – hijo, entre ellas la hipertensión inducida por el embarazo, abortos, anemia, hemorragias, aumento de incidencias de cesáreas, los trastornos metabólicos y respiratorias del neonato, sepsis, bajo peso al nacer, pequeños para la edad gestacional, entre otras descritas en la literatura (21, 19, 20).

Además de las diferentes complicaciones ligadas a la salud del binomio madre - hijo, también se dan repercusiones a nivel individual, familiar y social, relacionados con la deserción escolar, multiparidad, desempleo, uniones inestables, transmisión de la pobreza, perpetuación del ciclo de la pobreza, jefatura de hogar femenina, dificultad para encontrar empleo lo que se traduce en feminización de la pobreza (21, 22).

“La maternidad temprana parece tener más efectos económicos que sociales y efectos más serios para el caso de las madres pobres que para todas las madres. Influye sobre el tamaño de la familia (familias más numerosas), los arreglos familiares (menos familias nucleares tradicionales) y la transmisión de preferencias de maternidad entre generaciones (las madres adolescentes “engendran” madres adolescentes). Lo que es más importante, la maternidad temprana parece arraigar la pobreza de las mujeres de bajos ingresos” (23).

En países en vía de desarrollo como Colombia, especialmente en aquellos segmentos de la población deprimidos social, económica y culturalmente es común que las mujeres tengan su primer hijo durante la adolescencia. Acorde con algunos estudios las madres adolescentes de Colombia, Brasil y la India tuvieron una mayor prevalencia de prematurez y de niños de bajo peso comparadas con las madres adultas. Estos estudios, al igual que otro realizado en Chile mostraron también mayores tasas de mortalidad infantil para los embarazos en adolescentes. Los hijos de las madres adolescentes estudiadas en el Brasil, crecían en la pobreza y presentaban más desnutrición en los tres primeros años de vida comparados con los hijos de madres adultas (20).

La juventud colombiana es tan grande en cantidad como diversa en sus formas de ser, en términos numéricos, se calculaba que en el año 2000, el 30% de la población colombiana se encontraría entre los 10 y los 24 años de edad, dato que es muy cercano al 28,73% demostrado por el censo poblacional de 2005 (18).

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2005 halló que para las mujeres colombianas encuestadas de 20 a 49 años la media de la edad de su primera relación sexual fue de 18,3 años. En relación con el nivel educativo, también se obtuvieron resultados llamativos, la mediana de edad de la primera relación sexual para aquellas que no accedieron a ningún tipo de educación formal

fue de 15,8 años, mientras que para aquellas que tuvieron acceso a la educación superior fue de 20 años (24).

Es entonces cuando se evidencia una situación preocupante en cuanto a la salud sexual y reproductiva, ya que la cifra de embarazo en adolescentes va en aumento de manera significativa. En 1990 era de 70 nacimientos por cada 1000 mujeres y en 2005 fue de 90. Estos números tienen relación directa con el inicio temprano de las relaciones sexuales y la no utilización de métodos anticonceptivos. La ENDS de 2005 muestra que, para el promedio nacional el 20,5% de las mujeres entre los 15 y los 19 años estuvieron embarazadas alguna vez (24).

2.3 LACTANCIA MATERNA Y EMBARAZO EN ADOLESCENTES.

La adolescencia es un período de transición biológico y social, en el que el organismo experimenta cambios hormonales y físicos que lo preparan para el adecuado desarrollo de las funciones como por ejemplo la procreación. El embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero en la adolescencia conlleva a una serie de alteraciones que atentan tanto contra la salud de la madre como la del hijo, por lo que constituye un problema de salud que no debe ser considerado solo en términos del presente, sino del futuro, por las complicaciones que puede acarrear (25).

Clínicamente los embarazos en madres adolescentes son de alto riesgo ya que tienen una mayor probabilidad de complicaciones pre, peri y post natales, la mortalidad en el primer año de vida en el hijo de madre adolescente no sólo se relaciona con la mortalidad perinatal, sino en los 11 meses que siguen. El crecimiento estatural a los 18 meses está afectado con el tiempo, y se acentúa a los 30 meses de vida, coincidiendo con el aumento del deterioro del nivel socioeconómico de la madre y una disminución de la ingesta proteica de sus hijos, si lo comparamos con los hijos de madres adultas (26).

Los lactantes hijos de madres adolescentes están expuestos a riesgos psicosociales maternos y biológicos que inciden en forma negativa en el niño, llegando a afectar fundamentalmente su nutrición, crecimiento y desarrollo psicomotor. Se han hallado en los hijos de los adolescentes puntajes bajos en el coeficiente intelectual y desarrollo emocional y en algunos países rechazo social y desventajas legales, lo cual agrava la situación socioeconómica tanto de la madre como del hijo (8).

Las adolescentes que se convierten en madres suelen hablar menos a sus hijos durante las situaciones cotidianas de interacción, así mismo, estas madres suelen tener baja autoestima a la hora de valorar su papel como madres, saben menos sobre el desarrollo, la crianza y la educación de sus hijos y tienden a mantener ideas evolutivo-educativas más tradicionales y menos definidas (27).

Aunque la mayoría de los estudios plantean que las madres adolescentes tienen frecuencias mucho menores de iniciación de lactancia materna respecto a las madres adultas, se encontró un estudio donde las adolescentes alcanzaron una frecuencia de 65.7% al primer mes de nacido de su hijo. Situación que puede explicarse por la influencia del programa institucional de apoyo a la lactancia, en el cual son capacitadas en cuanto a beneficios, técnicas de amamantamiento y manejo de complicaciones, sin embargo, esta prevalencia se considera baja comparada con lo reportado en madres adultas, pero puede explicarse por la problemática que rodea a las adolescentes (28).

Diferentes estudios muestran como la mayoría de las madres abandonaron la lactancia materna exclusiva entre el primer y cuarto mes y que los factores maternos que se asociaron con frecuencia al abandono de esta, fueron la edad menor de 20 años, madres estudiantes, nivel de escolaridad primario y la primiparidad. En la mayoría de la literatura se evidencia que la edad menor de 20 años es un factor de riesgo para abandonar la lactancia materna exclusiva antes del sexto mes (29).

Muchos de los factores socioculturales que influyen la decisión de la madre para garantizar o no la lactancia materna están condicionados por las prácticas culturales y las conductas adoptadas por éstas y las personas a su alrededor que determinan las necesidades, las percepciones, las creencias, los conocimientos, las opiniones, las actitudes y las habilidades de cada persona, además, el tipo de relación que tenga la madre adolescente con la familia, la sociedad y el ambiente en el que se desenvuelve, pueden estar relacionado con el abandono temprano de la lactancia materna exclusiva, ya que estos pueden convertirse es un referente de conducta frente a esta práctica (30).

La literatura evidencia la presencia de barreras culturales que afectan la decisión de la madre en muchos países, por lo que se considera importante acceder a los conocimientos específicos en relación con las creencias y prácticas frente a la lactancia materna que permitan una intervención efectiva en el tema (31).

La participación en programas de apoyo y promoción en los que se brinda educación con respecto a la lactancia materna exclusiva está relacionada con una mayor duración de esta, ya que se convierte en un espacio en donde las madres se sienten acompañadas y resuelven las inquietudes y dificultades concernientes a esta práctica (32).

Dentro de las razones aducidas por las madres para terminar la lactancia materna están: la percepción de una producción insuficiente de leche; la falta de conocimientos frente a la importancia de la leche materna para la salud y desarrollo de su hijo y condiciones físicas secundarias al amamantamiento como congestión de las mamas y agrietamiento de los pezones (33).

Las variables sociodemográficas como madres cabeza de familia, estado civil, dependencia económica y tipo de familia, están asociadas con el tiempo de duración de la lactancia materna, esto se relaciona con la estabilidad emocional, afectiva y posiblemente económica de la madre adolescente lo que influiría en el tiempo destinado a la crianza de su hijo (30,33,34).

Se sugiere entonces que la práctica de la lactancia materna puede afectarse por la combinación de factores como el nivel económico, la educación, la raza, los sentimientos de ambivalencia, las influencias sociales y familiares, y la conducta modelo que está influida por mujeres allegadas que han amamantado. Los factores socioculturales pueden variar dependiendo del lugar donde se realice el estudio y se ven influenciados por el tipo de familia y el lugar que la mujer ocupe en esta y en la sociedad.

2.4 ESTRATEGIA BUEN COMIENZO HABÍA UNA VEZ.

En la ciudad de Medellín, existen altos niveles de vulnerabilidad de la población materno infantil, debido a factores de riesgo físicos, nutricionales, afectivos, sociales y cognitivos, determinados por la condición socioeconómica y cultural de las familias; el débil proceso de articulación de ofertas; la falta de orientación pedagógica para la atención desde la familia; la escasez y poca pertinencia de los espacios de atención para el desarrollo y aprendizaje y los bajos niveles de demanda de los servicios de Control Prenatal y Crecimiento y Desarrollo.

En tal sentido y para dar respuesta a esta necesidad, la Secretaría de Educación- Programa Buen Comienzo, conjuntamente con las Secretarías de Bienestar Social, Salud y el INDER, en el marco del Plan de Desarrollo 2008-2011 “Medellín es Solidaria y Competitiva”, realizó una prueba piloto para la atención integral a la población de gestantes y niñas y niños identificados en el primer año de vida durante el segundo semestre de 2009, que se consolidó como Estrategia de atención integral a lo largo del 2010 desde las áreas de salud, nutrición, protección, recreación, atención psicosocial y educación inicial que buscaba fortalecer el rol educador de la familia en la vía de acompañar el desarrollo integral de los niños y las niñas, oferta que recibió el nombre de “Buen Comienzo Había Una Vez”.

La Estrategia de atención integral a familias gestantes, lactantes, niños y niñas durante su primer año de vida denominada “Buen Comienzo Había Una Vez”, viene operando en el municipio de Medellín: sus 16 comunas y sus cinco corregimientos desde el mes de junio del año 2009 y actualmente, cuenta con una población proyectada de 8.000 madres gestantes y lactantes (aproximadamente 50% gestantes y 50% lactantes) y 8.015 niños y niñas desde su nacimiento hasta los 12 meses de edad, dando con ello respuesta a las metas contempladas en el

Plan de Desarrollo 2008-2011 “Medellín es Solidaria y Competitiva”.

“*Buen Comienzo Había una Vez-BCHUV*”, es una estrategia que responde a una perspectiva incluyente, interdisciplinaria e intersectorial de atención al desarrollo infantil, contemplada desde el Programa Buen Comienzo, concebido como uno de los elementos importantes que apunta al cumplimiento de las líneas estratégicas uno y dos del Plan de Desarrollo de Medellín, que busca el desarrollo integral, diverso e incluyente de las niñas y los niños desde la gestación hasta los seis años de vida.

Es una apuesta concreta por la Intersectorialidad e interinstitucionalidad que se ha hecho realidad a partir de la unión de los recursos dispuestos desde la Alcaldía de Medellín con sus Secretarías de Educación, Salud, Bienestar Social, el Instituto de Deportes y Recreación - INDER y la Empresa Social del Estado ESE Metrosalud quien opera la estrategia, el aporte de recursos nacionales y la línea estratégica del Ministerio de Educación Nacional y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF.

La atención que se brinda a las familias gestantes, lactantes y de los niños y niñas en su primer año de vida, está soportada en la modalidad de entorno familiar y en el enfoque de derechos y propende por la integralidad desde las áreas de la educación inicial, la salud, nutrición, sicosocial, pedagogía y el desarrollo lúdico y físico.

Su objetivo principal es el fortalecimiento del rol educativo de la familia y el desarrollo de competencias en la primera infancia desde la gestación, en respuesta a la trascendencia que tienen los primeros años de la vida para el desarrollo físico, cognitivo, emocional, trascendental y social de los niños y las niñas, a partir del reconocimiento y las potencialidades humanas.

Sus actividades fundamentales son el desarrollo de encuentros educativos realizados por un equipo interdisciplinario (pedagogos, nutricionistas-dietistas, psicosociales, profesionales del área de la salud y educadores físicos), las actividades pedagógicas-educación inicial, la estimulación adecuada, el acompañamiento familiar y comunitario, la entrega de complemento alimentario, vigilancia nutricional, visitas de acompañamiento en el hogar, el fortalecimiento de los programas de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, la articulación interinstitucional y la participación en escenarios de ciudad y de política educativa de primera infancia.

“*Buen Comienzo Había Una Vez*” se enmarca en la **modalidad de atención en entorno familiar**, concebida como un proceso de acompañamiento educativo a la familia que busca generar competencias en el cuidado y la crianza, enlazando con sentido pedagógico, la oferta pública de beneficios prioritarios para el desarrollo infantil (complementación alimentaria, vigilancia nutricional, atención en salud,

seguimiento y acompañamiento al desarrollo). Se orienta por los principios de flexibilidad, inclusión, reconocimiento y reflexión de saberes previos y contextualización de acuerdo a las características del desarrollo de la gestante, de la lactante, del niño y la niña, de la comunidad y su entorno.

Los lugares en los cuales se desarrollan las actividades son en su mayoría las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud-UPSS de la Red Hospitalaria de Metrosalud, los Hogares FAMI del ICBF, ludotecas del INDER, Instituciones Educativas, sedes sociales, iglesias, Juntas de Acción Comunal; es decir, se aprovecha al máximo el equipamiento y la capacidad instalada comunitaria e institucional disponible para favorecer el acceso de la población más vulnerable de la ciudad.

3. HIPÓTESIS.

Ho: No existe relación entre las características de las madres adolescentes y la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses.

Ha: Existe relación entre las características de las madres adolescentes y la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses.

4. OBJETIVOS.

4.1 OBJETIVO GENERAL.

Evaluar los factores asociados con la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses del niño en madres adolescentes niveles I y II del SISBEN participantes de la “*Estrategia Buen Comienzo Había una Vez-BCHUV*” de la ciudad de Medellín, con el fin de proporcionar información para la toma de decisiones y el planteamiento de alternativas para el apoyo a la madre adolescente en el proceso de lactancia materna.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Describir las características de las madres lactantes adolescentes vinculadas a la “*Estrategia Buen Comienzo Había Una Vez*”.
- Describir la frecuencia de los factores de riesgo y protección en madres lactantes adolescentes en relación con la duración de la lactancia materna hasta el sexto mes.
- Estimar la asociación entre los factores de riesgo y protección y la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes.

5. METODOLOGÍA.

5.1 ENFOQUE METODOLÓGICO.

Se realizó un estudio analítico de tipo cuantitativo.

5.2 TIPO DE ESTUDIO.

Para el estudio se propuso una metodología de casos y controles con el fin de establecer la asociación entre la lactancia materna exclusiva durante el sexto mes y las características de las madres adolescentes que actúan como factores de riesgo o de protección.

5.2.1 Definición de Caso. Madre adolescente que no amamantó a su hijo de manera exclusiva durante los seis primeros meses.

5.2.2 Definición de Control. Madre adolescente que amamantó a su hijo de manera exclusiva durante los seis primeros meses.

5.3 POBLACIÓN.

La población la conformaron 647 madres adolescentes, nivel I y II del SISBEN del régimen subsidiado participantes de la “*Estrategia Buen Comienzo Había Una Vez*” de Metrosalud y la Alcaldía de Medellín, considerándose como adolescentes la mujeres entre 12 y 19 años de edad, registradas en la base de datos de la Estrategia durante el mes de septiembre de 2010.

5.4 DISEÑO MUESTRAL.

5.4.1 Marco Muestral. Registro de las 647 madres adolescentes, las cuales habían tenido el recién nacido entre 6 y 8 meses antes de la entrevista, participantes de la “*Estrategia Buen Comienzo Había Una Vez*” de la Ciudad de Medellín, identificadas mediante un número único en la base de datos del programa.

5.4.2 Muestra. Después de realizar el proceso de recolección se obtuvo información de 323 madres adolescentes, 197 casos y 126 controles, para una

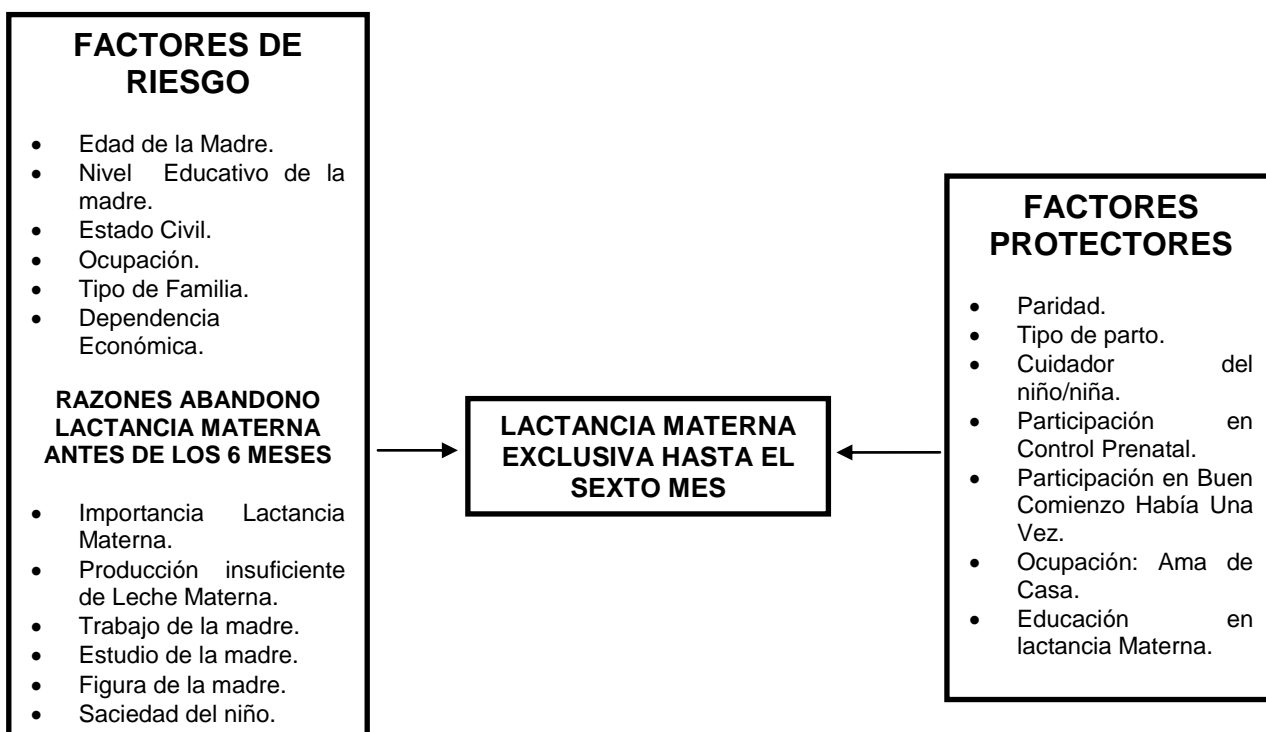
relación aproximada de 1,5 casos por cada 1 control.

Dado que la disponibilidad de la información y la calidad de datos existentes en los registros nos permitía trabajar con una muestra de 323 registros distribuidas en 197 casos y 126 controles, se decidió trabajar con el total de registros.

5.4.3 Método de Selección. Se trabajo con el total de registros de los que se obtuvo información; entonces no fue necesario realizar ningún tipo de selección por muestreo.

5.5 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES.

5.5.3 Diagrama de variables.

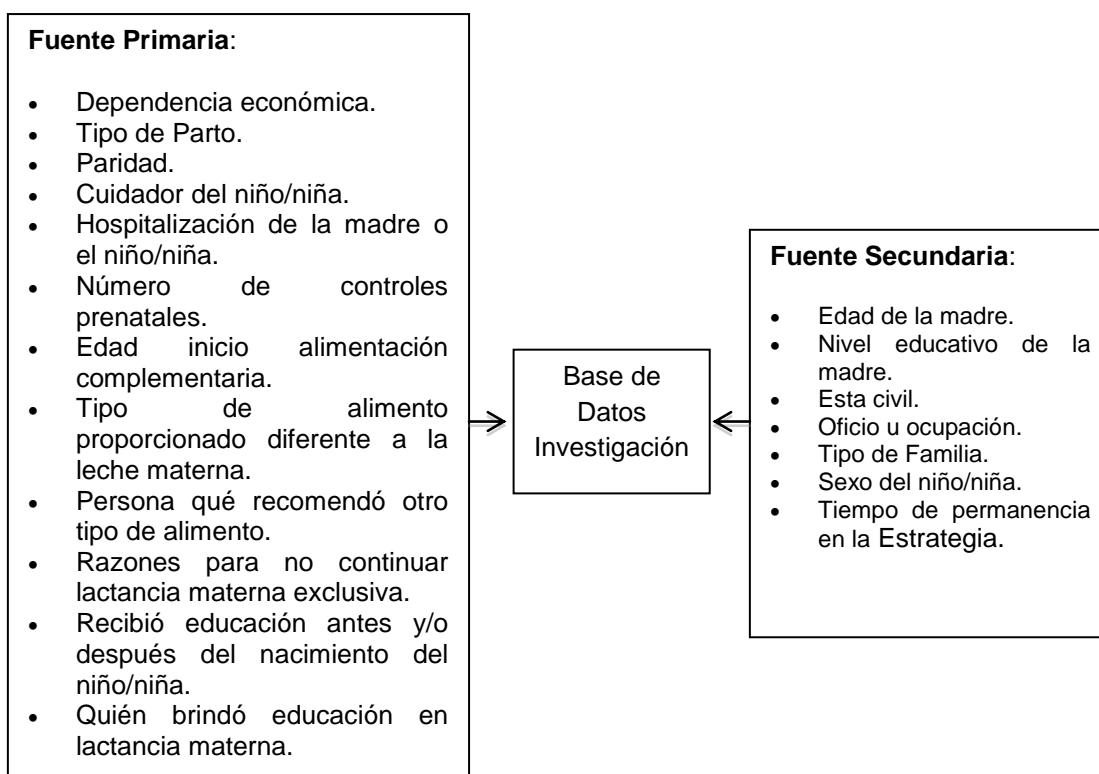


5.5.2 Tabla de variables. En el anexo 1 se hace una descripción de la variables que se tuvieron en cuenta para el logro del objetivo del estudio.

5.6 FUENTES DE INFORMACIÓN.

5.6.1 Fuentes Primarias. Madres adolescentes a las que se les indago acerca de variables relacionadas con características sociodemográficas, clínicas y su práctica en relación a la lactancia materna (Ver Anexo 2).

5.6.2 Fuentes Secundarias. Base de Datos del mes de Septiembre de 2010 de la “Estrategia Buen Comienzo Había una Vez”, de donde se extrajeron algunas de las variables relacionadas con condiciones sociodemográficas de las madres y el dato de lactancia materna exclusiva.



5.7 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

5.7.3 Proceso de obtención de la Información.

Para la recolección de la información de la fuente primaria se realizó una llamada telefónica a las madres adolescentes lactantes que habían tenido el recién nacido entre 6 y 8 meses antes del momento con el fin de contarles el proceso para el que fueron seleccionadas y así obtener la aceptación para participar en el proceso. De las 323, todas consintieron en participar y dar la información que se requería.

La recolección de la información con las madres se realizó mediante una entrevista activa a cargo de uno de los Investigadores y el equipo de agentes educativos psicosociales de la "*Estrategia Buen Comienzo Había Una Vez*", durante el desarrollo de los encuentros educativos mensuales realizados por la "*BCHUV*", y en caso de que la madre no asistiera a éstos se aplicó previa concertación con la madre durante una visita de acompañamiento al hogar.

La información de la fuentes secundaria se obtuvo mediante la solicitud de la base de datos de "*BCHUV*", donde el otro investigador se encargó de verificar, controlar y filtrar cada uno de los registros a ingresar en la base de datos de Excel 2007®.

5.8 PRUEBA PILOTO.

La prueba piloto la realizaron los investigadores con el fin de verificar la pertinencia del instrumento y así validar su aplicabilidad. Se hicieron 20 encuestas a las participantes mediante entrevista directa, que permitió revisar la estructura y redacción de las preguntas, así como la estructura y contenido del cuestionario. Esto permitió la estandarización de las preguntas y la definición de las variables definitivas a incluir en el instrumento.

Para verificar la disponibilidad de los datos y su veracidad se seleccionaron aleatoriamente 50 registros obtenidos de la Base de Datos de la "*Estrategia Buen Comienzo Había Una Vez-BCHUV*". En ellos se verificó la disponibilidad y calidad de la información, así como la concordancia con el conjunto de variables del instrumento.

5.9 CONTROL DE SESGOS.

Sesgos de información: con el fin de evitar sesgos de información uno de los

investigadores se estandarizó con el grupo de agentes educativos psicosociales frente a la aplicación de las encuestas a las madres adolescentes, definiendo la forma de realizar las preguntas con el fin de obtener la información requerida. Se establecieron preguntas de verificación que permitían corroborar la veracidad de la información suministrada por las madres adolescentes lactantes.

Sesgos de selección: con el fin de evitar el sesgo de selección en el estudio, se tuvo en cuenta que los casos y los controles fueron seleccionados de la misma base poblacional.

Sesgos del entrevistador: se realizó un proceso de estandarización del investigador y el equipo de agentes educativos psicosociales que aplicarían el instrumento con el fin de que se tuvieran un adecuado manejo de las preguntas y sus posibles respuestas.

5.10 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS.

La información se consolidó inicialmente en una base de datos en el programa Excel 2007® donde se hizo control de calidad del dato para su posterior análisis en el programa STATA IC Versión 11®.

5.10.3 Análisis Univariado.

- Se hizo la descripción de las principales variables en términos de distribución de frecuencias, porcentajes y proporciones y otras medidas de resumen estadístico para las variables cuantitativas.
- Se realizó prueba de Kolomogorov-Smirnov para determinar cuáles de las variables cuantitativas seguían una distribución normal.
- Se realizó un análisis de correspondencias para explorar el comportamiento de algunas de las variables con relación a la lactancia materna exclusiva.

5.10.4 Análisis bivariado.

- Se realizaron tablas de contingencia para las variables cualitativas con el fin de evaluar posibles asociaciones, utilizando como criterio estadístico la prueba de Chi cuadrado.
- En el caso de comparación de variables cuantitativas se aplicó la prueba no paramétricas U de Mann Whitney dado que ninguna de estas seguía una distribución normal.
- Se determinaron los OR con su intervalo de confianza, para determinar la asociación entre los factores sociodemográficos de la madre y la lactancia

materna exclusiva. Se tuvo en cuenta aquellas comparaciones entre variables con valor $p < 0.25$ (criterio de Hosmer-Lemshow) para incluirlas en modelo de regresión logística.

- Se calculó el riesgo atribuible en expuestos y el riesgo atribuible poblacional para las variables que mostraron asociación significativa con la lactancia materna exclusiva.

5.10.5 Análisis multivariado.

- Se hizo una regresión logística para evaluar la significancia de las variables en el modelo explicativo y la significancia del modelo de asociación entre varios factores con la lactancia materna exclusiva.
- Se construyeron curvas de Kaplan-Meier para evaluar la duración de la lactancia materna exclusiva estratificadas por educación de la madre después del nacimiento y el tipo de familia.

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

De acuerdo con el **Artículo 11** de la **Resolución Número 8430 de 1993**, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, se desarrolló una **Investigación sin riesgo**, definidos como estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

Es importante aclarar que aunque el estudio se desarrolló con madres lactantes adolescentes y sus niños y niñas, este es de tipo observacional, donde no se realizó ningún tipo de intervención que pudiera poner en riesgo la salud de esta población; exclusivamente se desarrolló una entrevista, previo consentimiento verbal y escrito con el fin de indagar aspectos sociodemográficos y relacionados con la práctica de la lactancia materna.

Es entonces cuando se toman los principios éticos planteados en la Declaración del **Helsinki de la Asociación Médica Mundial y la Resolución Número 8430 de 1993**, mencionados a continuación y pertinentes para el estudio que se desarrollará:

- Es deber proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.
- Siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad.
- Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de los individuos, la confidencialidad de la información del paciente y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental y su personalidad.
- Cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento.
- La persona debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico debe obtener entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona.

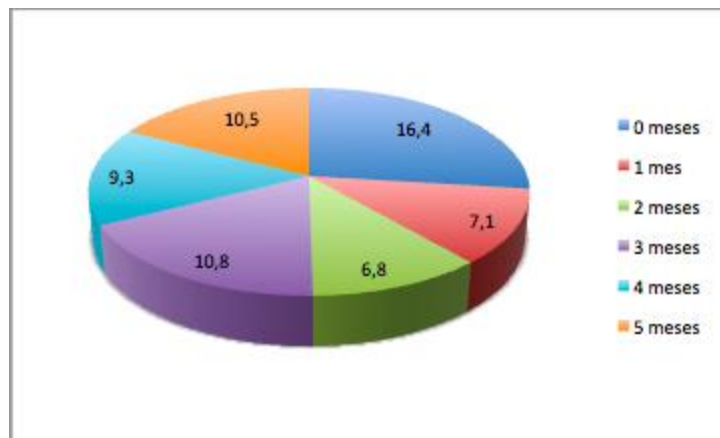
Estos principios se aplicaron dentro del desarrollo del estudio y siempre primó la integridad de los participantes, además de respetar y reservar su decisión de participar o no en el estudio.

7. RESULTADOS.

En el estudio se incluyeron 323 madres adolescentes (197 casos y 126 controles) participantes de la “Estrategia Buen Comienzo Había Una Vez” del municipio de Medellín niveles I y II del SISBEN.

Todas las madres del grupo control luego de amamantar en forma exclusiva iniciaron la alimentación complementaria al sexto mes, en tanto que entre las madres que no tuvieron lactancia materna exclusiva (casos) el momento de inicio de la alimentación complementaria (abandono de la lactancia materna exclusiva) va desde el nacimiento y hasta el 5 mes de nacido el niño (Gráfico 1), con un promedio de abandono de la lactancia materna de 2.4 meses (DE: 1.85 meses).

Gráfico 1. Distribución del abandono de la lactancia materna en las madres que no tuvieron LME.



La mayor proporción de madres que abandonaron la lactancia materna exclusiva lo hizo entre el momento del nacimiento de su hijo/hija y el primer mes de vida (16,4%) y la menor proporción de abandono estuvo entre el segundo y tercer mes (6,8%).

Para el grupo de casos, la edad estaba entre los 13 y 19 años, con una media de 17,56 años (DE = 1,236), en tanto que para los controles la edad se distribuyó entre los 14 y los 19 años, con una media de 17,32 (DE = 1,387). Estas edades no mostraron una diferencia significativa entre los grupos ($p=0,171$).

Tabla 1. Características de los grupos

Variables Cuantitativas				
Variable	Control (n=126) $\bar{X}(DE)$	Caso (n=197) $\bar{X}(DE)$	Valor p	OR
Edad de la Madre	17,56 (1,23)	17,32 (1,38)	0,171	
Número de Integrantes de la Familia	5,51 (2,20)	5,03 (1,99)	0,107	
Variables cualitativas				
Variable	Control (126) n (%)	Caso (197) n (%)	Valor p	
Ocupación de la Madre			0,106	0,690
Ama de casa	62 (49,2)	115 (58,4)		
Estudiante /Empleada	64 (50,8)	82 (41,6)		
Estado Civil de la Madre			0,417	0,827
Casada/ Unión libre	48 (38,1)	84 (42,6)		
Soltera/ Viuda	78 (61,9)	113 (57,4)		
Tipo de Familia			0,015	2,056
Nuclear	29 (23,0)	25 (12,7)		
Extensa/ Monoparental	97 (77,0)	172 (87,3)		
Dependencia económica de la Madre			0,237	
Padres	67 (53,2)	119 (60,4)		
Pareja	46 (36,5)	61 (31,0)		
Autosustento	13 (10,3)	17 (8,6)		
Nivel Educativo de la madre			0,94	0,974
Bajo	15 (11,9)	24 (12,2)		
Alto	111 (88,1)	173 (87,8)		
Tipo de Parto			0,436	1,23
Vaginal	100 (79,4)	149 (75,6)		
Cesárea	26 (20,6)	48 (24,4)		
Hospitalización de la madre al nacimiento del niño			0,523	1,19
No	101 (80,2)	152 (77,2)		
Sí	25 (19,8)	45 (22,8)		
Hospitalización del niño al momento de su nacimiento			0,398	1,265
No	101 (80,2)	150 (76,1)		
Sí	25 (19,8)	47 (23,9)		
Número de Controles Prenatales			0,516	
Más de 9	17 (13,5)	21 (10,7)		
entre 5 y 9	90 (71,4)	141 (71,6)		
menos de 5	18 (14,3)	30 (15,2)		
Sin Dato	1 (0,8)	5 (2,5)		
Primer Hijo			0,702	1,17
No	11 (8,7)	15 (7,6)		

Si	112 (88,9)	179 (90,9)		
Sin Dato	3 (2,4)	3 (1,5)		
Número de hijos			0,668	
0	112 (88,9)	179 (90,9)		
1 a 2	10 (7,9)	14 (7,1)		
3 a 4	1 (0,8)	1 (0,5)		
Sin Dato	3 (2,4)	3 (1,5)		
Sexo del Niño			0,794	1,06
Femenino	62 (49,2)	94 (47,7)		
Masculino	64 (50,8)	103 (52,3)		
Cuidador del niño			0,393	
Madre	73 (57,9)	107 (54,3)		
Abuela	17 (13,5)	18 (9,1)		
Madre y Abuela	31 (24,6)	62 (31,5)		
Otra Persona	5 (4,0)	10 (5,1)		
Tiempo en Buen Comienzo Había Una Vez			0,058	1,54
Menos de 12 meses	66 (52,4)	82 (41,6)		
Más de 12 meses	60 (47,6)	115 (58,4)		
Recibió educación durante la gestación			0,504	0,858
Si	63 (50,0)	106 (53,8)		
No	63 (50,0)	91 (46,2)		
Recibió educación después del nacimiento del niño			0,017	4,11
Si	120 (95,2)	175 (88,8)		
No	3 (2,4)	18 (9,1)		
Perdidos	3 (2,4)	4 (2,0)		
Quien brindó educación			0,091	
Personal de salud y agentes educativos	59 (47,2)	82 (41,6)		
Personal de salud	15 (12,0)	30 (15,2)		
Agentes educativos de BCHUV	47 (37,6)	73 (37,1)		
Otra persona	3 (2,4)	1 (0,5)		
No recibió	1 (0,8)	11 (5,6)		

De acuerdo con los datos, en las madres adolescentes que pertenecen a un tipo de familia extensa/monoparental el riesgo de abandono de la lactancia materna exclusiva es el doble de aquellas que pertenecen a una familia nuclear. También, cuando la madre permanece menos de 12 meses en el programa, tiene un riesgo de abandonar la lactancia materna exclusiva que se eleva cuatro veces con respecto a aquellas madres que permanecen más de doce meses.

Con el fin de determinar si la madre ingresó al programa antes o después del nacimiento de su hijo, se estimó la diferencia entre la fecha de ingreso al programa y la fecha de nacimiento del niño. Luego se categorizó el resultado obtenido bajo el criterio de haber estado en el programa hasta tres meses después del nacimiento o más de tres meses después del nacimiento, los resultados se muestran en la Tabla 2. El momento de ingreso a “BCHUV” no mostro diferencia significativa entre los grupos ($p = 0,62$)

Tabla 2. Momento de ingreso a la Estrategia Buen Comienzo Había Una Vez

Momento de Ingreso	Si LME (Controles)	No LME (Casos)	Total
Hasta 3 meses postnacimiento	79	118	197
	40.1 %	59.9 %	100 %
3 y más meses postnacimiento	47	79	126
	37.3 %	62.7 %	100 %
Total	126	197	323
	39.01 %	60.99 %	100 %

Los resultados frente a la alimentación complementaria se obtuvieron sólo de la población de casos quienes fueron los que no lograron lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes, esto permitió identificar algunos aspectos relacionados con las prácticas y conceptos frente a la lactancia materna, como se observa en la tabla 3.

Tabla 3. Características en los casos frente a prácticas y conceptos en lactancia materna

Variable	Caso (197) n (%)
Brindó otro tipo de alimento, además de continuar alimentando con lactancia materna	
Si	51 (26%)

No	145 (74%)
Quién recomienda otro alimento diferente a Leche Materna	
Abuela	103 (31,9%)
Madre	16 (5%)
Personal de Salud	42 (13%)
Otra persona	36 (11,1%)
Alimento proporcionado diferente a Leche Materna	
Agua	94 (75%)
Leche de fórmula	108 (86%)
Alimentos Sólidos	33 (26%)
Jugos	10 (8%)
Otros	5 (4%)
Razones para no continuar alimentando con Leche Materna	
“No le bajó leche a la madre”	19 (10,7%)
“El niño no quiso o no le gustó”	25 (14,0%)
“Se le seco la leche a la madre”	12 (6,7%)
“No tenía suficiente leche”	41 (23,0%)
“Le dió sed al niño”	43 (24,2%)
“Le dolían los senos a la madre al amamantar”	4 (2,2%)
“La madre no quería seguir bajando de peso”	8 (4,5%)
“La madre tenía que trabajar, estudiar”	7 (3,9%)
“Estado emocional de la madre: preocupación o tristeza”	1 (0,6%)

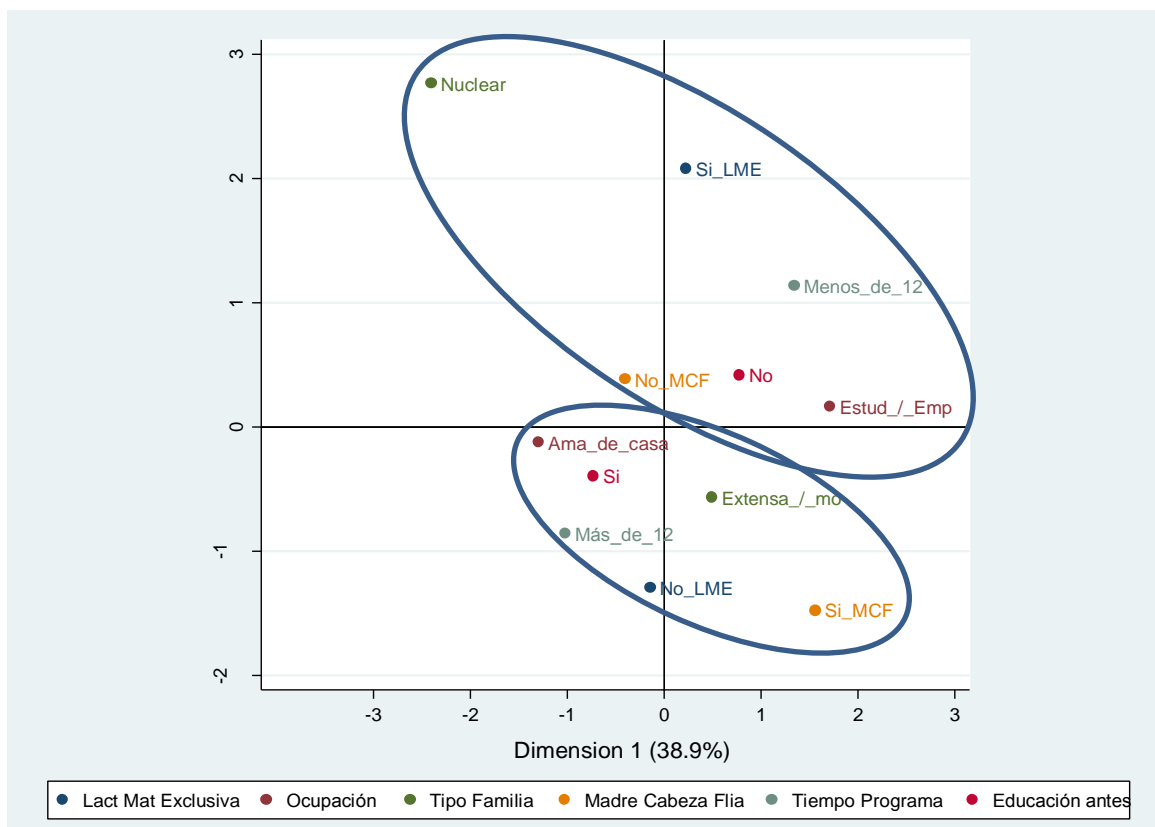
Se realizó un análisis de correspondencias (Gráfico 2) que permitió examinar la distribución de frecuencias de algunas variables objeto de estudio con respecto a la lactancia materna. Dentro de este análisis se incluyeron las variables madre cabeza de familia, ocupación de la madre, recibió educación antes del nacimiento del niño y tipo de familia, dos categorías bien definidas frente a las madres que alimentaron o no con lactancia materna exclusiva y que tenían estas características.

El perfil de las madres con lactancia materna exclusiva estuvo caracterizado por pertenecer a una familia nuclear, no ser madre cabeza de familia, no haber recibido educación antes del nacimiento del niño, participar menos de 12 meses en “BCHUV” y ser estudiante o empleada.

Pertenecer a una familia extensa o monoparental, ser madre cabeza de familia, recibir educación después del nacimiento del niño, participar más de 12 meses en BCHUV y ser ama de casa, caracterizaron el perfil para las madres que no lograron lactancia materna exclusiva.

Como se observa en el gráfico 2 el 63,2% de la tipología de las madres con y sin lactancia materna exclusiva fue explicado por la correspondencia entre las variables que caracterizaron ambos perfiles.

Gráfico 2. Análisis de Correspondencias



En la segunda fase del análisis, con el fin de determinar asociaciones estadísticamente significativas entre las características de las madres adolescentes y la lactancia materna exclusiva, se aplicaron pruebas de chi-cuadrado para las variables cualitativas y la U de Mann Withney para variables cuantitativas con distribución no normal, con una $p < 0,05$ de acuerdo a la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

Las variables que mostraron diferencias estadísticas con valores de $p < 0.25$ (criterio de Hosmer-Lemeshow) se muestran en la Tabla 4. Estas variables fueron incluidas en un modelo de regresión logística para evaluar su posible asociación con la lactancia exclusiva durante los primeros seis meses de vida del niño.

Tabla 4. Variables con diferencia significativa incluidas en el Modelo de Regresión Logística.

VARIABLE	P	OR	IC 95%
Tipo de Familia	0,015	2,06	1,09 – 3,88
Tiempo en Buen Comienzo Había Una Vez	0,058	0,648	0,403 - 1,042
Recibió educación después del nacimiento del niño	0,017	4,114	1,16 - 22,2
Quién brindó educación en lactancia materna	0,091	NC	
Edad de la Madre	0,086	NC	
Número de integrantes de la familia	0,051	NC	

Otras variables como el tipo de parto ($p=0,43$; OR 1,23), el sexo del recién nacido ($p=0,79$; OR 1,06), si es o no el primer hijo ($p=0,70$; OR 1,17) y el nivel educativo de la madre ($p=0,94$; OR 0,97) no se mostraron con significancia estadística (Tabla 1).

En la Tabla 5 se presentan los principales resultados del ajuste del modelo para el total de los casos.

Tabla 5. Resultados de la Regresión Logística

Componentes del Modelo								
Variables	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Familia Monoparental / extensa (FME)	,716	,311	5,306	1	,021	2,047	1,113	3,764
Más de 12 meses en el programa (MASDE12)	,491	,238	4,270	1	,039	1,634	1,026	2,605
No recibir educación postnacimiento (NEP)	1,387	,641	4,681	1	,030	4,005	1,140	14,075
Constante	-,476	,317	2,257	1	,133	,621		

La elección final del modelo se hizo teniendo en cuenta los valores de significancia estadística con $p=0,05$; estableciendo como ecuación para el modelo:

$$P(LME=No) = \frac{1}{1 + e^{-(-0,476 + 0,716 FME + 0,491 MASDE12 + 1,387 NEP)}}$$

Para el modelo establecido se halló que el 63,6% de la variación de la probabilidad de abandonar la lactancia materna exclusiva antes del sexto mes se explica por las variables: familia extensa/monoparental, no recibir educación después del nacimiento y permanencia en el programa más de 12 meses.

Entre las madres adolescentes que pertenecen a familias extensas/monoparentales (FEM), el 75,7% del riesgo de abandono de la lactancia materna exclusiva se atribuye a esa condición. Para las madres que no reciben educación postnacimiento (NEP), donde el 51,4% del riesgo de abandono se debe a esta condición y las madres adolescentes que están en el programa por más de doce meses, el 35,2% del riesgo de abandono de la lactancia materna exclusiva se debe a esa condición.

Es llamativo que a nivel poblacional el riesgo atribuible al hecho de no recibir educación postnacimiento (NEP) signifique el 45% del riesgo de abandono de la lactancia materna exclusiva.

Tabla 6. Riesgos Atribuibles

Factor	OR ajustado	Riesgo Atribuible en Expuestos	Riesgo Atribuible Poblacional
FEM	2,047	0,757	0,071
M12	1,634	0,352	0,005
NEP	4,005	0,514	0,449

FEM: Familia extensa/monoparental M12: más de 12 meses en el programa NEP: no recibir educación postnacimiento.

Tabla 7. Tabla de Predicciones del modelo por las variables incluidas en el modelo de regresión logística

Constante	FEM	M12	NEP	Predicción
-0,476	SI	SI	SI	0,893
-0,476	SI	NO	SI	0,835
-0,476	NO	SI	SI	0,804
-0,476	NO	NO	SI	0,713
-0,476	SI	SI	NO	0,675
-0,476	SI	NO	SI	0,56
-0,476	NO	SI	NO	0,504
-0,476	NO	NO	NO	0,38

FEM: Familia extensa/monoparental M12: más de 12 meses en el programa NEP: no recibir educación postnacimiento.

Al realizar el cálculo de los riesgos atribuibles, a la exposición y poblacionales, (Tabla 7), se evidencia como la probabilidad de que una madre adolescente que

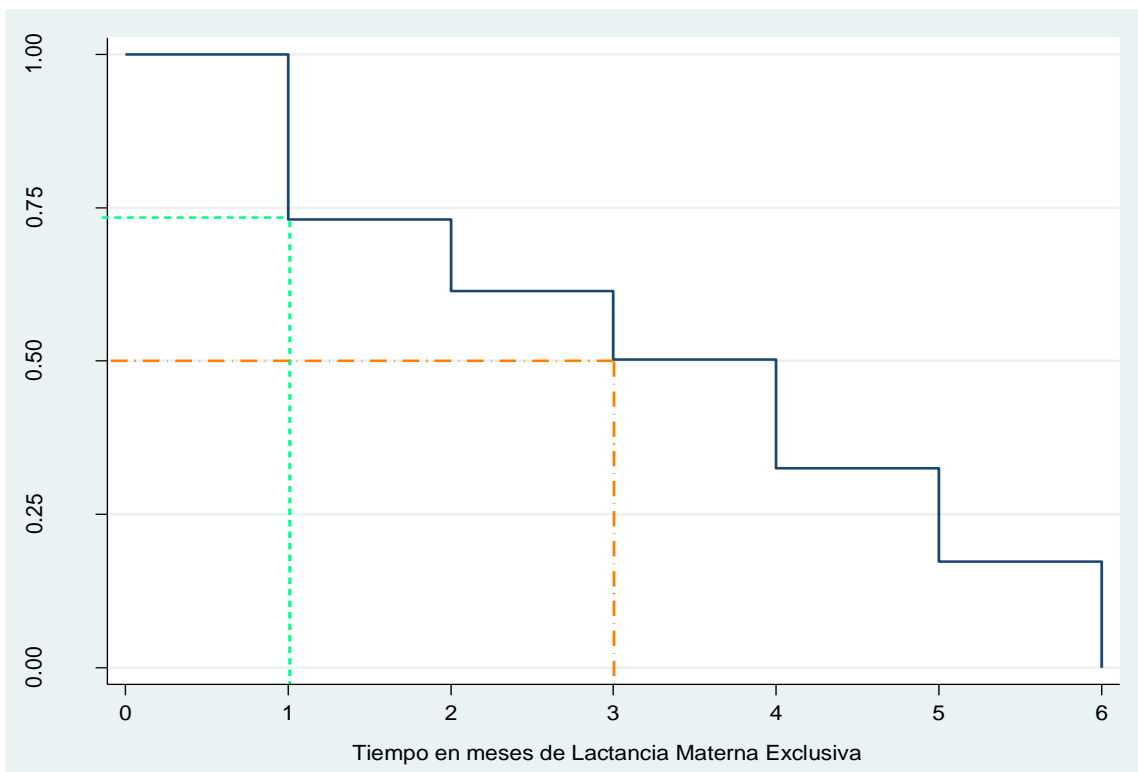
pertenece a una familia extensa/monoparental (FEM), que no recibe educación después del nacimiento del niño (NEP) y que permanece más de 12 meses en el programa (M12) abandone la lactancia materna exclusiva antes del sexto mes es de 89,3%, en este porcentaje la variable NEP es la que tiene mayor peso, seguido de la variable FEM y en última instancia de la variable M12, al igual que en el resto de las predicciones.

Con el fin de identificar si existía colinealidad entre las variables independientes (tipo de familia, no educación después y tiempo en el programa) se aplicó un modelo de regresión entre ellas y se encontró que para cada una de ellas el porcentaje de varianza independiente de las demás era superior al 99%, por lo tanto puede concluirse que no hay colinealidad. Esto fue corroborado por el cálculo del Factor de Varianza Inflada (VIF).

ANÁLISIS DE SOBREVIDA.

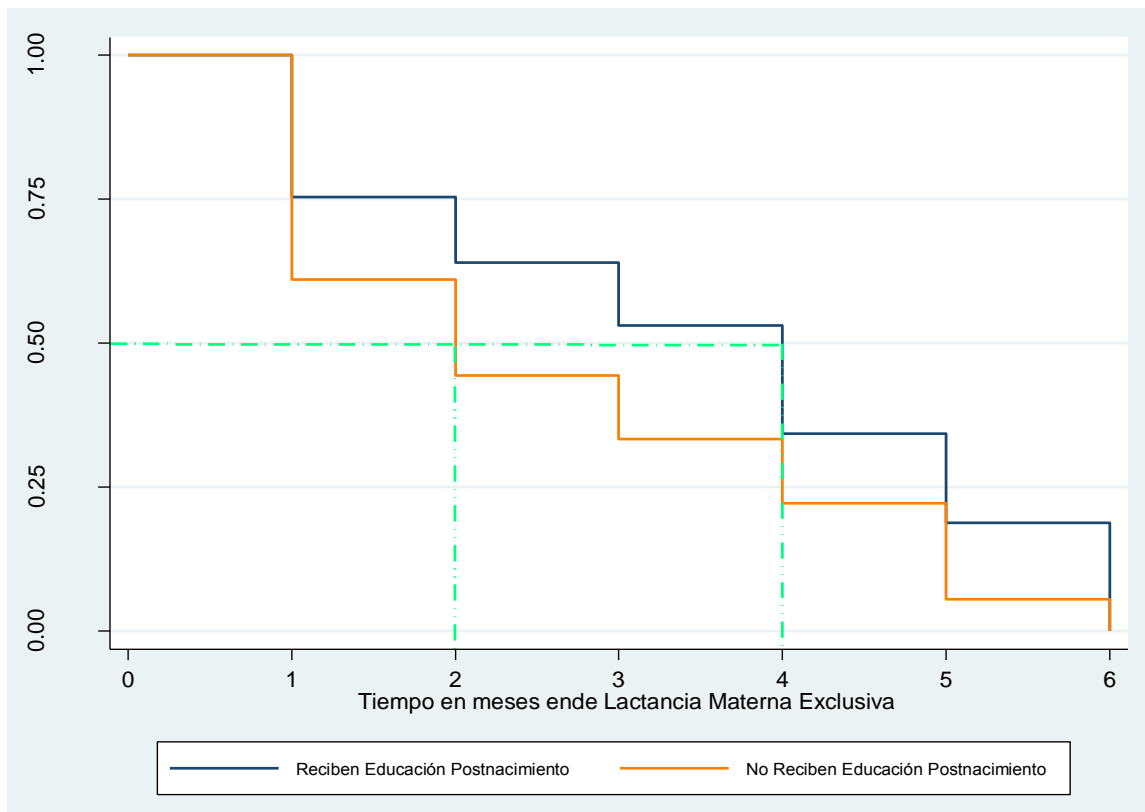
La tasa de abandono de la LME en los primeros 6 meses posteriores al nacimiento muestra cómo al primer mes abandonó un poco más el 25% de las madres y que al tercer mes ha abandonado la LME el 50% de las madres (Gráfico 3).

Grafico 3. Tiempo de ocurrencia del abandono de la lactancia materna exclusiva.



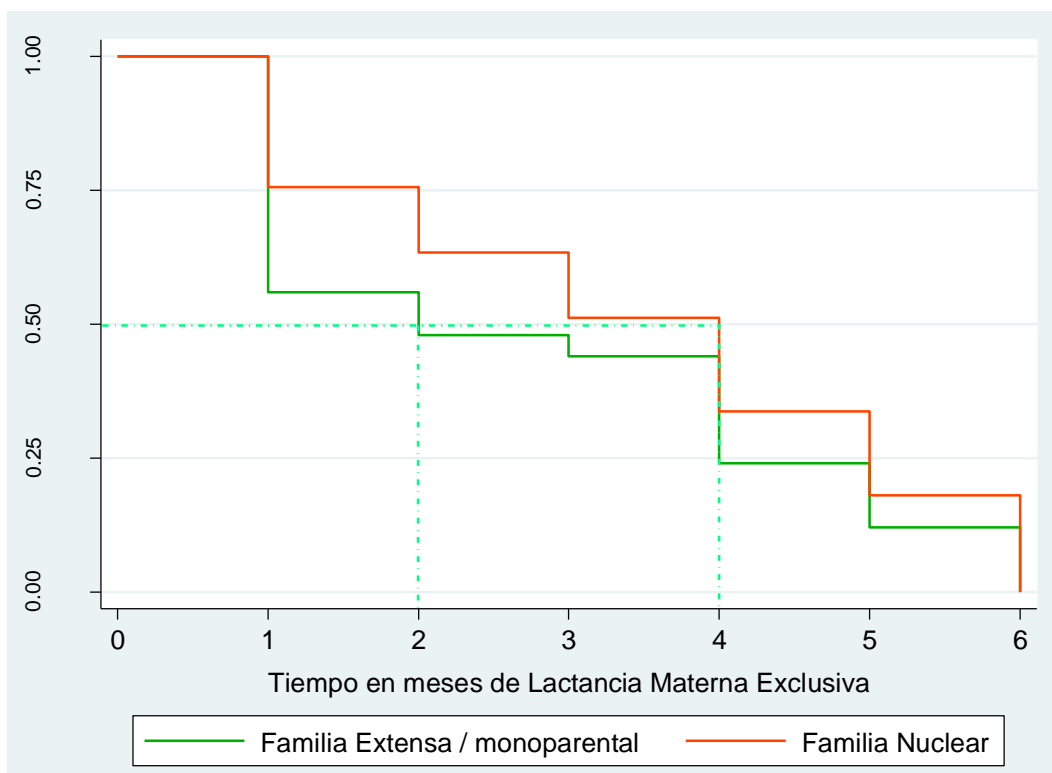
Que la madre no haya recibido educación luego del nacimiento del bebé no sólo revela una asociación significativa con el riesgo de abandono de la LME sino que tiene un efecto importante en el tiempo de abandono de la LME, aumentando la tasa de abandono en el primer mes con respecto a las madres que si recibieron educación, 38% Vs 25% respectivamente, y llevando a que el tiempo mediano de LME sea mucho menor, 2 mese Vs 4 meses respectivamente.

Gráfico 4. Tiempo de ocurrencia del abandono de la lactancia materna exclusiva según si se recibió o no educación postnacimiento.



De forma semejante al efecto de la educación luego del nacimiento del bebé, el tipo de familia extensa/monoparental de la madre adolescente no sólo influye en el riesgo de abandono de la LME sino que tiene un efecto importante en el tiempo de abandono de la LME, aumentando la tasa de abandono en el primer mes con respecto a las madres que tienen familias nuclear, 45% Vs 25% respectivamente, e igualmente llevando a que el tiempo mediano de LME sea mucho menor, 2 meses Vs 4 meses respectivamente.

Gráfico 5. Tiempo de ocurrencia del abandono de la lactancia materna exclusiva según el tipo de familia de la madre.



8. DISCUSIÓN.

En el presente estudio se encontró que recibir educación después del nacimiento del niño, pertenecer a una familia nuclear y permanecer hasta doce meses en la "*Estrategia Buen Comienzo Había Una Vez*" fueron los factores asociados a una mayor duración de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes.

Se ha encontrado que la educación y el acompañamiento recibido en los servicios de salud son factores que influyen en la duración del amamantamiento exclusivo, como se muestra en el estudio de Emilio Serra Hernández, et al, en donde se pone de manifiesto la efectividad de la intervención educativa, concordante esto con los resultados obtenidos (32).

Para el presente estudio se encontró que el no recibir educación después del nacimiento del niño es un factor de riesgo asociado a no lograr una lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes. Este resultado es concordante con diferentes estudios, donde se evidencia que la educación y el apoyo brindado a las madres se convierten en una herramienta fundamental para fortalecer las prácticas de la lactancia materna, ya que propicia la confianza y seguridad de las mujeres para amamantar a sus hijos (35). Desde nuestros resultados esto se ratifica al calcular el riesgo atribuible poblacional, en donde este es uno de los factores a controlar para lograr un porcentaje mayor de éxitos en lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes.

Dentro del tipo de familia, aquellas adolescentes que pertenecían a una familia nuclear amamantaron por más tiempo de manera exclusiva que aquellas dentro de familias extensas o monoparentales, esta situación puede ser explicada por el hecho de que en la familia nuclear la madre adolescente cuenta con el apoyo de los padres lo que le permitirá dedicarse a la crianza del niño con mayor disponibilidad de tiempo y recursos que en el caso de una familia compuesta por un solo progenitor. Frente a la familia extensa, la menor duración de la lactancia podría estar sujeta a una mayor influencia de familiares como tíos y abuelos y las creencias culturales de estos (36).

De acuerdo a la ENSIN 2010 el éxito de la lactancia materna depende en gran medida de la información que haya recibido la madre durante el período de gestación y los primeros meses postparto (4). Para el presente estudio el estar en Buen Comienzo Había Una Vez hasta 12 meses resultó ser predictor para la lactancia materna exclusiva, concordante con lo planteado por la ENSIN, donde el acompañamiento antes y durante los primeros meses de vida del recién nacido se convierte en aspecto clave para garantizar una alimentación adecuada.

Acorde con estos resultados es importante que el programa BCHUV genere

estrategias que permitan la participación de la madre desde la gestación hasta los primeros seis meses de vida de su hijo de manera continua y permanente, logrando un mejor impacto en la práctica de la lactancia materna.

Específicamente para madres lactantes adolescentes un estudio que pretendía determinar los factores sociodemográficos relacionados con la práctica de la lactancia materna encontró que las madres que abandonan tempranamente esta son madre entre 15 y 25 años y de éstas las que tienen un nivel educativo alto, su ocupación es empleada y el estado civil es unión libre (37). Esto está en concordancia con el presente estudio, donde a pesar de que no se encontró una relación estadísticamente significativa de estos factores y la lactancia materna, si se evidenció que fueron características presentes en alta proporción en aquellas madres que no lograron una lactancia materna exclusiva.

La mayoría de las entrevistadas eran solteras, cesantes, con educación secundaria y residían en casa de sus padres, factores que se encuentran descritos en la literatura internacional como factores de riesgo para abandono temprano de la lactancia materna (38) y que para este estudio no resultaron asociadas a la lactancia materna exclusiva.

Con relación a los antecedentes obstétricos la población a estudio asistió a entre 5 y 9 controles prenatales, mayormente primíparas y con recién nacido por vía vaginal. A pesar de la cobertura prenatal en la población objeto del estudio, esta variable no fue significativa, como si lo fue para otros (39), lo que puede deberse a la manera como se aborda el tema de la alimentación del recién nacido durante los controles prenatales en los que, generalmente, el foco de atención es la prevención y detección temprana de posibles complicaciones maternas.

Vandale-Toney S. et al, encontró que si el sostén económico de la familia era la madre u otra persona distinta al padre, había un riesgo 2.4 veces mayor de falta de lactancia humana que cuando el padre era el sostén. Aunque los resultados de nuestro estudio no muestran una asociación estadísticamente significativa entre ser madre cabeza de familia y la lactancia materna exclusiva, si evidenciamos una mayor frecuencia de amamantamiento exclusivo en aquellas que no son cabeza de familia (33).

El promedio de duración de la lactancia materna exclusiva en este estudio fue de 2,82 meses, aún alejado de los estándares internacionales y muy cercanos al promedio nacional (2,2 meses), lo que dista de la meta de ser un país protector de la lactancia materna.

Acorde con los resultados el 16% de las madres abandonaron lactancia materna antes de que su hijo cumpliera el primer mes de vida, lo que hace necesario y justifica el acompañamiento después del nacimiento con el fin de brindar acompañamiento a las madres y solucionar las dificultades de manera oportuna

que se puedan presentar con la lactancia materna.

De acuerdo con las nuevas definiciones de la ENSIN 2010 en el estudio, la mayoría de las madres presentaron lactancia materna predominante (4) ya que el 74% continuo alimentando con leche materna a pesar de haber introducido otro alimento diferente a ésta. Los resultados mostraron que el alimento más usado para complementar es la leche de fórmula, y dentro de las razones encontradas para el abandono de la lactancia materna fueron que al recién nacido “no le gustó” o “no quiso” la leche; “no tenía” o “no bajo suficiente cantidad”, resultados similares con diferentes estudios que manifiestan estas causas como razones para abandonar de maneta temprana la lactancia materna (4,35) .

Nuestros resultados pueden encontrarse limitados por el hecho de que la muestra toma adolescentes de los niveles 1 y 2 del SISBEN y participantes de la Estrategia Buen Comienzo Había Una Vez, dejando de lado a población similar de otros niveles socioeconómicos.

Durante la realización del estudio no se caracterizó en número de días de estancia hospitalaria del recién nacido, que, en la literatura internacional es un factor de riesgo para abandono o ausencia de la lactancia materna exclusiva (40), sin embargo se categorizó en si había estado o no hospitalizado y esta variable no mostró significancia estadística.

Es necesario tener en cuenta que durante el estudio no se incluyeron variables relacionadas con el tipo de educación brindada, las personas que brindan la educación o el apoyo a la madre en el período postparto y las estrategias metodológicas que están siendo usadas en el proceso educativo; limitando esto los resultados encontrados y ocasionando posibles sesgos de información en relación a las variables educación en lactancia materna y tiempo en Buen Comienzo Había Una Vez.

9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Concluimos que el acompañamiento de un programa de carácter social que llegue a las madres antes y después del parto, paralelo con los programas estatales es fundamental para lograr la meta de lactar exclusivamente hasta los 6 meses de edad, proporcionando a esta población los nutrientes requeridos para un óptimo desarrollo físico y mental y con una disminución de las enfermedades prevalentes de la infancia.

Recomendamos de manera prioritaria las visitas de acompañamiento al hogar de las madres lactantes durante la primera semana postparto con el objetivo de brindar un acompañamiento efectivo frente a la lactancia materna y realizar demanda inducida para el ingreso del recién nacido al programa de crecimiento y desarrollo.

Además de realizar estas visitas se debe implementar un canal de comunicación directo con las madres que permita dar solución a las dudas que se puedan generar frente al tema de la lactancia materna en el momento que se le presente. Uno de estos canales podría ser la creación de una línea telefónica atendida por personal capacitado para resolver este tipo de dudas.

También se deben establecer directrices que generen una permanencia continua de las madres en el programa, idealmente desde el inicio de la gestación y así lograr un mejor impacto en la duración de la lactancia materna y una mayor adherencia a la *“Estrategia Buen Comienzo Había Una Vez”*.

Es imperativo el fortalecimiento del componente educativo en el tema de lactancia materna en las madres adscritas y en el equipo de agentes educativos que hacen parte del programa para crear consciencia de la importancia de esta práctica en el desarrollo de los niños y niñas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Organización Mundial de la Salud (OMS). La lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses es lo mejor para todos los niños 2011; Available at: http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2011/breastfeeding_20110115/es/index.html. Accessed Septiembre 1, 2011.
- (2) Ministerio de Protección Social, Colombia editor. Plan Decenal de Lactancia Materna 2010 - 2020. Primera ed. Bogotá D.C: S&P Salud y Protección Social Consultores Ltda.; 2010.
- (3) PROFAMILIA, Instituto Nacional de Salud, Universidad de Antioquia, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar editors. Encuesta Nacional de la Situación nutricional de Colombia (ENSIN), 2005. Primera ed. Santa Fé de Bogotá: Panamericana Formas Impresos, S.A.; 2006.
- (4) PROFAMILIA, Instituto Nacional de Salud, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Ministerio de Protección Social, Colombia, Prosperidad para Todos. editors. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010 (ENSIN). Primera ed. Bogotá D.C: Da Vinci Editores & CÍA . SNC; 2011.
- (5) Consejo Nacional de Política Económica y Social. Departamento Nacional de Planeación de Colombia. Documento CONPES Social 113: Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional. 2007; Available at: <http://www.dnp.gov.co/PortalWeb/Portals/0/archivos/documentos/Subdireccion/Conpes%20Sociales/113.pdf>. Accessed Septiembre 25, 2009.
- (6) Dávila OL. Adolescencia y juventud: De las nociones a los abordajes. Última década 2004 Diciembre de 2004;12(21):83-104.
- (7) Colleen A. Bauer-Wilkinson. Adolescent mothers' perceived stressors to breastfeeding. United States -- New York: D'Youville College; 2000.
- (8) Vázquez Márquez Á, Almirall Chávez ÁM, Chávez, Francisca de la Cruz., Álvarez Amoedo E. Embarazo en la adolescencia: repercusión biosocial durante el primer año de vida. Rev Cubana Pediatría 1997 Mayo -Agosto 1997;2(69):82-158.
- (9) Consejo Nacional de Política Económica y Social. Departamento Nacional de Planeación de Colombia. Documentos CONPES Social 109: Política Pública Nacional de Primera Infancia. 2007; Available at:

<http://www.dnp.gov.co/PortalWeb/Portals/0/archivos/documentos/Subdireccion/Conpes%20Sociales/109.pdf>. Accessed Septiembre 15, 2009.

- (10) Johanna Paola Cardozo. Conocimientos de Madres Adolescentes sobre cuidados básicos al recién nacido, Localidad de Ciudad Bolívar, Bogotá D.C. Primer Semestre de 2008. Santa Fé de Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Enfermería, Departamento de Salud Colectiva; 2008.
- (11) Ministerio de Salud, Gobierno de Chile editor. Manual de Lactancia Materna. Contenidos técnicos para profesionales de la Salud. Segunda ed. Santiago de Chile: Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública; 2010.
- (12) UNICEF. Alimentación y cuidados de lactantes y niños pequeños. 2007; Available at: http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_breastfeeding.html. Accessed Septiembre 30, 2009.
- (13) La Leche League International. La Academia Americana de Pediatría Recomienda... 2007; Available at: <http://www.llli.org/Lang/ReleaseAAP.html>. Accessed Octubre 15, 2009.
- (14) Weimer J. The economic benefits of breastfeeding: A review and analysis. ERS Food Assistance and Nutrition 2001;13.
- (15) Li K. Lactancia Materna, la mejor opción para los bebés. 2005; Available at: http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_27817.html. Accessed Septiembre 30, 2009.
- (16) Ministerio de la Protección Social. Colombia. Plan Nacional de Salud Pública. Diario Oficial 46 716 2007 Agosto 10 de 2007; Decreto 3039.
- (17) Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. 2012; Available at: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/es/. Accessed Marzo 12, 2012.
- (18) Ministerio de la Protección Social., Fondo de Población de las Naciones Unidas -UNFPA- Colombia. editors. Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes. Segunda ed. Bogotá D.C.: Taller Creativo de Aleida Sánchez B. Ltda.; 2008.
- (19) Organización Mundial de la Salud (OMS). Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo. 2012; Available at: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/>. Accessed marzo 10,

2012.

- (20) Reina JC, Orozco Bd, Dufour D, Spurr G. Adolescentes y embarazo: salud y nutrición. Rev colomb obstet ginecol 2000 jul.-sept. 2000;51(3):201-212.
- (21) Morales J, Gutiérrez C, Mitmas C, Siancas T, Palomino H. Características del embarazo en adolescentes de la sierra rural del sur de Ayacucho, 2004-2008 Rev peru epidemiol 2008 2008;12(3):2-6.
- (22) León P, Minassian M, Borgoño R, Bustamante F. Embarazo adolescente . Rev Ped Elec 2008 2008;5(1):marzo 2012-51.
- (23) Buvinic M. Costos de la maternidad adolescente en Barbados, Chile, Guatemala y México. Studies in Family Planning 1998 junio 1998;29(2):201-209.
- (24) PROFAMILIA. Salud Sexual y Reproductiva. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 2006; Available at: http://www.profamilia.org.co/encuestas/index_ends.htm. Accessed Septiembre 30, 2009.
- (25) Uría A, Campo A, González A, Rodríguez A, Medina L. Seguimiento al hijo de madre adolescente. Rev Cubana de Medicina General Integral 2005 2005;21(5 -6):7-20.
- (26) Uría A, Campo RM, González A, Rodríguez A, Medina VL. Embarazo en la adolescencia: algunos factores biopsicosociales. Rev Cubana de Medicina General Integral 2005 Septiembre - Diciembre;21(5 -6).
- (27) Hidalgo García MV, Sánchez Hidalgo J. Madres adultas y madres adolescentes: un análisis comparativo de las interacciones que mantienen con sus bebés. Apuntes de Psicología 2002 2002;20(2):5-5.
- (28) Delgado BA, Arroyo CL, Díaz GM, Quezada SC. Prevalencia y causas de abandono de la lactancia materna en el alojamiento conjunto de una institución de tercer nivel de atención. Bol Med Hosp Infant Mex 2006;63(1):31-39.
- (29) Quezada Salazar C, Delgado Becerra A., Arroyo Cabrales L, Díaz García M. Prevalencia de lactancia y factores sociodemográficas asociados en madres adolescentes. Bol Med Hosp Infant Mex 2008 Enero - Febrero;65(1):19-25.

- (30) Carrasco Negue KA, Corvalán Velásquez KV. Asociación entre el destete y los conocimientos, creencias y actitudes respecto de la lactancia materna exclusiva en madres de niños con 6 meses de vida. Universidad Austral de Chile Facultad de Medicina Escuela de Obstetricia y Puericultura 2007 2007.
- (31) H. Wren. Knowledge, attitudes, and practices of breastfeeding women in Krong, Kep Municipality, Cambodia. Canada: Lakehead University (Canada); 2009.
- (32) Serra Hernández E, Solarana Ortiz J, Cruz Pérez R, Parra Hijuelos C, Serra Hernández Y. *Intervención educativa sobre efectividad de la lactancia materna en la policlínica "Mario Gutiérrez Ardaya"*. Correo Científico Médico de Holguín 2008 2008;12(1).
- (33) Vandale Toney S, Rivera Pasquel ME, Kageyama Escobar M, Tirado Gómez LL, López Cervantes M. Lactancia materna, destete y ablactación: una encuesta en comunidades rurales de México. Salud Pública Méx 1997 1997;39(5):412-419.
- (34) Gamboa EM, López N, Prada GE, Gallo KY. Conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con lactancia materna en mujeres en edad fértil en una población vulnerable. Rev Chil Nutr 2008 Marzo 2008;35(1):43-52.
- (35) Hurtado-Valenzuela JG, Sotelo-Cruz N, Williams-Lara C, García-Bojorquez MdJ. Lactancia Materna Exclusiva; encuesta a 400 madres en el Hospital Infantil del Estado de Sonora. Bol Clin Hosp Infant Edo Son 2006 2006;23(1):15-19.
- (36) Kimani-Murage EW, Madise NJ, Fotso J, Kyobutungi C, Mutua MK, Gitau TM, et al. Patterns and determinants of breastfeeding and complementary feeding practices in urban informal settlements, Nairobi Kenya. BMC Public Health 2011 Mayo 26 de 2011;11(396):2-11.
- (37) Luna Adam, Silvia Y. de. Factores sociodemográficos relacionados con la práctica de alimentación al seno materno. Revista de Enfermería 2002;10(1):11-15.
- (38) Al-Sahab B, Lanes A, Feldman MF, Taminm H. Prevalence and predictors of 6-month exclusive breastfeeding among Canadian women: a national survey. BMC Pediatrics 2010 Abril 8 de 2010;10(20):2-9.
- (39) Linhares Frotaa DA, Marcopito LF. Amamentação entre mães adolescentes e não-adolescentes, Montes Claros, MG. Revista Saúde Pública 2004 Febrero

2004;38(1):85-92.

- (40) Gil S, P., Lorenzo A, J.C., López D, A.J., Rodríguez M, D., Martínez S, M.M. Prevalencia y duración de la lactancia materna en Asturias. Gaceta Sanitaria 2001 Enero 2001;15(02):104-110.