

Factores asociados a la práctica de la lactancia materna exclusiva en
madres adolescentes de Cartagena/Bolívar 2019.

Informe final

Marian Melisa Morales Murieles

Brenda Esther Parra Acevedo

Sarai Silvera Oviedo

Trabajo de grado para optar al título de
Enfermera (o)

Asesora

Carmen Elena Díaz Montes



UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE ENFERMERIA

2019

Tabla de contenido

LISTA DE TABLAS	3
LISTA DE ANEXOS	3
RESUMEN.....	5
1. INTRODUCCION.....	9
2. PLANTEAMIENTO DELPROBLEMA.....	10
3. OBJETIVOS.....	15
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	15
3.2 OBJETIVO ESPECIFICO.....	15
4. MARCO TEORICO.....	17
5. METODOLOGIA.....	32
5.1 TIPO DE INVESTIGACION	32
5.2 POBLACION.....	32
5.3 MUESTRA.....	32
5.4 MUESTREO.....	33
5.5 CRITERIOS DE INCLUSION.....	38
5.6 CRITERIOS DE EXCLUSION.....	38
5.7 TECNICAS Y PROCEDIMIENTO.....	38
5.8 INSTRUMENTO.....	39
5.9 ANALISIS ESTADISTICO.....	40
5.10 CONSIDERACIONES ETICAS.....	41
6. RESULTADOS.....	42
7. DISCUSION	44
8. CONCLUSION.....	49
9. RECOMENDACIONES.....	50
10. AGRADECIMIENTO.....	51
11. BIBLIOGRAFIA	52
12. ANEXOS	62

LISTA DE TABLAS

TABLA 1. Duración de la práctica de lactancia materna exclusiva y complementaria de las madres adolescentes con hijos menores de 1 año inscritos al programa de crecimiento y desarrollo de la ESE Cartagena de indias.68

Tabla 2. Características socio demográficas de las madres adolescentes con hijos menores de 1 año inscritos al programa de crecimiento y desarrollo de la ESE Cartagena de indias.....70

Tabla 3. Factores familiares de las madres adolescentes con hijos menores de 1 año inscritos al programa de crecimiento y desarrollo de la ESE Cartagena de indias.....73

Tabla 4. Funcionalidad familiar de las madres adolescentes con hijos menores de 1 año inscritos al programa de crecimiento y desarrollo de la ESE Cartagena de indias.....74

Tabla 5. Apoyo social percibido por las madres adolescentes con hijos menores de 1 año inscritos al programa de crecimiento y desarrollo de la ESE Cartagena de indias.....74

Tabla 6. Asociación de los factores socio familiares en relación a la práctica de lactancia materna en madres adolescentes con hijos menores de un años inscritos al programa de crecimiento y desarrollo de la ESE Cartagena de indias.....75

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1. Encuesta socioeconómica o ficha familiar.....	62
ANEXO 2. Apgar familiar.....	63
ANEXO 3. Cuestionario DUK-DUKE.....	64
ANEXO 4. Encuesta sobre lactancia materna	66
ANEXO 5. Consentimiento Informado.....	67
ANEXO 6. Tablas de resultado.....	68

RESUMEN

Introducción: la lactancia materna (LM) es uno de los factores más importante para la salud y buen crecimiento físico y psicológico de los niños. La práctica de la lactancia materna exclusiva entre el binomio madre-hijo(a) se está viendo abandonado y cada día las cifras son más altas. La población adolescente se asocia a la falta de lactancia materna exclusiva y así como aumentan los embarazos en adolescentes así mismo el abandono de lactancia materna exclusiva antes de cumplir los seis meses estipulado por OMS. **Objetivo:** Determinar los factores socio-familiares asociados a la práctica de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes del área urbana de Cartagena-Bolívar. **Metodología:** Estudio de tipo Analítico de corte transversal. La población de referencia fueron todas aquellas madres adolescentes con hijos menores de un año inscrito en el programa de crecimiento y desarrollo que residen en el área urbana de la ciudad de Cartagena – Bolívar. Se tomó una muestra de 238 madres adolescentes con hijos menores de 1 año inscritos en el programa de crecimiento y desarrollo, repartidos equitativamente según la organización de las RIAS se seleccionaron aleatoriamente los centros de salud que harían parte de la muestra. Luego se estableció por afijación proporcional el número de niños de cada centro de salud que participaría en el estudio, una vez seleccionada la muestra, se procedió a la aplicación final de los instrumentos: Apgar, ficha familiar, Duk Duke, encuesta de lactancia materna. **Resultados:** La prevalencia de lactancia materna exclusiva fue del 35,2%. Los factores socio familiares que mostraron asociación fueron: Pertenecer a una familia nuclear, este factor aumenta siete veces la probabilidad de lactancia materna exclusiva con un OR de 7,442, otros factores que favorecen la práctica de lactancia materna

exclusiva en madres adolescentes es; El tener una secundaria completa, OR 1,184 y tener pareja con un OR de 1,666, no se halló asociación significativa para lactancia materna exclusiva con funcionalidad familiar y apoyo familiar. **Conclusiones:** la prevalencia de lactancia materna exclusiva está por debajo de las metas nacionales e internacionales. Y solo el pertenecer a familia nuclear, tener pareja y secundaria completa favorecen la práctica de lactancia materna exclusiva en madres adolescentes.

Palabras claves: lactancia, lactancia materna, madres, adolescentes, factor de riesgo, relaciones familiares. (Fuente: DeCS).

SUMMARY

Introduction: breastfeeding (LM) is one of the most important factors for the health and good physical and psychological growth of children. The practice of exclusive breastfeeding between the mother-child binomial is being abandoned and the numbers are higher every day. The adolescent population is associated with the lack of exclusive breastfeeding and just as teenage pregnancies increase, as well as the abandonment of exclusive breastfeeding before the six months stipulated by WHO. **Objective:** To determine the socio-family factors associated with the practice of exclusive breastfeeding in adolescent mothers in the urban area of Cartagena-Bolívar. **Methodology:** Analytical study of cross section. The reference population was all those teenage mothers with children under one year enrolled in the growth and development program and residing in the urban area of the city of Cartagena - Bolívar. A sample of 238 teenage mothers with children under 1-year-old enrolled in the growth and development program was taken, distributed equally according to the organization of the RIAs, the health centers that would be part of the sample were randomly selected. Then the number of children of each health center that would participate in the study was established by proportional affixation, once the sample was selected, the final application of the instruments was carried out: Apgar, family file, Duk Duke, breastfeeding survey. **Results:** The prevalence of exclusive breastfeeding was 35.2%. The socio-family factors that showed association were: Belonging to a nuclear family, this factor increases seven times the probability of exclusive breastfeeding with an OR of 7,442, other factors that favor the practice of exclusive breastfeeding in adolescent mothers is; Having a complete secondary school, OR 1,184 and having a partner with an OR of 1,666, no

significant association was found for exclusive breastfeeding with family functionality and family support. **Conclusions:** the prevalence of exclusive breastfeeding is below national and international goals. And only belonging to the nuclear family, having a partner and complete secondary school favor the practice of exclusive breastfeeding in adolescent mothers.

Keywords: breastfeeding, breastfeeding, mothers, adolescents, risk factor, family relationships. (Source: DeCS).

INTRODUCCION

La leche materna es el alimento esencial para el óptimo crecimiento de los niños, contribuye a fomentar el desarrollo cognitivo y sensorial, además de proteger al niño de enfermedades infecciosas y de enfermedades crónicas.

Se considera que el alimento ideal para el recién nacido es la leche materna de forma exclusiva durante los primeros seis meses de vida, y que a partir de allí se incluyan otros alimentos que contengan, proteínas y micronutrientes necesarios para la obtención de energía, sin embargo, existen factores que pueden influir en esta práctica como los biológicos, económicos, sociales y familiares.

Actualmente, uno de los fenómenos sociales que ha ido en aumento es el embarazo en las adolescentes. Durante esta etapa las adolescentes se enfrentan a un cambio brusco donde pasan de divertirse con amigos a asumir el rol de madres, y es a partir de este momento donde ciertos factores influyen en ella al elegir practicar lactancia materna exclusiva y lactancia complementaria o abandonarla. Es esto lo que indagaremos en el siguiente estudio el cual es una de las primeras investigaciones que asocia la práctica de lactancia materna y su prevalencia en la etapa de la adolescencia en la ciudad de Cartagena.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los últimos años se ha visto un aumento en la población adolescente que se embarazan y constantemente se realizan publicaciones respecto al tema, diversos estudios soportan estas afirmaciones mostrando un panorama de la situación que se vive hoy en día en diversos países del mundo. Así lo corrobora el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE (1) “en el grupo de edad que comprende entre los 10 y los 20 años. A nivel mundial en Colombia en el año 2016 se presentaron 647.521 nacimiento de estos 135.786 nacimientos son hijos de madres adolescentes, de estos 34.558 nacen en el departamento de Bolívar y solo en este rango de edad pertenecen 8.146 por tanto en Cartagena de los 19.051 nacidos 3687 niños son hijos de madres adolescentes”.

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS 2015 (2) según datos estadísticos para regiones y subregiones con mayor proporción de población urbana, como el Litoral Pacífico, atlántico central, Bogotá, Antioquia sin Medellín, Vaupés, Cesar-Magdalena y Tolima-Huila-Caquetá, Bolívar Sur-Sucre-Córdoba reportan las edades más bajas al primer nacimiento (13-19 años). Además de esto, indican que el 13.8% de las mujeres de 13 a 19 años ha estado alguna vez embarazada. Estos indicadores confirman la tendencia decreciente del fenómeno en el año 2005, por ejemplo, el porcentaje de adolescentes, de 15 a 19 años, madres o embarazadas del primer hijo(a) muestra la misma tendencia de la tasa específica de fecundidad: aumenta de 12.8% en 1990 a 20.5% en 2005, para luego disminuir a 19.5% en 2010 y a 17.4% en 2015. El departamento de mayor prevalencia de la maternidad en la adolescencia es Vaupés con un porcentaje (46.9%) que es 4 veces el

porcentaje observado en el departamento con menor prevalencia, Santander (11.3%)

Por otra parte, la OMS (3), define La leche materna como el alimento ideal para los recién nacidos y los lactantes, pues les aporta todos los nutrientes que necesitan para un desarrollo sano. Es inocua y contiene anticuerpos que ayudan a proteger a los lactantes de enfermedades frecuentes de la infancia como la diarrea y la neumonía, que son las dos causas principales de mortalidad en la niñez en todo el mundo. recomiendan la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, la introducción de alimentos apropiados para la edad y seguros a partir de entonces, y el mantenimiento de la lactancia materna hasta los 2 años o más de vida.

Así como aumentan los índices de madres adolescentes también disminuyen los índices de madres que cumplen con LME. La OMS (3), afirma que la lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños, los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludable.

En Colombia, para el año 2010, se observa una reducción de este indicador, el cual pasó de 2,2 a 1,8 meses, es decir el 50% de los niños menores de 6 meses solo recibieron leche materna exclusiva hasta 1,8 meses. Este indicador refleja el no cumplimiento de la meta de salud pública y las recomendaciones dadas por la OMS, de alcanzar mínimo los 6 meses de exclusividad en consumo de leche materna, mientras en la Encuesta Nacional de Situación Nutricional en Colombia (ENSIN) 2015 (4), muestran que la introducción de alimentos complementarios a la leche materna en el país se hace de forma precoz y que la calidad de la dieta es deficiente con respecto a los requerimientos nutricionales en la

primera infancia, especialmente para el grupo de edad de 6 a 8 meses. El Distrito de Cartagena no es ajeno a esta realidad se estima que la lactancia materna exclusiva presenta una duración de sólo 3 meses en promedio.

Calvo C (5), argumenta en su estudio realizado en Costa Rica que, la lactancia materna crea un lazo único y especial entre la madre y su hijo en donde se establece un vínculo único que sentará las bases para las futuras relaciones y el equilibrio emocional del bebe; una mejor práctica de la lactancia materna por si sola ayudaría a salvar las vidas de más de 3.500 niños y niñas por día, más que cualquier otra intervención preventiva pero a pesar de los muchos beneficios que posee la lactancia materna exclusiva, a nivel mundial solo un 40% de los lactantes menores de seis meses reciben leche materna como alimentación exclusiva, aunque la decisión de amamantar está fuertemente influenciada y condicionada por factores económicos, culturales, sociales y familiares.

Igualmente Calvo C (5), describe que el descenso de la frecuencia y la duración de la lactancia materna se debe a 2 grandes causas, una ha sido la promoción apoyada por los medios masivos de comunicación de la lactancia artificial basada en la utilización del biberón y las leches industrializadas y la segunda causa ha sido la integración de las mujeres al mercado de trabajo remunerado lo que les impide poco tiempo después del parto mantenerse cerca de sus hijos para amamantarlos correctamente.

Al respecto Aguilar M (6), evidencia en su estudio realizado en México destacando que existen factores que se asocian a la práctica de lactancia materna exclusiva como las características personales de las mujeres, tales como una mayor escolaridad, edad menor a 20 años, la

falta de conocimientos sobre este tema, el haber presentado complicaciones relacionadas con las mamas hipogalactia, mastitis, grietas o pezones invertidos, miedo a que se afecte su figura, estrés, falta de deseo de dar el pecho, enfermedad materna. Además, fracaso para lactar hijos previos por factores en el lactante como: llanto excesivo, falta de crecimiento, cólicos, problemas del sueño, problemas de salud.

De la misma forma Coronado M (7), en un estudio realizado en la Habana-Cuba, informa que entre las variables socio demográficas, asociadas a la duración de la LME, se encontraron la edad, el nivel de escolaridad y el número de hijos. Al respecto informo que la edad materna por debajo de los 20 años predominó en las madres que no lograron una lactancia materna exitosa con un RR de 1,5 con respecto a los hijos de las madres que si la lograron y que el nivel de escolaridad menor de noveno grado predominó en las madres que no lograron la lactancia evidenciándose en un RR de 6. El tener más de un hijo mostró un RR de 1,3.

De la misma forma Gómez L (8), encontró relación entre la variable nivel educativo y el éxito de la lactancia materna, mostrando que el 43.8% de las madres que tenían un nivel educativo preuniversitario o técnico, presento lactancia materna exclusiva por 6 meses y más; mientras que en las universitarias esta cifra fue 3.2%, y para las que alcanzaron un nivel secundario fue de 8.8%. Otro de los factores señalados como una de las causas principales para el abandono de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes fue el reingreso a las actividades escolares (40.4%).

En cuanto a las variables familiares Becerra F (9), informa en una investigación realizada en la ciudad de Bogotá, que el 63.16% de los

lactantes con familias disfuncionales recibieron lactancia por un período inferior a 4 meses. Mientras que, en las que tienen familias funcionales el 95% lactaron más de 4 meses. Al considerar el tipo de familia, se evidencio que pertenecer a una familia extensa fue un factor de riesgo para el abandono de la lactancia materna (RR=1.48 IC95% (1.35–4.63) P=0.005); igualmente otro estudio realizado por Gómez L (8), realizado con madres adolescentes de Medellín en el año 2015, señalo que aquellas madres que pertenecían a una familia extensa o mono parental presentaron mayor riesgo de abandonar la lactancia materna que aquellas con familia nuclear (OR 2.06; P= 0.015 IC= 1.113 – 3.764) , además evidencio que, al nacimiento del niño, las mujeres solteras que no lo lactaron correspondieron al 20.5 % mientras que las casadas a un 9.2 %

De la misma forma Gorrita R (10), señala que entre las variables que influyen en el abandono de lactancia materna exclusiva en adolescentes en Mayabeque-Cuba, se encuentran los factores familiares, observándose una relación entre el tiempo de lactancia materna exclusiva y la estructura familiar, teniendo en cuenta las variables: tamaño, tipología y funcionalidad familiar. En relación con la tipología familiar, los lactantes que pertenecían a familias nucleares lograron mejores cifras de lactancia materna exclusiva (54,5%), del mismo modo las familias medianas (63,6%) e igualmente los lactantes de familias funcionales (56,3%). Igualmente, otro estudio realizado por Puente M en Cuba (11), sobre motivos para abandonar la lactancia, destaca que el 20.2 % de un grupo de madres adolescentes refirieron la influencia de la familia donde el 13.3 %, identifica un inadecuado apoyo familiar para abandonar la lactancia materna exclusiva.

En la ciudad de Cartagena Díaz C (12), encontró en el estudio, Factores asociados con la lactancia materna en niños menores de un año, que la mediana de la lactancia materna exclusiva fue de dos meses, con un 36,1% de prevalencia y un promedio de 2,4 meses, donde la duración de la práctica exclusiva de lactancia materna entre las mujeres resulto ser muy corta. Los factores sociales asociados fueron: no usar biberón (IC: 2,37-5,38), membresía de familia nuclear (IC: 1,29-2,72), no ser madre de familia (IC: 0,27). -0.62), y el factor biológico que mostró asociación fue la suspensión temporal de la lactancia materna (IC: 0.23-0.70).

Por lo anteriormente descrito el grupo investigador decide estudiar dicha situación problema planteándose la siguiente pregunta.

¿Cuáles son los factores socio familiares asociados a la práctica de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes en el área Urbana de Cartagena/ Bolívar 2019?

OBJETIVOS

General

Determinar los factores socio-familiares asociados a la práctica de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes del área urbana de Cartagena-Bolívar.

Específicos

- Determinar la prevalencia de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes.
- Identificar los factores socio demográfico de las madres adolescentes y sus familias.
- Identificar la estructura familiar: tipología, ciclo vital familiar de las madres adolescentes.
- Establecer la funcionalidad familiar de las madres adolescentes.
- Identificar el apoyo familiar de las madres adolescentes.
- Estimar la asociación entre los factores socio familiares y lactancia materna exclusiva.

MARCO TEORICO

La OMS (3), define lactancia materna como una forma de proporcionar un alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sano de los lactantes, también es parte integrante del proceso reproductivo, con repercusiones importantes en la salud de las madres.

Según el MINSALUD (13), el amamantamiento es la forma natural, normal y específica de la especie humana para alimentar a sus hijos e hijas. La leche materna es el mejor y único alimento que una madre puede ofrecer a su hijo tan pronto nace, no solo por su contenido nutricional, sino también por su contribución emocional, ya que el vínculo afectivo que se establece entre la madre y su bebé constituye una experiencia especial, singular e intensa, que vincula al padre y a la familia

Castillo M (14), afirma que el amamantar, como también el amar conscientemente, son privilegios del ser humano. Son estos actos consientes de amor los que distinguen a la mujer de otras madres de la clase mamíferos, que amamantan perfectamente a sus crías, pero impulsadas, según lo que se sabe hasta ahora, solo por instinto de supervivencia.

Lactancia materna exclusiva

Es un tipo de alimentación que consiste en que el bebé se alimente con la leche de su madre por el tiempo de seis meses sin ingerir otra clase de alimentos.

Es considerada la mejor forma de alimentación natural exclusiva para el neonato hasta los 6 meses de edad, siguiendo con la alimentación complementaria más idónea hasta los 2 años dicho por la OMS (3).

La Fundación de las Naciones Unidas para la Protección de los Infantes UNICEF (15), declaro que la alimentación al seno materno debería de ser la única alimentación que recibieran los niños, por lo menos durante los primeros cuatro a seis meses de vida. La práctica de la alimentación con LME durante este periodo de la vida de los niños ha demostrado ser benéfica para la salud de las madres e hijos cuando se compara con otros tipos de alimentación, incluyendo la alimentación con seno materno combinada con otros alimentos

Situación de la LME en el mundo

Según el comité de lactancia materna de la asociación pediátrica española AEP (16), española el análisis de los datos disponibles muestran que, globalmente, menos de la mitad de los recién nacidos en el mundo son puestos al pecho dentro de la primera hora de vida. El porcentaje varía desde el 40% en África central, Oeste Lactancia Materna en cifras: Tasas de inicio y duración de la lactancia en España y en otros países de África y Sur de Asia, hasta el 60% en el Este y Sur de África.

Los datos publicados en 2016 por UNICEF indican que, globalmente, sólo un 43% (2 de cada 5) de los niños continúan recibiendo LME a los 6 meses de vida. Las mayores tasas las presentan los países del Sur de Asia con un de LME del 60%, seguidos por el Este y Sur de África con un 57%. Muy preocupante resulta el hecho de que en muchas regiones este porcentaje es sólo del 30%

Según datos de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos OCDE (17), diez de los mejores resultados de inicio de LM los presentaban los países nórdicos con cifras próximas al 100%, pero los porcentajes de LME a los 6 meses disminuían por debajo del 20% y por último Reino Unido, por su parte, tenía un 77% de inicio de lactancia pasando a <1% de LME a los 6 meses. De acuerdo a la último informe publicado en el año 2005.

En Colombia según el MINSALUD (13), La duración de la lactancia materna exclusiva tan solo llega a 1.8 meses, la menor duración se presenta en la Región Caribe con 0.6 meses seguida por la Región Central con 1.7 meses. Por encima de estas cifras, se encuentra la Región Orinoquía y Amazonia con 2.9 meses, seguida por la Región Oriental y por Bogotá con 2.7 y 2.6

La situación de la lactancia materna en Colombia se sustenta en las evaluaciones hechas en relación con sus logros, metas internacionales y nacionales establecidas y las condiciones institucionales para su apoyo, promoción y protección

Según el Plan Decenal de Lactancia Materna 2010-2020 (18), La gran mayoría de los niños y niñas menores de cinco años de edad en Colombia han sido amamantados alguna vez en la vida en un 91%. Más en lo rural que en lo urbano, sin grandes diferencias con valores de 97,9% y 96,8%, respectivamente. Medellín y su área metropolitana, con 94,3%, constituyen el porcentaje más bajo; mientras que Bogotá presenta el resultado más alto con Norte de Santander, 98,2%.La duración de lactancia materna exclusiva en Colombia está representada por 3,5 meses en promedio y en Bolívar por 1,2 meses de LME.

Beneficios de LME

Georgina J (19), El primer año de vida, es el período de crecimiento y desarrollo más rápido en la vida del niño y es cuando este es más inmaduro y vulnerable. Por ello es importante proporcionarle una alimentación suficiente y adecuada.

La leche materna Promueve el desarrollo sensorial y cognitivo, además de proteger al bebé de enfermedades infecciosas y crónicas". Cuando esta forma de alimentación se realiza de forma exclusiva, "reduce la mortalidad infantil por enfermedades de la infancia, como la diarrea o la neumonía, y favorece un pronto restablecimiento en caso de enfermedad". Además, relata la OMS (3), que esta reduce el riesgo de padecer (o sufrir en cuadro agudo) otitis, diarreas, neumonías o infecciones de orina.

Blanquez M (20), En su revisión bibliográfica, Afirma que la leche materna es potenciadora de la inmunidad lo que quiere decir que protege a los lactante contra infecciones por factores antiinflamatorios, factores específicos antibacterianos, antivíricos y anti protozoarios y por la naturaleza interactiva de las IgA.

Mientras en Suecia se encontró a los niños que tenían menos otitis media con lactancia materna que con lactancia artificial por ejemplo entre 1 a 3 meses de edad el 6 % de los niños que habían sido destetados tenían otitis frente al 1 % de los amamantados.

La mejor forma de prevenir diarreas es con la lactancia materna y el lavado de manos. La leche materna tiene un efecto protector contra las enfermedades infecciosas más comunes que ponen en peligro el crecimiento de los niños, su vida y desarrollo. Según la Organización

Mundial de la Salud, la medida más importante para prevenir la diarrea es la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad (3).

López Y (21), encontró que en el país de Cuba, la lactancia materna y el amamantamiento previenen anomalías dentomaxilofaciales en los niños y favorece el crecimiento y desarrollo del aparato masticatorio, con la ejercitación de los masticadores y faciales en el acto de lactar, disminuye el 50 % de cada uno de los indicadores de mala oclusión dentaria (resalte, apiñamiento, mordida cruzada posterior, mordida abierta, distoclusión, rotaciones dentarias, etcétera que afectan la estética y la función dentolabial del niño.

Martínez B (22), evidencio que en Cañoza – Santander, el Fomento de la lactancia materna en atención primaria materna prolongada es un factor protector de diabetes mellitus, esclerosis múltiple, enfermedad de Crohn en la infancia, dislipidemias.

De la misma forma la Asociación Americana de Diabetes (23), en un estudio publicado por la revista médica Diabetes Care, la lactancia materna tiene un efecto protector frente a esta enfermedad (la diabetes tipo 2) por actuar como un moderador del peso infantil. La lactancia materna tiene la ventaja de que no conoce de medidas, el bebé toma la cantidad de leche que necesita y se regula en función de su demanda.

Torra E (24), resalta que La lactancia materna fortalece el buen vínculo afectivo madre-hijo. Este vínculo son todos los lazos emocionales que se establecen entre la madre y su hijo (o entre el padre y su hijo); es un instinto biológico que garantiza la supervivencia y promueve la replicación y la protección de la especie. John Bowlby (1907-1990), pediatra y psicoanalista, demostró que la relación afectiva del bebé con

su madre y, en general, con sus cuidadores, era determinante para su desarrollo.

Mientras Blanquez M (20), afirma que La lactancia materna también tiene beneficios para la madre dentro de estos, prolongar la infertilidad después del parto, inhibiendo la menstruación y la ovulación, disminuye la hemorragia durante el puerperio al estimular la concentración e involución uterina.

Martínez B (22), la leche se produce más rápido y en mayores cantidades si se amamanta con frecuencia y desde las primeras horas del nacimiento del bebé. Ayuda a que el útero vuelva pronto a su tamaño ideal y colabora a la pérdida de sobrepeso al utilizar más calorías de lo normal. Favorece el ahorro de dinero y el ahorro de tiempo al no tener que comprar ni preparar leches de fórmula o biberones. Disminuye la posibilidad de tener otro embarazo en los primeros meses de amamantamiento, y tiene disponibilidad inmediata para satisfacer el hambre o sed de su bebé, además beneficia el vínculo de amor con su bebé al sentir confianza y afecto por su hijo.

Rojas j (25), en un estudio realizado en lima-Perú con el objetivo de evaluar el efecto de la lactancia materna sobre el riesgo de desarrollar cáncer de mama en una población peruana se encontró una notable reducción en el riesgo (OR ajustado 0,24; IC 95% 0,06 a 0,92) de desarrollar cáncer de mama en las pacientes que tuvieron una historia de lactancia de tres meses a más, sugiriéndonos que a más tiempo de lactancia hay reducción del riesgo.

Además, Martínez B, (22), identifico algunas de las ventajas de practicar lactancia materna para la sociedad son: Se reducen en general los gastos en salud para el país, disminuye la morbimortalidad infantil, los

niños crecen y serán ciudadanos con mejores capacidades físicas e intelectuales y, en consecuencia, mejorará la productividad nacional e internacional, favorece el medio ambiente, al reducirse los desperdicios de alimentos sucedáneos de la leche materna, crea conciencia nacional sobre la importancia de mantener y suministrar un recurso fundamental para el desarrollo de la sociedad. Por último para beneficio de las familias fortalece los lazos afectivos entre los integrantes de la familia.

Adolescencia y Embarazo

Según la OMS (3), La adolescencia es el periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad de reproducirse, transita de los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida su independencia económica "cronológicamente está ubicada entre los 10 y 19 años de edad. Biológicamente la adolescencia es el inicio de la madurez sexual y finaliza socialmente con la independencia del núcleo familiar

Fuller N (26), el término adolescente carece de una acepción unívoca, pero de alguna manera, la mayoría de sus definiciones coinciden en apuntar al hecho de que se trata de una etapa transicional en la cual los jóvenes ocupan un lugar ambiguo entre la infancia y la vida adulta

Según el DANE (1), En el censo del 2005 del total de la población de Colombia el 51,0% son mujeres de las cuales el 6% corresponde a adolescentes y en Cartagena del total de población el 52,1% son mujeres de los cuales el 4% son adolescentes.

Ahora bien, así como aumentan las cifras de adolescentes en Colombia también aumentan el número de embarazadas; la conducta reproductiva de este grupo constituye gran preocupación.

ENDS 2015 (2), el número de embarazos para el 2015 llega a 74 por mil, por otra parte el mayor porcentaje de adolescentes madres o

embarazadas, 41.8 por ciento, se encuentra entre las adolescentes con el menor nivel educativo (primaria). Mientras que el menor porcentaje, 4.7 por ciento, se observa en las adolescentes del quintil más alto de riqueza. La ciudad de Bogotá tiene la menor prevalencia (12.2%), mientras que la región Orinoquía y Amazonía tiene la más alta (23.3%). Sin embargo, cuando se desagrega por subregión, los diferenciales se amplían y el orden cambia: Valle sin Cali ni el Litoral Pacífico es la subregión de menor prevalencia de la maternidad en la adolescencia (9.5%) mientras que el Litoral Pacífico es la subregión de mayor prevalencia (27.4 %). Mayores desagregaciones geográficas evidencian aún mayores diferenciales: a nivel departamental, el departamento de mayor prevalencia de la maternidad en la adolescencia es Vaupés con un porcentaje (46.9%) que es 4 veces el porcentaje observado en el departamento con menor prevalencia, Santander (11.3%). Los mayores porcentajes de embarazadas están en Bolívar Sur-Sucre-Córdoba (6 %). Los menores se encuentran en San Andrés y Providencia (1.2 %), en Huila, Magdalena y Boyacá (2 %) y en Medellín (2.2 %). En Caldas y Nariño aumentan las proporciones de adolescentes embarazadas (2).

El embarazo en adolescentes representa un riesgo ya que la mujer no está preparada física ni mentalmente para tener un hijo ya que no asume el proceso de maternidad es por esto que la madre no llega a tener un vínculo afectivo eficaz con él bebe la mayoría de la veces. Uno de los roles que debe asumir una madre es brindar lactancia materna al niño pero cuando se trata de madres adolescentes vemos que existe una relación significativa entre ser madre adolescentes y brindar lactancia materna. La que no alcanza a llegar a los 6 meses de vida de los lactantes (2).

Morillo B (27), expresa que las madres adolescentes, debido fundamentalmente a la etapa de la vida que están viviendo, al desconocimiento y falta de experiencia el amamantamiento les provoca "angustia". La madre adolescente es una mujer joven, necesita vivir esa etapa de su vida, ya que la maternidad temprana no la hace mujer adulta; no está preparada, en un corto tiempo debe lograr importantes metas, asumir su sexualidad, su salud reproductiva, auto cuidado, relaciones afectivas con la familia, con su pareja, con su hijo. Son tareas y desafíos que las jóvenes nunca han abordado y llevan a estas madres adolescentes a sentirse recargadas de trabajo y con una carga emocional muy fuerte, lo que constituye un gran riesgo para la Lactancia Materna.

Factores asociados a la lactancia materna exclusiva

En la actualidad se ha hecho múltiples investigaciones los cuales describen los factores que limitan o favorecen la lactancia materna exclusiva entre ellos encontramos: factores socio-familiares, sociales, familiares y sociodemográficos de los cuales abordaremos los dos últimos mencionados.

Factores socio-familiares

Olivares F (28), manifiesta que son aquellos elementos que pueden condicionar una situación en donde la familia se encuentra involucrada como un todo. Dentro de estos factores familiares se encuentra la tipología familiar, funcionalidad familiar, integrantes de la familia que residen en la vivienda y escolaridad de la madre entre otros.

Dentro de los factores familiares abordaremos la estructura familiar (ciclo vital, tipo de familia), funcionalidad y apoyo familiar.

Estructura familiar:

Estructura organizacional de la familia determinada por los miembros del grupo familiar y la función de cada miembro y las relaciones jerárquicas entre los miembros de la familia. (3)

Ciclo vital familiar:

Según la OMS (3), La familia genera dinámicas propias que cambian en su forma y función. Estos cambios están inmersos en la cultura y costumbres a la que pertenece la familia, en base a este contexto no existen formas correctas o incorrectas de pasar por las diferentes etapas, sin embargo, se considera que el ciclo vital familiar es una secuencia ordenada y universal, predecible en dónde la solución de las tareas de una fase anterior, facilita la superación de una fase posterior.

Tipo de familia:

La enciclopedia británica (29), define que, la familia según su composición se puede clasificar en: familia nuclear conformada por los progenitores y uno o más hijos, familia extensa constituida además por abuelos, tíos y primos, familia mono parenteral cuando el hijo o los hijos viven con un solo progenitor y otros tipos de familia.

Gómez L (8), en su estudio determino en la variable tipo de familia, que las adolescentes que pertenecían a una familia nuclear conservaron la lactancia materna exclusiva por más tiempo que aquellas dentro de familias extensas o mono parentales.

Becerra F (9), en un estudio realizado en madres adolescentes de Medellín, afirma que aquellas que pertenecían a una familia extensa o mono parental presentaron mayor riesgo de abandonar la lactancia

materna que aquellas con familia nuclear (OR 2.06; P= 0.015 IC95%= 1.113 – 3.764).

Funcionalidad familiar:

Es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Esto significa que debe cumplir con las tareas encomendadas, que los hijos no presenten trastornos graves de conducta y que la pareja no esté en lucha constante. Las variables que se abordan en la funcionalidad familiar son: Participación, Comunicación, padres-hijos, Rutinas familiares, Afrontamiento de problemas y Apoyo social. (30)

La funcionalidad familiar de acuerdo el apgar familiar se clasifica en: muy buena función familiar, disfuncionalidad y disfuncionalidad severa.

Arias C (31), En un estudio realizado en Manizales, Colombia con una muestra de 190 adolescentes embarazadas donde su objetivo fue analizar la funcionabilidad familiar afirma que las familias de las adolescentes presentaron buena funcionalidad familiar en un 27,9% seguida de disfunción moderada en un 26,8% (20,7%-33,7%). Presentaron una relación con el padre buena en un 34,7% (28%-42%), relación con la madre buena en un 43,2% (36%-50,5%).

Becerra F (8), afirma que el entorno social y familiar de la madre es trascendental para el éxito de la lactancia materna", ya que es una influencia cultural y una fuente de apoyo potencial para la toma de decisiones con respecto a la forma de alimentación que ella considerará como adecuada para su hijo.

Sena A (32), en su estudio sobre madres adolescentes relaciona funcionamiento familiar y tiempo de lactancia materna, donde predominaron las familias disfuncionales con un 50.5 %, y 17,0 % para

familias funcionales, hallando que 22 de las 27 familias disfuncionales cumplían con la LM de 1-3 meses y solo encontró un caso donde si se cumplió con LM por más de 6 meses.

Ramírez D (33), en la ciudad de México realizó un estudio con una muestra final de 200 adolescentes embarazadas donde su objetivo fue determinar la funcionabilidad familiar de estas, donde la gran mayoría de las adolescentes embarazadas percibían a sus familias como altamente disfuncionales con el 59.5%, seguidos de moderada disfunción familiar con el 34.5% y sólo el 6% percibían a sus familias como funcionales.

Apoyo familiar:

En un sentido amplio el apoyo familiar es un recurso en donde se cuenta con la ayuda de la familia para superar determinada crisis.

Ardila S (34), manifiesta que dentro de las redes de apoyo de las cuales hace parte y con las cuales cuenta un individuo, se encuentra la familia, en las diferentes formas en que se configura dependiendo del contexto cultural e histórico, constituye la más importante, o al menos la más visible para la gran mayoría de las personas, bien sea por su presencia o su carencia. La familia es considerada como una de las piezas nucleares de las leyes e instituciones capaces de brindar apoyo en medio de los cambios.

Al respecto, Cardalda E (35), encontró que uno de los principales facilitadores de la lactancia materna es el apoyo familiar por parte de la madre, pareja y otros familiares.

Costa M (36), en su estudio de red de apoyo social y practicas alimentarias en niños en el cuarto mes de vida, obtuvo que él no contar

con apoyo familiar contribuye a un riesgo de abandono de LME con un [OR=0,49, IC95%=(0,29-0,84)].

Olivares F (28), su estudio evidencio, en cuanto a las mujeres brasileras, que las madres que dependieron de la ayuda familiar tenían un menor riesgo [OR= 0.49, IC95 % (0.29 a 0.84)] de proporcionar leches artificiales. De igual manera, Díaz C (12), en un estudio realizado con madres de Cartagena, encontraron que el 72.5% de ellas recibió información sobre la lactancia por parte de algún integrante de su familia, lo cual se correlacionó con la lactancia materna exclusiva (OR: 1.90 IC: 1.23 a 2.29) y que contar con una familia nuclear promovió la lactancia materna (OR: 1.82 IC: 1.26 a 2.63)

De la misma forma Pinilla E (37), mostraron que, para el caso de madres adolescentes, el soporte familiar fue determinante en la elección de la lactancia materna como método de alimentación de su hijo con una razón de prevalencia de 2.2 (IC95 %=1.0-4.8)

Factores socio demográficos

Hace referencia a las características asignadas a la edad, sexo, educación, ingresos, estado civil, escolaridad, trabajo, religión, tasa de natalidad, tasa de mortalidad, tamaño de la familia entre otros.

Al respecto Valenzuela V, (38), en USA y Alemania, en un estudio realizado con 70 mujeres reportaron que; el tener menor edad se asocia con la disminución de la LME determinada por menor educación de la madre, bajo poder adquisitivo, falta de apoyo de la familia y/o pareja, la ansiedad y la inseguridad que estas mismas tienen hacia ellas(p=0.0001).De la misma forma la escolaridad también se relacionó con menor tiempo de LME, siendo la preparatoria y la secundaria terminada los mayores porcentajes con 9% (n=8). En cuanto a la

ocupación se mostró que las mujeres que tienen menos tiempo de lactancia son las que se dedican al hogar con un 23.6% (n=21)). Respecto al estado civil el grupo de mujeres en unión libre se relaciona con mayores porcentajes con insuficiente tiempo de LME con 15.7%.

Igualmente Rondón P (39), en Lima- Perú en 2015 determino que los principales factores socio demográficos asociados al riesgo de abandono de la lactancia materna exclusiva son: La edad, debido a que en madres < 19 años es 3,10 veces mayor en comparación a las madres de 19 años a mas [OR= 3,100 IC (1,097 – 8,764)]. Con relación al nivel de escolaridad las madres que no tienen estudios superiores es 2,93 veces mayor en comparación a las madres que si tienen estudios superiores [OR= 2,936 IC (1,007– 8,561)]. La ocupación, en madres que si trabajan es 1,75 veces mayor en comparación a las madres que no trabajan [OR= 1,750 IC (0,754 – 4,063)]. Con respecto al estado civil en madres sin pareja es 4,12 veces mayor en comparación a las madres con pareja [OR= 4,125 IC (1,118 – 15,221)].

PINO J (40), al estudiar los factores que inciden en la duración de la lactancia materna exclusiva en una comunidad rural de Chile comprobó al relacionar la edad materna y la duración de lactancia materna que las madres que indicaron proporcionar LME tuvieron en promedio 29 años, y las que no proporcionaron el tiempo recomendado tuvieron un promedio de 26 años, siendo una diferencia estadísticamente significativa (p=0,016).

Busto R (41), en su estudio titulado determinación de factores de riesgo asociados al abandono precoz de la lactancia materna exclusiva en lactantes menores de 6 meses realizado en el hospital pediátrico universitario "Eliseo Noel Camaño". matanzas-cuba en 68 madres; encontró entre los factores de riesgo que inciden en el abandono precoz

de LME, la edad y ocupación de la madre siendo las menores de 20 años (80 %) y las mayores de 30 años (100 %). Así mismo predominaron las estudiantes (100 %) y trabajadoras (67 %), las que abandonaron la lactancia en el primer mes.

En cuanto al nivel educativo en Colombia, Piñeros B (42), identificaron en un grupo de mujeres que a menor nivel de escolaridad hay una mayor proporción de mujeres que lactan inadecuadamente: de las mujeres que no lactaron adecuadamente 34.1% tenían bachillerato completo, 42.3% no lo habían completado, 7.1% tenían completa y 7.1% universidad completa.

Niño R (43), también afirma en su estudio que, entre las primeras causas de deteste de la lactancia materna exclusiva en madres del sector público y privado en Chile, encontró con respecto a la escolaridad materna un (OR 5,4, IC 2,4-11,7) en madres con menor escolaridad.

DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio

Estudio de tipo Analítico de corte transversal.

Población de estudio

Para la presente investigación la población de referencia fueron todas aquellas madres adolescentes con hijos menores de un año inscrito en el programa de crecimiento y desarrollo y que residen en el área urbana de la ciudad de Cartagena – Bolívar. Siendo el total de niños menores de un año inscritos al programa de crecimiento y desarrollo 2.540 según la base de datos de la ESE hospital local Cartagena de indias (44). Teniendo en cuenta que según la encuesta de demografía y salud 2015(2), el porcentaje de madres adolescentes correspondió aproximadamente al 19% de las madres lactantes, se tomó este dato como referencia para calcular la población de adolescentes, la cual correspondería a 482,6.

Muestra

La muestra se calculó teniendo en cuenta la fórmula para estudios trasversales:

1.
$$n = \frac{Z^2 * N * p * Q}{d^2 (N - 1) + Z^2 * p * Q}$$

2. **Dónde:**

N: población de madres adolescentes con hijos inscrito al programa de crecimiento y desarrollo 483

P: la proporción de su uso: 0.524% (45).

Q: complemento de p:0,475

Z²: un nivel de confianza: de 1,96

d²: nivel de precisión absoluta: 0,05

3. Obteniendo el siguiente resultado:

$$4. \quad n = 3,8 * 2.021 * 0,500 * 0.05 / 0,0025(2.021 - 1) + 3,8 * 0,05 * 0,005 = 213,7$$

Ajustando el tamaño de muestra al porcentaje de pérdida con la fórmula:

$$5. \quad n: n_0 (1/1-R)$$

6. **Donde**

n_0 : Tamaño de la muestra sin ajustar.

R: porcentaje de pérdida 10%: 0.1

n_0 : 213,7

$$n: 197 * (1/1-0,1)$$

$$n: 197 * (1/0,9)$$

$$n: 197 * (1,11111111)$$

n:238

MUESTREO:

Este se realizó teniendo en cuenta la organización dispuesta por la ESE hospital local Cartagena de Indias, de acuerdo a lo dispuesto en la Ruta de atención integral a la infancia y primera infancia. Para lo cual han establecido tres Subredes: Pozón, Canapote y Arroz barato, dentro de cada una de estas subredes se ubican distintos centros de salud y un hospital local, de la siguiente manera:

Tab 1. Ruta de atención integral a la infancia y primera infancia: clasificación de los centros de salud por subredes.*

Subred arroz barato	Unidad de salud
	Hospital arroz barato
	Cap. Blasdelezo
	Cap. Nelson mándela
	Cap. Nuevo bosque
	Cap. Socorro
	Cap. Las reinas
	Cap. Ternera
	Cap. San Vicente de Paul
	Hospital pozón
Subred pozón	Cap. las gaviotas
	Cap. Nuevo porvenir
	Cap. Olaya
	Cap. Bayunca
	Cap. Pontezuela
	Cap. foco rojo
Subred canapote	Hospital canapote
	Cap. La boquilla
	Cap. La esperanza
	Cap. La candelaria
	Cap. San pedro y libertad
	Cap. San francisco
Daniel lemaitre	

*tomada de: **ESE hospital local Cartagena de indias. Disponible en:**
<http://esecartagenadeindias.gov.co/> . Fecha de acceso: 05/12/2018.

Para llevar a cabo el siguiente estudio fue necesario realizar un muestreo multietapico:

- la primera etapa: se realizó un muestreo por conglomerados estos estuvieron compuestos por las tres Subredes de la ESE HOSPITAL LOCAL de Cartagena de los cuales se seleccionó el 50% de los centros de salud pertenecientes a cada una de ellas que prestan el servicio de crecimiento y desarrollo, de la misma forma para esta selección se tuvo en cuenta la organización de la ESE hospital local Cartagena de indias en su rutas integrales de la infancia y primera infancia.
- Segunda etapa: Después se seleccionaron aleatoriamente los centros de salud que harían parte de la muestra, se realizó una afijación proporcional, teniendo en cuenta que el número de niños menores de un año inscritos en el programa varían de un centro de salud a otro.

Tab 2. Selección de hospitales y centros de salud para la ejecución del estudio y número de niños menores de un año inscritos al programa de crecimiento y desarrollo en cada subred.*

Subred	Unidad de salud	Número de niños < de 1 año
Subred arroz varaba	Hospital arroz barato	136
	Cap. Socorro	222
	Cap. Nuevo bosque	209
Subred	Hospital pozón	383
	Cap. Olaya	257
Subred	Cap. Daniel lemaitre	198
	Cap. La candelaria	189
	Cap. La boquilla	68
	Total	1662

*tomada de: ESE hospital local Cartagena de indias. Disponible en: <http://esecartagenadeindias.gov.co/> . Fecha de acceso: 05/12/2018

- Luego de haber establecido por afijación proporcional el número de niños de cada centro de salud que participaría en el estudio, las investigadoras se dirigieron a cada uno de ellos durante la consulta de crecimiento y desarrollo aplicando los instrumentos hasta que completo la muestra calculada.

Tab 3. Afijación proporcional del número de niños de cada centro de salud que participara en el estudio.*

Unidad de salud	Número de niños < 1 año	Fracción de muestreo %	Total de madres adolescentes a encuestar
Hospital arroz barato	136	7,9	19
Cap. socorro	222	13,4	32
Cap. nuevo bosque	209	12,6	30
Hospital pozón	383	23,1	55
Cap. Olaya	257	15,5	37
Cap. Daniel lemaitre	198	11,7	28
Cap. la candelaria	189	11,3	27
Cap. la boquilla	68	4,2	10
Total	1662	100%	238

Criterios de Inclusión: para efectos de la investigación la población de referencia deberá cumplir como requisitos de inclusión para este estudio:

- ✓ Madres adolescentes que estén en la edad de 15-19 años
- ✓ Madres adolescentes que tengan hijos inscritos en el programa de crecimiento y desarrollo, radicadas en el área urbana de Cartagena/bolívar
- ✓ Madres adolescentes con lactantes menores.
- ✓ Participación voluntariamente en el estudio.

Criterios de Exclusión:

- ✓ Madres adolescentes las cuales no tengan el consentimiento de su tutor legal
- ✓ Madres adolescentes con discapacidad física y/o mental
- ✓ Madres adolescentes con enfermedades que impidan la lactancia(VIH ETC)
- ✓ Madres adolescentes analfabetas

PROCEDIMIENTO

Para la ejecución del estudio se solicitó permiso a las directivas de la institución, se verificó que las madres adolescentes con hijos inscritos al programa de crecimiento y desarrollo de los diferentes centros de salud de la ESE hospital local Cartagena de indias que fueron seleccionados cumplan con los criterios de inclusión. A partir de esto se realizó una prueba piloto con 20 participantes que cumplían con las características establecidas con el fin de determinar la comprensión de los instrumentos, por parte de las participantes, calidad de las preguntas y calcular el tiempo que estas requieren para responder los mismos. Sobre la base de estos resultados se tomaron las medidas y correcciones necesarias para realizar finalmente la aplicación de los

instrumentos a la muestra seleccionada. Previo a la aplicación de la prueba piloto se ejecutó un proceso de estandarización donde los investigadores revisaron los instrumentos y se establecieron los criterios y las orientaciones que se les dio a las participantes al momento de aplicarlos.

Una vez seleccionada la muestra, se les explico los objetivos, la importancia del consentimiento y asentimiento informado para la participación en el estudio y se procedió a la aplicación final de los instrumentos.

INSTRUMENTOS

Los instrumentos a utilizar en el presente estudio son:

- Ficha familiar, (46): Es un instrumento para el levantamiento de Información demográfica y del estado de salud de las familia, que nos permitirá conocer las características sociodemográficas de esta, como: edad, escolaridad, estrato social, afiliación de sistema de salud entre otros y factores familiares como la tipología, ciclo vital, integrantes e ingresos familiares.
- Apgar familiar, (30): es un instrumento que permite conocer caracterizar a los miembros de la familia y funcionalidad de la familia. Este instrumento consta de cinco preguntas que mediante escala de 0 a 2 evalúa la funcionalidad familiar; De 8-10 puntos sugiere muy buena función familiar, 4-7 puntos sugiere una disfuncionalidad y 0-3 puntos sugiere disfuncionalidad severa. Posee una buena consistencia interna por prueba Alfa de Cronbach de 0.84 y con un alto grado de correlación 0,80 con el Pless-Satter White FamilyFunctionIndex reportado por Bellón y cols.

- CUESTIONARIO DUKE-UNC, (47): Se trata de un cuestionario auto-administrado, que consta de 11 ítems, el rango de puntuación oscila entre 11 y 55 puntos. La puntuación obtenida es un reflejo del apoyo percibido, no del real, a menor puntuación, menor apoyo, una puntuación igual o mayor a 32 indica un apoyo normal, mientras que menor a 32 indica un apoyo social percibido bajo.
- Encuesta sobre lactancia materna (48), la cual es auto administrado, consta de 5 preguntas en las cuales se obtendrá la información sobre el inicio, duración y finalización de la lactancia materna exclusiva.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Después de obtener la información, los datos se incorporaron y procesaron en Microsoft Excel. Se trata de un trabajo analítico transversal en el cual los datos fueron tabulados y procesados por el método de análisis bivariado de contraste de promedios, porcentual para cada categoría. Se utilizó la prueba paramétrica de cálculo Odds Ratio (OR) para comprobar la asociación de la variable dependiente lactancia materna exclusiva y la variable independiente factores socio- familiares.

CONSIDERACIONES ETICAS

Basado en la resolución 008430 de 1993 (49), por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud teniendo en cuenta lo establecido en el artículo 6 el cual establece que se debe proteger la seguridad de los participantes e informar si existen riesgos para participar en el estudio. Se contó con el Consentimiento Informado por escrito del sujeto de investigación o su representante legal con las excepciones dispuestas en la presente resolución. Artículo 38 donde afirma que las mujeres durante la lactancia serán autorizadas cuando no exista riesgo para el lactante o cuando la madre decida no amamantarlo.

RESULTADOS

Duración de la Lactancia materna

La prevalencia de la lactancia materna exclusiva arrojada en este estudio es de 35,2%. En cuanto al inicio de la LM, el 84,5 % (201), de las madres adolescentes manifestaron que inician el amamantamiento con LME en un tiempo menor a 12 horas después del parto y el 13,4% (32) la inician entre 12-24 horas después del parto. Respecto al tiempo de duración de la práctica de la lactancia materna exclusiva se observa que solo el 35,3% (84) de las madres mantienen esta práctica por seis meses o más. En relación a la LM complementaria se observa que el 38,7 % (92) de las madres la inician a partir de los cuatros meses. Evidenciándose en el 40,8% (97) la administración de agua, jugos y sopas entre los cuatro a seis meses de edad; mientras que 92,4% (220) finaliza la práctica de la lactancia materna en un periodo mayor a los seis meses de vida (**TABLA 1**).

Factores socio demográficos

El 76,5%(182) adolescentes participantes en el estudio pertenecen al área urbana, donde la edad más predominante fue de 19 años con el 29,4% (70) y el 54,2% (129) solo realizo estudios de secundaria incompleta y el 29,8% (71) estudios de secundaria completa. Respecto al estrato socioeconómico, el 95,8% (228) pertenecen al estrato 1 y solo el 1,3% (3) pertenecen al estrato social 3. En relación al estado civil de se encontró que el 78,6 % (187) viven en unión libre, seguido del ser soltera con el 17,2 % (41). El 97,9% (233) de las madres se encuentran afiliadas al sistema de salud subsidiado y el 0,4 % (1) no se encuentran afiliadas a ningún régimen de salud. En cuanto a la variable ocupación el 64,6% (154) son amas de casas y el 29% (69) son estudiantes. En relación a los ingresos económicos el 74,8% (178)

reciben 1SMVM. El 1,7% (4) viven en condición de desplazadas. El 31,5% (75) de las participantes del estudio pertenecen al programa de promoción y prevención planificación familiar y el 67,2% (160) no pertenece a ninguno de estos programas (**TABLA 2**).

Factores familiares

En cuanto a los factores familiares se evidencio que el 62,6% (149) de las madres adolescentes pertenecen a familias extensas y el 28,2% (67) a familias nucleares. Respecto al ciclo vital familiar el 32,8% (78) se encuentran en plataforma de lanzamiento, seguido de familias con hijos adolescentes con un 31,9% (76) y un 29,4% (70) a familias en crianza inicial de los hijos. Teniendo en cuenta la relación con el jefe del hogar el 31,5% (75) el jefe del hogar son los padres de la madre adolescente y en segundo lugar son los suegro con un 30,3% (72) (**TABLA 3**).

En relación a la funcionalidad familiar se observó que el 47,1% (112) de las familias presentan disfuncionalidad, y el 8% (19) tienen disfuncionalidad severa en contraste con el 45 % (107) que presentan buena funcionalidad familiar (**TABLA 4**).

El 77,3%(184) de las madres perciben un apoyo familiar normal. (**TABLA 5**).

Factores socio-familiares relacionados con lactancia materna exclusiva

El único factor que mostro asociación con la práctica de la LME fue el factor socio familiar pertenecer a una familia nuclear; factor que aumenta siete veces la probabilidad de lactancia materna exclusiva (OR de 7,44 (IC 95% 1,61- 34,3) (**TABLA 6**).

DISCUSIÓN

El factor socio familiar que mostro asociación con la práctica de la lactancia materna exclusiva es pertenecer a una familia nuclear observándose que este factor cuando se presenta aumenta 7,4 veces la probabilidad de lactar (OR de 7,44 (IC 95% 1,61- 34,3)).

Por otra parte la prevalencia de lactancia materna exclusiva en las madres adolescentes participantes del estudio es de un (35,2%), Datos que difieren de los reportados por López R (50), en un estudio realizado en Palenque donde se encontró una prevalencia del 50%. Estas diferencias podrían ser explicadas por los aspectos culturales propios de la cultura palenquera, en donde se le da gran valor a la práctica de la LM. Mientras que, en la ciudad de Cartagena, estas cifras podrían deberse al contexto que se encuentran las madres adolescentes, como el estrato socioeconómico, además su condición de adolescentes las hace inexpertas y con pocos conocimientos para brindar cuidados y criar a su hijo, por lo que la mayoría de las veces estos cuidados quedan en manos de las abuelas, quienes brindan estos partiendo de su experiencia personal y de muchas creencias y prácticas que obstaculizan la LME. Diversos estudios muestran los riesgos de abandono de la práctica de la LME que tienen las madres adolescentes, riesgos que podrían explicarse debido a la inmadurez física y psicológica propias de su edad y si aunado a esto se suman factores como la disfunción familiar, se aumentan las probabilidades de abandono de esta práctica debido a que el apoyo familiar es fundamental para lograr una buena adherencia a la misma; estudios demuestran que el apoyo familiar se constituye en un elemento crucial para garantizar la LM, este apoyo se puede traducir en mensajes de afecto, caricias o en apoyo en

la realización de las actividades domésticas o el cuidado de los otros hijos.(2),(9),(24),(35),(10).

Dentro de los factores familiares este estudio demostró una fuerte asociación entre el pertenecer a una familia nuclear y la lactancia materna exclusiva, siendo este un factor protector para la LME, lo que indica que es 7,4 veces más probable que estas madres den LME a una madre que pertenece a otro tipo de familia (OR 7,44, IC 95% 1,61-34,3), así mismo López R (50), en su investigación en el municipio de San Basilio de palenque, halló asociación entre la lactancia materna exclusiva y el tener familia nuclear; OR 2,62 (IC 1,38- 4,95), sin embargo ella destaca que debido al contexto cultural en que se realizó la investigación las madres adolescentes al convivir con familias extensas tienen más referentes al momento de lactar a sus hijos.

Con respecto a los factores socio demográfico el estudio arrojó que el estado civil con más predominio fue tener pareja OR 1,66 y aunque no tuvo asociación con la lactancia materna exclusiva otros estudios muestran asociación entre estas variables, es así que Adugna B (51), identificó que las madres casadas tenían 2.04 veces más probabilidad de practicar lactancia materna exclusiva que las madres solteras (IC 95% 1.03, 4.06), de la misma forma Ayawine A (52), encontró que las madres solteras tenían menos probabilidades de practicar lactancia materna exclusiva en comparación con las madres casadas (OR = 0.46, 95% 0.28, 0.77), contrario a lo reportado por Rondón P (39), quien informa que las madres sin pareja tienen cuatro veces mayor probabilidad de dar solo pecho en comparación a las madres con pareja (OR= 4,125 IC (1,118 - 15,221). No obstante el tener pareja para la madre adolescente puede generar más acompañamiento y seguridad al momento de lactar a su bebe, es por ello que se evidencia esta variable

como un factor que beneficia la práctica de lactancia materna exclusiva. Rius J (53), afirma que la opinión de la pareja al momento de iniciar la LME es un factor favorecedor OR 28,4 (IC 95% 5,34 – 151,9). Wallenborn J (54), estableció que las mujeres solteras y sin reconocimiento de paternidad tenían 135% más de probabilidades de no iniciar la lactancia materna en comparación con las mujeres casadas con reconocimiento de paternidad OR 2,35 IC del 99% (2,30- 2,4).

En cuanto al nivel educativo en Colombia Piñeros B (42), afirmaron que a menor nivel de escolaridad hay un mayor riesgo de lactancia inadecuada contrario a lo expuesto por Rodríguez F (55), quien informa que las madres sin escolaridad y con educación primaria tenían más oportunidad de dar solo pecho OR 6,11 (IC 95% 3,46 – 10,79) OR 3,58 (IC 95% 2,19- 5,86), mientras que en Lima Perú Rondón P (39), halló que aquellas que no tienen estudios superiores tienen 2,93 veces de probabilidad de abandonar LME en comparación a las madres que si tienen estudios superiores OR 2,936 IC (1,007– 8,561). Sin embargo en esta investigación, este factor no arrojó una asociación con la práctica de lactancia materna exclusiva OR 1,18 (IC 95% 0,66- 2,10). Contrario a lo reportado por el estudio de Herrero L (56), donde el 40,7% de mujeres con nivel de básica secundaria abandonaron la práctica de lactancia, sin embargo Rodríguez F (55), informa que las madres sin escolaridad y con estudios de primaria lactan más que las que tienen otro tipo de educación (52,2% -65%) respectivamente.

La ocupación fue otro factor social que no mostró asociación OR =1,60 (IC 95% 0,89- 2,86), sin embargo Rodríguez F (55), informa que el 79,2% de su muestra eran madres desempleadas y ellas tenían más posibilidad de dar pecho en relación con las empleadas. Estos resultados

podría explicarse debido a que el apoyo familiar es crucial para el desarrollo adecuado de la práctica de la lactancia materna y en este aspecto el apoyo de la pareja así como de la familia en general, en particular en esta población es crucial para el éxito de la misma y se puede observar que en este estudio la mayoría de las adolescentes presentan algún tipo de disfunción familiar aspectos que van en contravía de esta práctica.

Respecto al funcionamiento familiar Rangel J (57), plantea que este es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad de sus miembros, a través del cumplimiento efectivo de las funciones de cada uno, logrando capacidades para enfrentar y superar las distintas crisis que se plantean en cada etapa del ciclo vital. Al respecto Gorrita R (10) estableció que al cuarto mes de nacidos solo el 33,3% de las familias disfuncionales conservaban la lactancia materna exclusiva y en las familias moderadamente funcionales el 40% mientras que las familias funcionales mostraron mayor duración de esta práctica 56,3%. Sin embargo en el presente trabajo no se reportó asociación entre estas variables. De la misma forma Yocondra S (58), establece que no existe relación estadísticamente significativa entre esta variable y LME con un Chi cuadrado de 0,783 y una p valor > 0,05 (0,376) concluyendo que este factor puede ser modificable para la lactancia materna con una correcta y oportuna intervención.

Para la madre adolescente es importante contar con el apoyo de las personas que la rodean, especialmente de su familia debido a que esta cumple un papel fundamental en el acompañamiento, orientación motivación, durante la lactancia y en los cuidados del Recién nacido aspectos nuevos y desconocidos para la madre adolescente (35).

Costa M (36), identifico que el no contar con apoyo familiar contribuye al abandono de la lactancia materna exclusiva (OR 0,49, IC 95% 0,29 – 0,84), en esta investigación se evidencio que el 77, 3% percibe tener un buen apoyo familiar sin embargo, no se observó correlación entre estas variables, no obstante López R (50), hallaron una relación significativa entre el apoyo familiar y la LME (OR=2,216 IC=1,124-4,371) similar a un estudio realizado en indonesia donde Ratnasari D (59), hallo como único factor significativo al apoyo familiar para la práctica de LME (OR: 2.86; 95% CI: 1.25-6.53).

Las limitaciones del estudio son las propias de un estudio trasversal además de la dificultad en la consecuesion de la muestra debido a la inasistencia de las adolescentes a los controles; en cuanto las fortalezas, del estudio se pueden citar que es de los primeros estudios realizados en Cartagena donde se estudiaron las variables descritas en población adolescente.

CONCLUSIONES

Siendo esta una de las primeras investigaciones que asocia factores sociofamiliares asociados a la práctica de lactancia materna en la etapa de la adolescencia en la ciudad de Cartagena, como investigadoras llegamos a las siguientes conclusiones:

La prevalencia de lactancia materna obtenida, se encuentra por debajo de las metas establecidas a nivel nacional e internacional, al igual que la duración de la misma, la cual no alcanzo un rango de seis meses que es lo ideal.

Al analizar la estructura familiar se determinó que pertenecer a una familia nuclear, favorece la práctica de LME. No se hallaron datos que soporten que la funcionalidad familiar y el apoyo familiar se asocien a la práctica de lactancia materna exclusiva en este estudio.

Ningún factor sociodemográficos se asoció con la práctica de la lactancia materna Exclusiva.

RECOMENDACIONES

- Fortalecer los programas ya existentes que promueven la práctica de la lactancia materna y que se rompan las barreras intramurales extendiendo las estrategias al hogar de las madres Adolescentes lactantes y gestantes.
- Involucrar a todos los miembros de la familia independientemente de la tipología a incentivar y apoyar más la práctica de LME.
- Campañas que desestimen el uso del biberón y leches artificiales
- Fortalecer los planes de estudio de las instituciones de educación encargadas de la formación de profesionales de enfermería.
- Fortalecer las intervenciones educativas por parte de los profesionales de la salud en este grupo poblacional en el tema de LM y sus beneficios, durante el embarazo, el parto y el puerperio.

AGRADECIMIENTOS

Dirigidos primordialmente a Dios, por llenarnos de sabiduría, a los enfermeros (as) del programa de crecimiento y desarrollo por brindarnos los espacios para la realización de la investigación, a las madres adolescentes y sus familiares por su participación y especial agradecimiento a la docente Carmen Elena Díaz Montes por su continuo compromiso y responsabilidad con esta investigación.

BIBLIOGRAFIA

1. Departamento administrativo nacional de encuesta 2016. Disponible en: (<http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/nacimientos/nacimientos-2017>) fecha de acceso: 11/08/2017)
2. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015. Disponible en (<http://profamilia.org.co/docs/ENDS%20%20TOMO%20I.pdf>) fecha de acceso: 20/feb./2018)
3. Organización Mundial de la Salud OMS. Lactancia materna. Disponible en (<http://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>) fecha de acceso: 11/08/2017).
4. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional (ENSIN). Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/An%C3%A1lisis%20de%20poblaciones%20diferenciales.pdf> . fecha de acceso: 04/octubre2017)
5. Calvo C. Factores socioeconómicos, culturales y asociados al sistema de salud que influyen en el amamantamiento. REVENF.(en línea)mar 2008 no 15:1409-4568.(fecha de acceso: 11/08/2017). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2745766>.
6. Aguilar M. Lactancia materna exclusiva. REV FAC MED UNAM.(en línea) julio-agosto, 2007. (Fecha de acceso: 11/08/2017) 50 (4). disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rfm/article/view/12984>
7. Coronado M. Causas de abandono de la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses en San José de las Lajas. filial ciencias médicas de la Habana hospital general docente Leopoldito Martínez San José de las Lajas. (trabajo de

- investigación) Cuba: MINSAP, filial ciencias medicas de la Habana. 2011 Disponible en: (<http://files.sld.cu/enfermeria-pediatria/files/2011/03/lactancia-materna.pdf>)
8. Gomez L. Diaz C. Manrique R. Factores asociados con la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes en madres adolescentes. Medellín. 2010. Rev. salud publica. 2013; (fecha de acceso: 03/02/2018) 15 (3): 374-385. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/v15n3/v15n3a05.pdf>
 9. Becerra F. Rocha L. Fonseca DM. Bermúdez LA. El entorno familiar y social de la madre como factor que promueve o dificulta la lactancia materna. Rev. Fac. Med. 2015; (fecha de acceso: 03/02/2018) 63(2):217-27. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n2.44051>.
 10. Gorrita R. Ortiz D. Hernández L. Tiempo de lactancia materna exclusiva y estructura familiar Rev. cubana de ped. 2016; (fecha de acceso: 03/02/2018) 88(1):43-54. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubped/cup-2016/cup161f.pdf>
 11. Puente M. Alvear N. de los Reyes A. Ricardo TR. ¿Por qué las madres adolescentes abandonan la lactancia materna exclusiva? Rev. Cubana Aliment Nutr. 2010; (fecha de acceso: 03/02/2018) 20(2):280-6. Disponible en: imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=77915&id_seccion=719&id_ejemplar=7729&id_revista=54
 12. Diaz C. Lopez R. Herrera I. Arena D. Giraldo C. Gonzales L. Factores asociados con la lactancia materna en niños menores de un año en la ciudad de Cartagena, Colombia. Rev medicina Colombia 2011; (fecha de acceso 03/02/2018) 42 (2). Disponible

en:http://translate.google.com/translate?sl=en&tl=es&u=http%3A%2F%2Fwww..org.co%2Fscielo.php%3Fscript%3Dsci_arttext%26pid%3DS1657-95342011000500004%26lng%3Den%26nrm%3Diso%26tlng%3Den&skpa=on

13. Ministerio de salud. Disponible en :
(<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/default.aspx> fecha de acceso 20/2/2018)
14. Castillo M. Iamas S. Un desafío en madres adolescentes. rev Tendencias en Salud Pública modulo 1: Salud Familiar y Comunitaria y PromociónLa Serena, 2005; (fecha de acceso: 02/03/2019 1(14). Disponible en:
<https://es.scribd.com/document/74698873/Lactancia-Materna-Un-Desafio-en-Madres-Adolescentes>
15. Unicef. Disponible en (<http://www.unicef.org.co/> fecha de acceso:15/1/2018)
16. Asociación española de pediatría. Disponible en (<http://www.aeped.es/> fecha de acceso: 10/172018)
17. Organización para la cooperación y el desarrollo económico. Disponible en (<https://www.oecd.org/centrodemexico/laocde/> fecha de acceso: 15/2/18)
18. Plan decenal de lactancia materna 2010-2020. Disponible en (<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RI/DE/VIS/PP/SNA/plan-decenal-lactancia-materna.pdf> fecha de acceso: 07/11/2011)
19. Georgina J. Peraza R. Lactancia materna y desarrollo psicomotor. Rev. Cubana Med Gen Integr.2000; (fecha de acceso 03/02/2018) 16(4):402. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252000000400018

20. Blanquez M. Ventajas de la lactancia materna.Revmedin. 2000; (fecha de acceso 8/10/2017), 1(44-49). Disponible en:<https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/43953>
21. López Y. Arias M. Valle O. Lactancia materna en la prevención de anomalías dentomaxilofaciales.Rev.cubanaortod1999; (fecha de acceso:02/03/2019) 14(1):32-8. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ord/vol14_1_99/ord07199.htm
22. Martínez B.Fomento de la lactancia materna en atención primaria.BOL PEDIATR 1997; (fecha de acceso: 02/03/2018) 37(153-159). Disponible en : https://www.sccalp.org/documents/0000/0552/BolPediatr1997_37_153-159.pdf
23. Asociación americana de diabetes. Lactancia materna y diabetes tipo II, disponible en: (<http://care.diabetesjournals.org/> fecha de acceso 07/11/2017)
24. Asociación ALBA, Torras E. Lactancia materna, contacto y apego. Disponible en (<http://albalactanciamaterna.org/la-asociacion/que-es-alba/> fecha de acceso: 07/11/2017)
25. Rojas I.Lactancia materna y cáncer de mama: un estudio caso-control en pacientes del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima-Perú. REV.AnFacmed.2008;(fecha de acceso: 02/03/2018)69(1):22-8.Disponible en: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/1176>
26. Fuller N.Adolescencia y juventud en América latina, 1ª edición. Costa rica:adolescencia y juventud,2001:493-293.Disponible en:<https://www.binasss.sa.cr/adolescencia/Adolescenciayjuventud.pdf>

27. Morillo J.B. Montero L. Lactancia materna y relación materno filial en madres adolescentes. Rev. enfermería global, 2010; (fecha de acceso: 07/11/2011). 19(1695-6142) Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n19/reflexion4.pdf>
28. Olivares F. La familia, Cuna del amor y la alegría. 2012. / (fecha de acceso: 31/07/2018). Disponible en: <https://ronnytrabajosocial.wordpress.com/category/tipos-de-familia>.
29. Enciclopedia británica en español 2009. La familia conceptos y evolución. Disponible en: (http://cvonline.uaeh.edu.mx/Cursos/BV/S0103/Unidad%204/lec_42_LaFam_ConcTip&Evo.pdf, acceso en línea: 4/08/18.)
30. Valoración enfermera de la familia. Guía básica. Disponible en: (https://rodas5.us.es/file/e15d054f-757a-3d84-0345-64a4e1d00969/1/guiavaloracionenred_SCORM.zip/page_22.htm, fecha de acceso: 01/08/18).
31. Arias C. Carmona I. Castaño J. Funcionalidad familiar y embarazo, en adolescentes que asisten a controles prenatales en centros de ASSBASALUD ESE, Manizales Colombia, 2012. Archivos de Medicina Col. 2013, (fecha de acceso: 13/03/2018) 13. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273829753004>
32. Sena B. Ramírez R. Caracterización de la lactancia materna en madres adolescentes. Rev de Ciencias Médicas de Pinar del Río, 2014. (Fecha acceso 31/07/18) 18, (4, p. 574-589). Disponible en: <http://www.revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/1816>.
33. Ramírez D. Casas O. Funcionalidad familiar de las adolescentes embarazadas derechohabientes de la umf no.75 del imss, Nezahualcóyotl estado de México 2012. (tesis de licenciatura)

- .Mexico:Creative Commons,Universidad Autónoma del Estado de México ; 2013.
34. Ardila S. El apoyo familiar como uno de los pilares de la reforma de la atención psiquiátrica Consideraciones desde una perspectiva psicosocial. Rev. Colombiana de Psiquiatría.2009; (fecha de acceso 31/0718); 38 (1). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v38n1/v38n1a09.pdf>ISSN.
 35. Cardalda E. Factores facilitadores y dificultades para una lactancia exitosa en diferentes grupos ocupacionales de madres puertorriqueñas. Revista Puertorriqueña de Psicología.2012:(fecha de acceso: 31/07/18); 23 (1). Disponible en: [file:///C:/Users/user/Desktop/Downloads/Dialnet-FactoresFacilitadoresYDificultadesParaUnaLactancia-4000239%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/user/Desktop/Downloads/Dialnet-FactoresFacilitadoresYDificultadesParaUnaLactancia-4000239%20(2).pdf).
 36. Costa C. Werneck L. Hasselmann M. Red y apoyo social y prácticas alimentarias de niños en el cuarto mes de vida.Rev. ciencia y salud colectiva.2013; (fecha de acceso: 06/05/2018);18 (2,1413-8123). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000200008&lng=pt&tlng=pt.
 37. Pinilla E. Domínguez CC. García A. Madres adolescentes, un reto frente a los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva.Rev. EnfermGlob. 2014.(fecha de acceso:06/10/17); 13 (33). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000100004
 38. Valenzuela S. Vásquez E. Gálvez P. Factores que influyen en la disminución de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida: revisión temática y contexto en Chile.Rev.int salud materno

- fetal.2016.(fecha de acceso:30/07/2018);1 (7). Disponible en:<http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/143158/Factores-que-influyen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
39. Rondon P. Factores de riesgo asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en niños de 6 meses que acuden al servicio de crecimiento y desarrollo del centro de salud conde de la vega baja lima.[Tesis doctoral].Perú: repositorio académico USMP. Escuela profesional de enfermería, 2015.
 40. Pino J. Factores que inciden en la duración de la lactancia materna exclusiva en una comunidad rural de Chile.Rev. chil. nutr.2013. (fecha de acceso: 30/07/18); 40 (1). Disponible en:https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S071775182013000100008&script=sci_arttext&tIng=en.
 41. Busto R. Determinación de factores de riesgo asociados al abandono precoz de la lactancia materna exclusiva en lactantes menores de 6 meses.Rev. Méd. Elect. 2008. (fecha de acceso: 30/07/2018); 30, (3). Disponible en: <http://revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/500/pdf>
 42. Piñeros B. Camacho N. Factores que inciden en la suspensión de la lactancia materna exclusiva.Rev. Orinoquia.2004. (fecha de acceso: 30/07/2018);8(1):6-14.Disponible en : <http://goo.gl/1qROgE>
 43. Niño. R. Silva. G. Atalah. E. Factores asociados a la lactancia materna exclusiva) Rev.ChilPediatria.2012. (fecha de acceso: 06/05/18); 83 (2): 161-169. Disponible en: [file:///C:/Users/user/Desktop/Downloads/Factores asociados a la lactancia matern%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/user/Desktop/Downloads/Factores%20asociados%20a%20la%20lactancia%20matern%20(2).pdf).

44. ESE hospital local Cartagena de indias. Disponible en: (<http://esecartagenadeindias.gov.co/> fecha de acceso: 05/12/2018).
45. López R. Prácticas de lactancia materna en adolescentes de Cartagena. Cartagena, 2016. Trabajo de grado (enfermero(a)) universidad de Cartagena. Facultad de enfermería.
46. SIBCAPS Sistema de Información de Base Comunitaria para Atención Primaria en Salud 2012. Disponible en: (https://www.paho.org/col/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-ops-oms-colombia&alias=1345-tarjeta-familiar&Itemid=688, fecha de acceso: 10/07/18).
47. Servicio Andaluz de salud. Cuestionario duke-unc. Disponible en: (http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/cuestionario_duke_unc.pdf fecha de acceso: 01/08/18).
48. Parra B. Silvera S. Morales M. Encuesta de lactancia materna. Cartagena. universidad de Cartagena (facultad de enfermería).
49. República de Colombia y ministerio de salud. Disponible en: (http://www.urosario.edu.co/EMCS/Documentos/investigacion/resolucion_008430_1993/ fecha de acceso: 15/07/18).
50. Lopez R. Covilla M. Factores culturales y sociales asociados a la práctica de lactancia materna exclusiva en mujeres de san Basilio de palenque, 2018, trabajo de grado (enfermero (a)), universidad de Cartagena. Facultad de enfermería.
51. Aduña B. Determinantes de la lactancia materna exclusiva en bebés menores de seis meses de edad en Hawassa, un entorno urbano. Etiopía. International Breastfeeding Journal. 2017. (fecha de acceso: 29/07/2019) . 12, pp. 45. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5669024/>.

52. Ayawine A. Determinantes de la lactancia materna exclusiva: un estudio de dos subdistritos en el distrito de Atwima Nwabiagya de Ghana. *The Pan African Medical Journal*. 2015. (fecha de acceso: 29/07/2019). 22, pp. 248. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4764318/>.
53. Rius J. factores asociados al inicio de la lactancia materna y razones de la madre para la toma de su decision. *Acta pediátrica Española*. 2015. (fecha de acceso: 23/07/19). 73, (p 65-72. Disponible en: <http://www.actapediatrica.com/index.php/secciones/nutricion-infantil/1085-factores-asociados-al-inicio-de-la-lactancia-materna-y-razones-de-la-madre-para-la-toma-de-su-decision#.XUnfAPIzbIU>
54. Wallenborn J. El papel del reconocimiento de paternidad en la no lactancia materna. *Journal of Human Lactation*. 2018. (fecha de acceso: 29/07/2019). 34(4) 737-744. Disponible en: <https://journals-sagepub-com.unicartagena.basesdedatosezproxy.com/doi/pdf/10.1177/0890334417743209>
55. Rodríguez F. De león R. Factores relacionados a la lactancia materna exclusiva en panamá, *Rev. Med.* 2017. (fecha de acceso: 23/07/19). 37(2). Disponible en: http://www.revistamedica.org/index.php/rmdp/article/view/435/0?fbclid=IwAR3Mz7fvPHCf5HQ8BvmB81xDjGGm_wB1V4z-eyobpTKDJDOJ7OazdkRrZaY.
56. Herrero L. Como influyen diferentes factores psicosociales en el abandono precoz de la lactancia materna. *Rev. Ciencias médicas la habana*. 2009. (fecha de acceso: 24/07/19); 15 (3). Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/436/html>.

57. Rangel J.L. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. Revfacmed unam. 2004.(fecha de acceso: 23/07/18),47, (1),pp.1-4. Disponible en:<https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2004/un041g.pdf>
58. Yocondra S. Funcionalidad familiar e índice de apego en madres con lactancia materna exclusiva atendida en el hospital San Vicente de Paul de pasaje, 2016.trabajo de grado (medicina familiar y comunitaria).universidad nacional de Loja. Área de la salud humana.
59. Ratnasari D. Paramashanti BA. Hadi H. Yugistyowati A. Astiti D. Nurhayati E. Family support and exclusive breastfeeding among Yogyakarta mothers in employment. Asia Pacific journal of clinical nutrition. 2017. (fecha de acceso: 23/07/19) 26(Supplement):S31. Disponible en:<http://web.b.ebscohost.com.unicartagena.basesdedatosezproxy.com:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=2ca75afa-991f-463a-847f-b0c2f5f76333%40sessionmgr101>.

ANEXOS: 1

FICHA FAMILIAR:

FECHA DE APERTURA:
 PROCEDENCIA:
 DIRECCION:
 CICLO VITAL FAMILIAR:
 RELIGION:
 INGRESOS FAMILIARES:

FAMILIA:
 JEFE DE HOGAR:
 TIPO DE FAMILIA:

INTEGRANTES DE LA FAMILIA

Nº	Nombre y apellidos	Sexo 1: M 2: F	Edad (años) m(meses) d(días)	Estado civil 1. Soltero 2. Casado 3. Separado 4. Viudo 5. U. libre 6. Otros	Parentesco familiar 1: jefe 2: Conyugue 3: Hijo(a) 4: Hermano(a) 5: Padre o madre 6: Otros	Tipo de afiliación 1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Sisben 4. Ninguno	Número de la EPS	Ocupación 1. Empleado 2. T. independiente 3. Ama de casa 4. Jubilado pen. 5. Desempleado 6. Estudiante 7. No aplica	Escolaridad 1: Ninguno 2: Prim Compl 3: Prim Incompl 4: Sec. Comp. 5: Sec. Incomp. 6: Técnica 7: Universidad 8: Postgrado 9: Otros	Programa de Prom. Y Prev. al que pertenece	Grupo de Atención Especial 1: Desplazado 2: Afrodescendiente 3: Indígena 4: No aplica	Discapacidad 1: Motora 2: Auditiva 3: Visual 4: Del habla 5: Mental 6: Otra 7: Ninguna
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												

Anexo.2

APGAR:

Para el diligenciamiento del APGAR por favor leer cada una de las preguntas con mucha atención y marcar con una X la casilla correspondiente: Casi siempre, a veces o casi nunca

APGAR	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA
Yo estoy satisfecho con el apoyo que recibo de mi familia cuando algo me molesta			
Yo estoy satisfecho con la forma en que mi familia habla de las cosas y comparte los problemas conmigo.			
Yo estoy satisfecho con la forma en que mi familia acepta y da apoyo a mis deseos de emprender nuevas actividades o direcciones.			
Yo estoy satisfecho con el modo en que mi familia expresa sus afectos y responde a mis emociones, tales como tristeza, rabia, amor.			
Yo estoy satisfecho con la forma en que mi familia y yo compartimos el tiempo, el dinero y el espacio.			
APGAR: Por cada ítem contenido en el siguiente formato debes seleccionar la opción que correspondas según su condición.			

Anexo.3

CUESTIONARIO DUKE-DUKE-UNC

En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación, según los siguientes criterios:	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como Deseo	Tanto Como lo deseo
	1	2	3	4	5
1. Recibo visita de mis familiares y amigos					
2. Recibo ayuda con asuntos relacionados a mi casa.					
3. Recibo elogios y reconocimiento cuando hago bien mi trabajo.					
4. Cuento con personas que preocupan por lo que me sucede.					
5. Recibo amor y afecto.					
6. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa.					
7. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares.					
8. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos.					
9. Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas.					

10. Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida.					
11. Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la casa.					
PUNTUACION TOTAL:					

Anexo.4

ENCUESTA SOBRE LACTANCIA MATERNA

La siguiente encuesta consta de 5 preguntas con opción única respuesta la cual debe marcar con un círculo la que corresponda: A, B, C, y D. por favor leer con mucha atención.

1. ¿Cuántas horas o días duro después del parto para comenzar la lactancia materna?
A menos de 12 horas
B de 12 a 24 horas
C 30 días
D más de 30 días
 2. ¿Cuántos días, meses duro alimentando a su hijo solamente con lactancia materna exclusiva?
A menos de 31 días
B de 1 mes a 3 meses
C de 4 meses a 6 meses
D más de 6 meses
 3. ¿Cuántos días, o meses duro para comenzar la alimentación complementaria?
A menos de 31 días
B de 1 mes a 3 meses
C de 4 meses a 6 meses
D más de 6 meses
 4. ¿Cuántos días o meses demoro para alimentar a su hijo con agua, jugos, y sopas?
A menos de 31 días
B de 1 mes a 3 meses
C de 4 meses a 3 meses
D más de 6 meses
 5. ¿Qué edad tenía su hijo(a) cuando dejo de amamantarlo?
A menos de 30 días
B de 1 mes a 3 meses
C de 4 meses a 6 meses
D más de 6 meses.
-

Anexo.5

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo: _____ identificado con CC N° _____, Certifico mi aceptación para la participación en la investigación "Factores que favorecen el abandono de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes de Cartagena/Bolívar, 2018" la cual tiene como objetivo, Determinar los factores socio-familiares asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes del área urbana de la ciudad de Cartagena. En donde se desarrollarán las siguientes actividades:

1. Una encuesta de fácil desarrollo donde la madre adolescente se le preguntará y responderá acerca de su tipología familiar, funcionalidad familiar, apoyo familiar y factores sociales.
2. El riesgo que corre el menor en la participación de dicha investigación es del riesgo mínimo según las consideraciones éticas de la resolución 8430 de 1993.

Esta investigación tiene como investigador principal a: Carmen Elena Díaz Montes identificado con CC: docente de la Universidad de Cartagena y como investigadoras secundarias: Marian Melisa Morales Murieles, Sarai Silvera Oviedo y Brenda Esther Parra Acevedo; Estudiantes de enfermería de la universidad de Cartagena.

Los resultados de esta investigación serán publicados teniendo presente en todo momento el respeto a la intimidad, confidencialidad de información y dignidad humana, los cuales se socializarán de manera grupal y se estima que ayuden en el aumento de conocimientos en la temática. Cabe resaltar que los investigadores se hacen responsables de los costos de la investigación, también se respetará la acción de retiro de la madre adolescente en la participación de dicha investigación; con la condición de que usted informe oportunamente a los investigadores sobre su decisión.

Por ultimo me hago responsable en el seguimiento de las indicaciones por parte de los investigadores dentro del desarrollo del proceso investigativo y confirmo mi participación.

Para constancia firmo el presente documento en la ciudad de Cartagena a los ____ días del mes _____ del año _____

Firma:

_____ CC: _____ De _____

Testigo:

_____ CC: _____ De _____

ANEXO. 6

TABLAS DE RESULTADOS

TABLA 1. Duración de la práctica de lactancia materna exclusiva y complementaria de las madres adolescentes con hijos menores de 1 año inscritos al programa de crecimiento y desarrollo de la ESE Cartagena de indias.

INICIO DE LME	N	%
Menos de 12 horas	201	84,5
De 12 a 24 horas	32	13,4
31 días	4	1,7
Más de 31 días	1	,4
DURACION DE LME	N	%
Menos de 31 días	69	29,0
De 1 mes a 3 meses	85	35,7
De 4 meses a 6 meses	72	30,3
Más de 6 meses	12	5,0
INICIO DE LMC	N	%
Menos de 31 días	56	23,5
De 1 mes a 3 meses	63	26,5
De 4 meses a 6 meses	92	38,7
Más de 6 meses	27	11,3
INICIO DE AGUA, JUGOS Y SOPAS	N	%
Menos de 31 días	56	23,5

De 1 mes a 3 meses	65	27,3
De 4 meses a 6 meses	97	40,8
Más de 6 meses	20	8,4
FIN_ DE LM	N	%
Menos de 31 días	5	2,1
De 1 mes a 3 meses	5	2,1
De 4 meses a 6 meses	8	3,4
Más de 6 meses	220	92,4
PREVALENCIA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	35,2%	35,2%
TOTAL	238	100

Fuente: encuesta de lactancia materna.Cartagena.2019

Tabla2. Características socio demográficas de las madres adolescentes con hijos menores de 1 año inscritos al programa de crecimiento y desarrollo de la ESE Cartagena de indias.

PROCEDENCIA	N	%
Rural	56	23,5
Urbano	182	76,5
EDAD	N	%
15	29	12,2
16	37	15,5
17	38	16,0
18	64	26,9
19	70	29,4
ESCOLARIDAD	N	%
Primaria completa	13	5,5
Primaria incompleta	13	5,5
Secundaria completa	71	29,8
Secundaria incompleta	129	54,2
Técnica	11	4,6
Universidad	1	,4
ESTRATO SOCIAL	N	%
1	228	95,8
2	7	2,9
3	3	1,3
ESTADO CIVIL	N	%

Soltera	41	17,2
Casada	2	,8
Separada	8	3,4
Unión libre	187	78,6
AFILIACIÓN AL SISTEMA DE SALUD	N	%
Contributivo	4	1,7
Subsidiado	233	97,9
Ninguno	1	,4
OCUPACION	N	%
Empleado	4	1,7
t. independiente	8	3,4
Ama de casa	154	64,6
Desempleado	3	1,3
Estudiante	69	29
RELIGION	N	%
Cristiano	61	25,6
Católico	165	69,3
Otro	7	2,9
Ninguna	5	2,1
INGRESOS	N	%
1 SMVM	178	74,8
2 SMVM	60	25,2
GRUPO DE	N	%

ATENCION ESPECIAL		
Desplazado	4	1,7
Afro descendiente	1	,4
No aplica	233	97,9
PROGRAMA DE PROMOCION Y PREVENCIÓN	N	%
Planificación familiar	75	31,5
Control prenatal	1	,4
Otro	2	,8
Ninguno	160	67,2
Total	238	100

Fuente: encuesta sociodemográfica o ficha familiar.Cartagena.2019

Tabla 3. Factores familiares de las madres adolescentes con hijos menores de 1 año inscritos al programa de crecimiento y desarrollo de la ESE Cartagena de indias.

TIPO DE FAMILIA	N	%
Familia nuclear completa	67	28,2
Familia extensa	149	62,6
Familia monoparental	11	4,6
Otro tipo de familia	11	4,6
CICLO VITAL FAMILIAR	N	%
Crianza inicial de los hijos	70	29,4
Con niños pre escolares	12	5,0
Con niños escolares	2	,8
Con hijos adolescentes	76	31,9
Plataforma de lanzamiento	78	32,8
RELACION CON EL JEFE DEL HOGAR	N	%
Suegros	72	30,3
Padres	75	31,5
Cónyuge	68	28,6
Otros	23	9,7

TOTAL	238	100
--------------	------------	------------

Fuente. Encuesta socioeconómica o ficha familiar. Cartagena.2019

Tabla 4. Funcionalidad familiar de las madres adolescentes con hijos menores de 1 año inscritos al programa de crecimiento y desarrollo de la ESE Cartagena de indias.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	N	%
Buena funcionalidad	107	45,0
Disfuncionalidad	112	47,1
Disfuncionalidad severa	19	8,0
Total	238	100

Fuente. Apgar familiar Cartagena. 2019

Tabla 5. Apoyo familiar percibido por las madres adolescentes con hijos menores de 1 año inscritos al programa de crecimiento y desarrollo de la ESE Cartagena de indias.

APOYO SOCIAL	N	%
Apoyo social normal	184	77,3
No apoyo social	54	22.6
Total	238	100

Fuente. Cuestionario Duk-Duke. Cartagena. 2019

Tabla. 6 Asociación de los factores socio familiares en relación a la práctica de lactancia materna en madres adolescentes con hijos menores de un años inscritos al programa de crecimiento y desarrollo de la ESE Cartagena de indias.

Variables	OR	I.C. 95% para OR	
		Límite Inferior	Limite Superior
Proceder del área urbana	1,179	0,612	2,274
Pertenecer a una familia nuclear	7,442	1,610	34,395
Tener pareja	1,666	0,828	3,352
Ser ama de casa/ desempleada	1,602	0,897	2,861
Tener secundaria completa	1,184	0,665	2,106
Tener apoyo familiar	0,570	0,289	1,122
Tener funcionalidad familiar	0,786	0,461	1,341

Fuente. Encuesta sociodemográfica o ficha familiar, Apgar familiar, cuestionario Duk-Duke, encuesta de lactancia materna. Cartagena 2019