

**CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EN GESTORAS
EDUCATIVAS MADRES FAMI DE UNA FUNDACIÓN EN CARTAGENA**

Investigadores:

Mónica Cohen Villalba

Marisol García Ricardo

Diana Palencia Pérez

Rossana López Saleme

Universidad de Cartagena

Facultad de Enfermería

Cartagena-Colombia

2016

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	4
1. INTRODUCCION.....	5
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
2.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	11
3. OBJETIVOS.....	12
4. MARCO TEORICO	13
5. METODOLOGÍA	30
5.9 CONSIDERACIONES ETICAS.....	33
6.RESULTADOS.....	35
7.DISCUSIÓN.....	38
8. CONCLUSIONES	46
RECOMENDACIONES.....	47
BIBLIOGRAFÍA.....	48
ANEXOS.....	59

LISTA DE TABLAS

Tabla 1.....	64
Tabla 2.....	65
Tabla 3.....	66
Tabla 4.....	68
Tabla 5.....	70
Tabla 6.....	70
Tabla 7.....	71
Tabla 8.....	71
Tabla 9.....	71
Tabla 10.....	72
Tabla 11.....	72
Tabla 12.....	73

LISTA DE ANEXOS

ANEXO N°1	59
ANEXO N°2	60
ANEXO N° 3	64

RESUMEN

Introducción: La lactancia materna es el alimento ideal para los menores de seis meses, práctica que ha decaído en las últimas décadas, razón por lo que las instituciones de salud y de protección a la infancia han incorporado estrategias para aumentarla. En Cartagena, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar a través de las gestoras educativa "Madres FAMI", llega a las mujeres lactantes; las FAMI poseen conocimientos sobre esta práctica, pero se desconocen sus fuentes y su nivel.

OBJETIVO: Determinar los conocimientos sobre lactancia materna en gestores educativas de una fundación de Cartagena

MÉTODO: Estudio descriptivo de corte transversal con participación de 214 gestoras educativas "Madres FAMI", el instrumento utilizado fue una encuesta con preguntas validadas por expertos.

RESULTADOS: Los conocimientos de las gestoras educativas son adecuados en conceptos de Lactancia materna exclusiva (LME) en 79% y destete en 53.3%; el 100% conoce las ventajas de calostro pero no la consideran un tipo de leche. Respecto a los beneficios de la LM y los factores que la afectan el 100% tiene conocimiento adecuado, sin embargo solo el 10% tiene conocimientos sobre tiempos de almacenamientos.

CONCLUSIONES: En relación a los conocimientos sobre lactancia materna en las Madres FAMI se evidencia que poseen un conocimiento adecuado en concepto de LME, destete, beneficios de LM, factores y razones para su abandono.

PALABRAS CLAVES: Lactancia materna, Conocimiento, Capacitación. (DeCs).

1. INTRODUCCION

La leche materna es el mejor alimento para el lactante durante los primeros meses de vida. Cubre las necesidades nutricionales para su adecuado crecimiento y desarrollo físico y desde el punto de vista emocional le asegura el establecimiento de un buen vínculo madre-hijo y una adecuada relación de apego seguro con su madre. Esta es vital en los lactantes, debido a que repercute en su futuro; cabe destacar que hoy por hoy, según los índices de prevalencia la práctica de la LM ha disminuido a causa del abandono precoz de la misma. [1]

Debido a esta problemática la OMS invita a que se encuentren estrategias para favorecer la lactancia materna y dentro de estas encontramos: Los hospitales amigos, mujer e infancia; la formación de grupos de apoyo Madre-Madre, La Liga de la Leche Internacional (LLLI). En Colombia se inició un programa bajo el nombre de Madres FAMI (Estrategia incursada por el Instituto Colombiano del Bienestar Familiar ICBF). [2, 3, 4]

Hay estudios como el de Soto, F. y Casanova, H [5] reportan como se manejan las instituciones, como es la práctica, conocimiento y actitudes de las madres pero se desconoce como es el conocimiento que tienen las gestoras para impartir orientación a sus usuarias; de allí surge esta investigación, de conocer el panorama del conocimiento sobre lactancia materna, que poseen los grupos de la ciudad que impactan diariamente en la comunidad. [6]

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La lactancia materna (LM) es el primer alimento natural para los lactantes, es un legado de nuestros antepasados, la cual se le ha dejado de dar la importancia que tiene [7]. El poco conocimiento que posee la sociedad sobre los beneficios de la LM, influye en la baja prevalencia en la práctica de la misma, lo cual se constituye en un problema de salud pública por afectar la nutrición infantil. Se han realizado múltiples intervenciones, desde la época de los 90, [8] y con el transcurrir del tiempo se han incrementado, con el ánimo de aumentar los indicadores de lactancia materna exclusiva, pero los patrones de lactancia aún se encuentran muy lejos del nivel recomendado [1].

La OMS informa que aproximadamente un tercio, alrededor del 36% de los recién nacidos reciben lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida. A nivel continental el panorama se muestra así: en África subsahariana se dio un avance significativo, el índice se duplicó del 15% al 32%, en el Sur de Asia y de Medio Oriente/África del Norte también aumentaron del 43% al 47% y del 30% al 38% entre 1990 y 2004, respectivamente [1].

En América Latina y el Caribe solo el 38% de los niños son alimentados con leche materna exclusiva (LME) durante los 6 primeros meses. La OPS y la OMS indican que existe una resistencia al cambio por lo que se evidencia en la incidencia de la alimentación con LME de algunos países en los últimos 20 años, en República Dominicana se ha estancado (8%), En México ha disminuido (20% a 14,5%); sin embargo otros países han demostrado un progreso, como Colombia (15% a 43%) [9].

El déficit en la práctica de lactancia materna ha sido abordada desde varios puntos de vista; entre las que se encuentra: las usuarias [10], los profesionales [11], los

problemas de infraestructura hospitalarias [8] y los grupos de apoyo; los resultados obtenidos han permitido crear programas promotores de práctica de LM en lugares donde esta problemática era considerada una emergencia. Entre estas iniciativas La Liga de la Leche Internacional (LLLI) hizo una sugerencia motivado por la difícil situación, e instauró los grupos Madre-Madre, los cuales están conformados por madres de cualquier edad, capacitadas por *The Infant & Young Child Nutrition* (TIYCN), sobre temas de nutrición y lactancia, con deseos de colaborar en el problema de LM, sobre todo a las madres primerizas. [12]

La LLLI propuso internacionalizar en 66 países, esta idea para aumentar la práctica de la LM con el fin de disminuir la tasa de mortalidad infantil. [13] Green, [14] en su estudio, muestra la organización que tienen las instituciones de apoyo a la lactancia materna en cada país, por ejemplo: Estados Unidos y países de Europa, exponen que los efectos a raíz de la formación han sido óptimos sobre el aumento de los porcentajes de LM, al igual que otros países en vía de desarrollo en Suramérica, como Honduras y Guatemala. Esto se debe a la inducción, instrucción y evaluación para con las madres voluntarias en los diferentes tópicos en los cuales se desea crear consciencia y cambios [14].

Actualmente en países como Kenia y Colombia se identifican problemas en la estructura del apoyo, por incumplimiento a lo propuesto por la LLLI, quien hizo énfasis a la capacitación de la madre voluntaria. Muruka C y Ekisa H [15] muestran en su estudio que en Kenia el número de intervenciones educativas han aumentado, sin embargo, la evaluación concluyó que no había pruebas de impacto en la población intervenida en el programa de apoyo después de un año de aplicación. Revelando así una baja comprensión de la información brindada por los promotores educativos; demostrando las falencias en el nivel de conocimiento de las madres voluntarias.

En Colombia las acciones legales que defienden la práctica de la LM se dictaron en el año de 1996 con la Resolución 4288 que define el Plan de Atención Básica, que dicta: “acciones colectivas y de gran impacto en la comunidad, teniendo en cuenta que la lactancia materna es un factor protector de la salud, una acción de obligatorio cumplimiento en salud pública, su práctica reduce el riesgo de enfermar y morir por causas evitables, representa años de vida saludable, es altamente costo-efectiva, ética y socialmente aceptable [16].

En este mismo año, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) expide el Acuerdo 039, por el cual se dictan lineamientos y procedimientos técnicos y administrativos para la organización y funcionamiento de Hogares Comunitarios de Bienestar llamados FAMI (Familia, mujer e infancia). En su artículo 3º, se encuentra la propuesta para la “conformación de Grupos de Apoyo a la Lactancia Materna en cada Hogar Comunitario de Bienestar FAMI. Estos grupos se conformarán de acuerdo con lo establecido en el Plan Nacional de Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna” [16], esta es la versión de grupos Madre-Madre instaurado por (LLLI) en Colombia.

El ICBF como promotor educativo del proyecto en el país, se responsabilizó del adiestramiento de las madres voluntarias, llamadas Madres FAMI, con el fin de aumentar sus conocimientos, capacidades y habilidades en la educación de sus usuarias. Y de esta manera convertirlas en gestoras de salud, promotoras de una mejor alimentación, organización y promoción comunitaria, incrementándose la capacidad de organización y autogestión de los grupos [17].

Correa, G [18] en un estudio cualitativo sobre conocimiento que poseen las Madres FAMI, encontró que las gestoras tenían competencias en: tiempo de LM exclusiva, la composición de la leche materna, las ventajas de reforzar esta práctica, entre otros; demostrando que los conocimientos altos se ven motivados por el apoyo en el progreso personal, [18] sin embargo, no siempre se proporciona

este apoyo; en este sentido Amariles [19] demostró que; los métodos de educación que se emplean al brindar información actualizada a las Madres Fami de esta ciudad; son magistrales, es decir, no existe interacción entre los sujetos, dando como resultados falta de atención por las madres, inasistencias y mala interpretación de los conocimientos adquiridos, además, explica que existe una dificultad actual en los canales comunicativos entre las madres FAMI y el ICBF que no permite una retroalimentación mutua y además infunde desmotivación dentro del grupo de madres; finalmente creando problemas que se ven reflejados en el nivel de conocimiento de las gestoras educativas y demostrado en las prácticas de sus usuarias.

La ciudad de Cartagena de Indias, cuenta con 3 fundaciones que trabajan con Madres FAMI. Una de ellas, cuenta con 218 gestoras educativas Madres FAMI y aproximadamente 12 usuarios en cada hogar, entre gestantes, lactantes y niños menores de 2 años. Estas Madres FAMI educan a las usuarias 2 veces a la semana por dos años, desde la gestación. Las gestoras educativas expresan en cuanto a sus capacitaciones; que no hay una educación de calidad, es decir no brindan la información adecuadamente, lo que las lleva a un vacío en el conocimiento de este tema específicamente; esto se debe a diversos factores, algunos de los cuales pueden ser: falta de organización, escaso apoyo a estos grupos y focalización de la capacitación a otro tipo de población como madres gestantes, lactantes y personal de la salud [19].

Bernal, M. [10], describe que los conocimientos sobre lactancia materna, van dirigidos en su gran mayoría, a madres en sus diferentes etapas: gestantes, púerperas y posparto; Benjumea M [11], informa que en municipios caldenses el 20,2% de las madres no poseen el conocimiento adecuado sobre la LM, y el porcentaje restante no tiene la información teórica adecuada, están basados en historias familiares, mitos y asesoría preparto [13]. Los investigadores Soto y Casanova, muestran que el paso más importante hacia una práctica efectiva de la

lactancia materna es actualizando y brindando nuevos conocimientos a los profesionales que laboran en salud materno-infantil [5]. Por su parte Newman expresa desde su experiencia que los profesionales apoyan la lactancia materna, pero si por alguna situación se dificulta recomienda su suspensión [20]. Sin embargo los conocimientos sobre LM en las madres FAMI, gestoras educativas en la comunidad no han sido evaluados, por lo tanto no existe información diferencial sobre esta temática [19].

En Colombia *“Es muy poca la atención que se le brinda a las madres comunitarias, en cuanto a la educación que ellas reciben, por lo tanto en general no se puede hablar de estudios realizados sobre los impactos que genera la labor de la madre comunitaria; cuando se habla de ellas se parte de la visión que se tiene desde el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar”*, no se miran otros factores relacionados con el hecho de ser madre comunitaria; como sus conocimientos previos a las capacitaciones y posteriores a ellas [6].

Es de gran importancia saber los conocimientos de lactancia materna que tienen las gestoras educativas “Madres FAMI”, para de esta manera poder impactar en la promoción de esta práctica, debido a que con la formación adecuada, se puede contribuir a aumentar y transformar la práctica de lactancia en mujeres gestantes y lactantes de la comunidad a la cual pertenecen. De allí que sea pertinente tomar en cuenta no solo la experiencia como madres si no también los conocimientos que deben tener con soporte teórico, para que la información que proporcionen a las madres usuarias de sus servicios generen cambios significativos en la práctica de lactancia materna siendo esta, la primera fuente para el crecimiento y desarrollo de los niños y niñas de la ciudad de Cartagena, aportando a la prevención del aumento de enfermedades prevalentes en la primera infancia.

Cano [21] afirma que la Enfermera es el principal suministro de información sobre LM, ya que son conscientes de su gran importancia e innumerables beneficios

para los niños y las madres. Esta declaración demuestra la significancia de esta investigación, debido a que la indagación sobre los conocimientos que poseen las madres FAMI sobre lactancia materna, proporciona herramientas para la organización de programas educativos, dirigidos a este grupo en específico, resaltando el propósito principal que posee como profesional de Enfermería, el cual es, una participación activa en la defensa y promoción de la LM.

La presente investigación será fuente generadora de datos para futuras investigaciones u/o proyectos investigativos que se pretendan llevar a cabo sobre conocimiento de lactancia materna en los grupos de apoyo madres FAMI, tanto a nivel local, departamental, regional o nacional.

2.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los conocimientos sobre lactancia materna que tienen las gestoras educativas “Madres Fami” de una fundación en Cartagena?

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General:

Determinar los conocimientos sobre lactancia materna que tienen las gestoras educativas "Madres FAMI" de una fundación en Cartagena.

3.2 Objetivos Específicos:

- Caracterizar socio-demográfico al grupo de gestoras educativas "madres FAMI" de una fundación en Cartagena.
- Identificar los conocimientos sobre la lactancia materna exclusiva, mixta, relactancia y destete que tienen las gestoras educativas "madres FAMI" de una fundación en Cartagena.
- Identificar el conocimiento sobre los beneficios hacia la madre y el niño de la lactancia materna que tienen las gestoras educativas "madres FAMI" de una fundación en Cartagena.
- Identificar el conocimiento sobre factores que favorecen el mantenimiento o el abandono a la lactancia materna que poseen las gestoras educativas "madres FAMI" de una fundación en Cartagena.
- Describir los conocimientos que poseen sobre el proceso de extracción, conservación y mantenimiento de la leche materna que poseen las gestoras educativas "madres FAMI" de una fundación en Cartagena.
- Identificar los conocimientos sobre las redes de apoyo a la lactancia materna las gestoras educativas "madres FAMI" de una fundación de Cartagena.

4. MARCO TEORICO

La lactancia materna (LM) es una práctica que ha ido disminuyendo durante muchos años por distintos factores como la falta de conocimiento e información, mitos y creencias. Posteriormente se encuentra la incorporación de productos industriales como la leche artificial, la cual fue el detonante hacia el completo abandono de la LM. Los factores anteriormente mencionados han contribuido a que la población perdiera interés e información acerca de la importancia de la LM. [22].

En Colombia, la práctica de lactancia materna exclusiva es de corta duración 1,1 mes, con una mediana de 1,8 meses, y además, sumado a un inicio muy temprano de la alimentación complementaria [22].

La complementación de leche materna con otra leche y alimentos semisólidos y sólidos aumenta progresivamente desde el nacimiento (9 por ciento) hasta los nueve meses (67 por ciento), para luego descender hasta los 3 años (15 por ciento), debido a la suspensión de la leche materna [23].

Después del nacimiento, la leche materna es la responsable de mantener el nexo inmunológico madre-hijo, al suministrarle a este los elementos protectores, la mayoría de ellos células y factores solubles que están ausentes en el neonato. Durante la etapa del amamantamiento es el único momento en que el ser humano recibe todos los nutrientes necesarios de un único alimento por tiempo prolongado, que además debe ser apto para las características de inmadurez funcional del aparato digestivo, renal y del sistema inmunológico del niño pequeño. [24]

La lactancia materna está condicionada por múltiples factores relacionados con la madre, el niño o la niña, el ambiente físico y psicológico que rodean este importante proceso. [25] No conocer las ventajas de la LM y quienes son favorecidos o beneficiados por su utilización; convierte a las madres en seres con convicciones más débiles y vulnerables a mitos, tabúes e influencias negativas hacia la lactancia natural. [26]

Uno de los factores que contribuye al éxito de la lactancia materna es la información que la madre recibe sobre sus beneficios y técnicas, lo cual propicia la confianza y seguridad de las mujeres para amamantar a sus hijos. [2].

Los conocimientos y práctica actual de la LM son el resultado de una larga historia de interacción de factores biológicos, culturales y sociales. Un comportamiento en particular es más probable que ocurra si una persona tiene el conocimiento. La práctica de LM es más probable que ocurra si la madre tiene el conocimiento acerca de la lactancia. [27].

Conocimientos

El conocimiento es la suma de hechos y principios que se adquieren y retienen a lo largo de la vida como resultado de las experiencias y aprendizaje del sujeto originando cambios en el proceso del pensamiento, acciones o actividades de la persona. Estos cambios pueden observarse en la conducta del individuo y aptitudes frente a situaciones de la vida diaria, dichas actividades irán cambiando a menudo que aumenten los conocimientos [28].

El conocimiento se lleva a cabo básicamente a través de dos formas:

- **Conocimiento Científico o Formal:** Son aquellas representaciones verdaderas que pueden ser probadas y contrastadas científicamente por tener una base teórica en literaturas existentes dentro de nuestra vida social. Se manifiesta a través de un lenguaje más complejo [28].

En este ámbito se enmarca los profesionales del área de la salud, cuyos conocimientos en cuanto a lactancia materna deben tener justificación científica para la promoción de esta práctica.

En la Guía práctica para profesionales sobre la lactancia materna [29] se indican los conocimientos que debe tener el profesional sanitario sobre LM, entre estos encontramos: Los aspectos básicos de la LM, composición de la leche materna, Técnica del amamantamiento correcto, ventajas de la LM para el bebe, ventajas de la LM para la madre, ventajas de la LM para la sociedad, extracción y conservación de la leche materna, LM en el recién nacido pretermino, circunstancias que requieren una valoración Individualizada como lo son las Enfermedades infecciosas maternas, enfermedades no infecciosas maternas, enfermedades del lactante. Entre otros conocimientos que debe de tener el profesional de la salud encontramos los hábitos maternos que no contraindican la lactancia pero que se deben reducir o evitar como el consumo de alcohol, tabaco, cafeína. Falsas contraindicaciones de la LM como infecciones agudas comunes, Hepatitis A, Hepatitis B, diabetes mellitus, mastitis, pezón invertido, etc. Además debe de conocer e implementar los diez pasos de la OMS y UNICEF para favorecer la lactancia materna. Y por último tener conocimiento de los cuidado de situaciones especiales como patologías maternas y patologías del recién nacido. Además debe tener conocimientos sobre los fármacos en la lactancia [29].

Estudios previos demostraron que educar tempranamente sobre lactancia materna influye en la decisión de practicarla con la atención adecuada, lo que repercute la relación con el paciente y familiar en beneficio de la salud. [30] Los profesionales sanitarios tienen un papel esencial para lograr un cambio cultural que haga normal que la lactancia se prolongue hasta que madre e hijo mutuamente lo decidan [29].

- Conocimiento Ordinario o Informal: Son los conocimientos adquiridos en la vida cotidiana, a través de la experiencia que tiene una persona al

realizarse con el mundo durante toda su vida social y que son captados por los sentidos. Este conocimiento se manifiesta a través de un lenguaje simple y natural. Es por este sistema que las personas aprenden sobre su proceso salud – enfermedad y suelen complementarlo a su vez con otros medios como periódicos, volantes relatos y revistas de publicaciones en general [28].

En este ámbito podemos encontrar las madres que amamanta, en la cual su actitud positiva, el nivel de sensibilización y el conocimiento de los aspectos técnicos pueden ser de gran ayuda y decisivo para el éxito de la lactancia materna. [31].

Conocimientos de lactancia materna por usuarias

La mayoría de las madres actuales nacieron cuando la cultura de la lactancia materna llegó a su punto más bajo (finales de los años 60), pueden ser mujeres que desconozcan la lactancia natural y, sobre todo, que desconfían de su propia capacidad para lactar. [32] Por ello es importante insistir de manera individual para aclarar dudas e incidir en la información sobre:

- Beneficios de la lactancia materna.
- Técnicas correctas de amamantamiento.
- Evaluación de las mamas.
- Detección de factores de riesgo para la lactancia.
- Reconocer las verdaderas contraindicaciones para la lactancia
- Buena forma de amamantamiento. [32]

Es importante que las madres, tengan conocimientos sobre los beneficios de la LM, así como las técnicas de amamantamiento y de recolección, debido que al

contar con información integral de este proceso, se verían incentivadas a ser responsables con una nutrición y un desarrollo adecuado para sus hijos. [31]

El conocimiento de los beneficios de la lactancia materna, está asociado con la iniciación temprana y la duración de la lactancia materna y la iniciación tardía de fórmulas lácteas [28]. Sin embargo, el inicio, la forma y la duración de esta práctica no es el adecuado, debido a una falta de información en relación a aspectos de gran importancia como son el inicio temprano de LM, sus ventajas nutricionales y emocionales; horario a libre demanda, y técnicas de extracción y conservación de la leche materna, lo cual trae como consecuencia un alto índice de abandono del amamantamiento. [33]

El apoyo de base comunitaria, inclusive el que facilitan otras madres, los asesores en materia de lactancia natural profesionales y no profesionales, y los asesores en lactancia cualificados, pueden intervenir de forma eficaz para que las mujeres alimenten a sus hijos de forma apropiada. [3]

La lactancia está determinada por un cúmulo de saberes de las madres, los cuales se describen como el conjunto de conceptos y creencias que ellas tienen sobre la lactancia. Estos son el producto del intercambio de mensajes a través de generaciones, de las culturas y costumbres de las comunidades; y a ellos se suman los conceptos impartidos por los agentes de salud. Toda ésta información de carácter técnico, científico o del saber popular, es organizada y apropiada de manera racional por la madre y dentro de su lógica explica y justifica los comportamientos frente a la práctica de la lactancia. [8]

En los conocimientos informales también se enmarcan los grupos de apoyo madre a madre para la lactancia materna, estos representan mujeres ayudando a mujeres. Son pequeños grupos de embarazadas y/o mamás que están amamantando o han amamantado que se reúnen periódicamente con el fin de

compartir experiencias, apoyo e información adecuada acerca de la lactancia materna. El objetivo de los Grupos de apoyo a la lactancia materna (GALM) es crear un clima en el que se apoyé entusiastamente la lactancia materna, y se proporcionen los conocimientos técnicos y prácticos que son necesarios para practicar una lactancia exitosa. [4]

Se trata de ofrecer un espacio en el que las madres se sientan protagonistas y confiadas de expresar sus interrogantes y dificultades, compartiendo información adecuada y sugerencias prácticas acerca de la lactancia materna. De esta manera, disminuyen la diseminación de información y prácticas incorrectas, tendiéndose a su modificación. [4]

El abandono progresivo de la LM se ve reflejado en el deterioro del estado de salud en los niños, se puede corroborar con el aumento de enfermedades relacionadas con la baja respuesta inmunitaria, como son infecciones respiratorias, urinarias, gastrointestinales, entre otras [34]. Una de las problemática es la falta de información acerca de la práctica de lactancia materna como principal alimento en los primeros años de vida, por ende la OMS y el UNICEF han preparado conjuntamente la estrategia mundial para la alimentación del lactante y el niño pequeño con el fin de reavivar la atención que el mundo presta a las repercusiones de las prácticas de alimentación en el estado de nutrición, crecimiento y el desarrollo, la salud y en la propia supervivencia de los lactantes y los niños pequeños. La estrategia mundial se basa en pruebas científicas de la importancia de la nutrición en los primeros meses y años de vida y el papel fundamental que juegan las prácticas de alimentación correctas para lograr un estado de salud óptimo [3]

En Colombia se ha dedicado un gran esfuerzo por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, los entes territoriales, los prestadores de servicios de salud y algunas ONG para informar a las madres y a su grupo familiar sobre la

importancia y los beneficios de la lactancia materna, sin embargo, no se han alcanzado las metas trazadas en los planes [8]. En el país en respuesta el instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) a través de su experiencia a lo largo de la asistencia a familias y poblaciones creó el programa Familia, Mujer e Infancia (FAMI).

Gestoras educativas “Madres Fami”

El programa Familia, Mujer e Infancia (FAMI); son grupos organizados, liderados por mujeres voluntarias de la comunidad, comprometidas y responsables, encargadas de atender a las madres gestantes y lactantes, y a los niños hasta los dos años de edad. Pero sin ningún requisito de educación profesional previo. [6] Por esta razón el ICBF se responsabilizó de su educación con el objetivo de que mejoren sus capacidades y habilidades en el proceso formativo de los niños(as). Permitiendo de esta manera ampliar sus capacidades de reflexión y crítica para interpretar y recontextualizar sus conocimientos, prácticas y actitudes sobre la crianza, lactancia materna y educación sexual, convirtiéndose en gestoras de salud, promotoras de una mejor alimentación, organización y promoción comunitaria, incrementándose la capacidad de organización y autogestión de los grupos. [6] Estos hogares son lo que llama la UNICEF como grupos de apoyo madre-madre. [5]

Se ha corroborado que existe una respuesta positiva a una educación brindada por una mujer que ya fue madre, a la de un profesional de la salud que muchas veces no tiene experiencia en el área. Es normal que las mamás, se sientan en conflicto y dificultades que no son capaces de expresar, y creen que son las únicas que pasan por ciertas situaciones, pero al reunirse con otras madres encuentran apoyo e información acerca de sus necesidades y las anima a expresarse.[5] Además los Hogares FAMI; los cuales tienen como objetivo

principal, “Propiciar el desarrollo humano de los niños y las niñas menores de 2 años de familias con vulnerabilidad económica, social, educativa, cultural, nutricional, y/o psicoafectiva, a través de acciones de formación pedagógica integral y fortalecimiento humano a la familia, de organización y participación comunitaria que les permita mejorar sus condiciones de vida, promover el fortalecimiento de los vínculos paterno-filiales y el mejoramiento de las relaciones entre los miembros de la familia”. Trabajando activamente con niños, padres de familias y mujeres embarazadas, y teniendo como tarea principal asistir cumplidamente y participar en los eventos de capacitación y formación, como requisito para cumplir con los lineamientos establecidos para el óptimo funcionamiento del hogar comunitario [5].

La capacitación a las Gestoras educativas se comprende como un deber del Estado, a través del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) que busca la potencialización del programa, para dar un implemento a la profesionalización de estas. [35] Según La Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura (OEI), una evaluación realizada por el Banco Mundial, puntualiza varios aspectos referentes a este tema, entre ellos:

- El bajo nivel educativo de las madres comunitarias.[36]

Del total de usuarios reportados por los agentes educativos, 86% asisten a las sesiones educativas. Los temas tratados en las sesiones educativas, según los agentes educativos FAMI son: por encima del 90%: lactancia materna. Sin embargo, Las mujeres que son madres por primera vez suelen no escoger o abandonar la lactancia materna al momento de alimentar a sus bebés. Entre los motivos de abandono se han descrito causas como la hipogalactia, el regreso a la escuela o trabajo, indicación médica, causas relativas al pezón, enfermedad materna, trabajo materno y enfermedad por reflujo del recién nacido. Esta

situación motiva a las madres introducir alimentos diferentes a la leche materna antes de los seis meses. [37]

Se encontró que los conocimientos de las prácticas de las madres en relación con la alimentación de sus hijos, son producto de conjugar los conocimientos biomédicos con los conocimientos locales. Estos últimos son transmitidos de generación en generación y son aprendidos de otras mujeres de la familia, principalmente, de sus madres y de sus abuelas, a quienes las madres reconocen como fuentes de autoridad en el tema, lo que genera un desconocimiento total o parcial acerca del tema. [22]

Por lo tanto, al momento de brindar información y consejería a estas madres, se debe hacer énfasis en los términos bases de esta práctica, las Madres Fami deben de tener bases teóricas que evidencie el manejo de cada uno de los términos y que la información que proporcionen a las madres genere cambios.

Conocimientos de lactancia materna que manejan los grupos de apoyo

Entre los conocimientos sobre la práctica de lactancia materna que debe tener una Gestora Educativa “Madre Fami” encontramos los tipos de leche humana que se distinguen: La leche pre término la cual contiene mayor cantidad de proteína y menor cantidad de lactosa que la leche madura, siendo esta combinación más apropiada, ya que el niño inmaduro tiene requerimientos más elevados de proteínas [38].

El calostro, como plantea Castillo, este líquido amarillento y espeso posee gran cantidad de proteínas, minerales, células y factores solubles que están deficientes en el neonato, además contiene menos grasa e hidratos de carbono que la leche madura. [24] Es la leche especial que es secretada durante los primeros 2–3 días después del parto. Es producida en pequeña cantidad, aproximadamente 40–50

ml en el primer día, pero esta cantidad es la que normalmente el recién nacido necesita en ese momento. [39]

El calostro es fundamental para los primeros días del bebe, debido a alta cantidad de factores de defensa que favorecen al sistema inmune, además regula la digestión del bebe [38]. Este ha sido un blanco preferente de creencias erradas, siendo muchas veces considerado poco útil, inservible o incluso dañino, provocando que en muchos lugares sea desechado. [11] Es también llamada como la primera leche, muy diferente de la leche de transición y de la leche madura. [11]

La leche de transición es la leche que se produce entre el 4º y el 15º día postparto. Entre el 4º y el 6º día se produce un aumento brusco en la producción de leche (bajada de la leche), la que sigue aumentando hasta alcanzar un volumen notable. La leche de transición va variando día a día hasta alcanzar las características de la leche madura. En relación al calostro, esta leche presenta un aumento del contenido de lactosa, grasas, calorías y vitaminas hidrosolubles y disminuye en proteínas, inmunoglobulinas y vitaminas liposolubles. [40]

La leche materna madura se produce a continuación de la leche de transición, tiene una gran variedad de elementos, de los cuales sólo algunos son conocidos. El volumen promedio de leche madura producida por una mujer es de 700 a 900 ml/día durante los 6 primeros meses postparto, y aproximadamente 500 ml/día en el segundo semestre. [41]

La producción de leche, se identifica como una facilidad de la práctica de lactancia materna.

La administración de las leches anteriormente mencionadas, corresponde a la práctica de lo que la OMS llama LM, explica y demuestra por varias estadísticas

que la LM es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludable. [42]. En Colombia, alrededor del 96% de las mujeres empiezan a amamantar a sus hijos recién nacidos y un poco más de la mitad lo hace en la primera hora de nacido. [18] Su contenido nutricional e inmunológico está demostrado científicamente y corresponde exactamente a las necesidades de los seres humanos. [43].

Diversos estudios evidencian que la lactancia materna salva vidas, evita la morbilidad, la mortalidad, promueve el desarrollo físico y cognitivo óptimo, reduce el riesgo de contraer algunas enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación en la edad adulta. . [43] Los bebés alimentados con lactancia materna tienen menores tasas de enfermedades gastrointestinales y respiratorias, de otitis media y alergias, mejor agudeza visual y mayor desarrollo cognitivo y del lenguaje. [44].

Además la LM tiene efectos positivos en la salud de la madre, como una recuperación uterina más rápida después del parto, mejorías en la remineralización ósea y menores riesgos de mastitis, cáncer de seno y ovario. Contribuye a la pérdida del peso ganado en el embarazo, junto a una dieta saludable y realización de ejercicios. También, retrasa el inicio de la fertilidad, reduciendo los riesgos en la salud materna asociados a cortos intervalos entre nacimientos [42].

El aspecto afectivo entre la madre y el hijo se ve fuertemente realzado por el hecho de lactar, ya que contribuye a un estilo de apego más seguro.

Finalmente los beneficios para la sociedad son la disminución de la morbimortalidad infantil, se reducen los gastos en salud para el país y se favorece al medio ambiente sobre la importancia de mantener y suministrar un recurso fundamental para el desarrollo de la sociedad. [45] Sin embargo, a pesar de estos

conocidos beneficios, la práctica de la lactancia materna no es generalizada y aún se presentan factores que limitan una lactancia exclusiva durante los primeros seis meses de vida.

El estado nutricional de un niño menor de dos años, y en última instancia, su sobrevivencia hasta los 5 años, depende directamente de sus prácticas de alimentación. Por lo tanto, para mejorar la nutrición, la salud y el desarrollo de los niños entre 0 y 23 meses de edad es crucial mejorar sus prácticas de alimentación [46].

En las que se encuentran las prácticas de lactancia materna., que son:

- Lactancia materna exclusiva: Según la OMS es definida como “la alimentación del lactante con leche materna de la madre sin ningún suplemento sólido o líquido, lo que incluye el agua, con la excepción de solución de rehidratación oral, gotas o jarabes de suplementos de vitaminas o minerales o medicamentos”, esta práctica debe tener una duración de 6 meses; con el fin de brindar la nutrición necesaria para lograr un crecimiento y desarrollo saludable. [18]
- Lactancia mixta: Es el resultado de la combinación de la Lactancia Materna con la Lactancia Artificial, se emplea cuando la natural no es suficiente [47]. También lleva a que el suministro de leche materna disminuya a medida que el bebé succiona menos el pecho.[48]
- Relactancia: Es la lactancia restablecida, es decir; una mujer que ha interrumpido la lactancia de su hijo, recientemente o en el pasado, puede volver a producir leche para su propio hijo o para uno adoptado, incluso sin un embarazo adicional [49].

Estas son las diferentes formas de lactar utilizando el seno directamente, pero la Liga Internacional de la leche muestra que existe otra forma de lactar sin utilizar el seno materno de manera inmediata. Es por medio de extracción y almacenamiento de la LM. Esta se puede extraer de forma manual o con una bomba saca leche. Luego de esto, se deben seguir ciertas recomendaciones, basada en estudios realizados recientemente: [37]. Antes de almacenar leche materna se le debe escribir la fecha al envase.

Pautas para almacenamiento:

- Puede almacenarse a temperatura ambiente de 4 horas
- Refrigerarse hasta 12 horas
- Congelador se puede mantener hasta 15 días

Al ofrecerla al bebe se debe de calentar a baño maría.

Envase

Si se va a congelar la leche:

- Envases de plástico duro o vidrio aptos para alimentos
 - Bolsas especialmente diseñadas para el almacenamiento de leche materna
- Enfriar la leche en el refrigerador si se va a agregar a un envase que ya tiene leche congelada [50].

Los primeros dos años de la vida del niño son especialmente importantes, puesto que la nutrición óptima durante este periodo reduce la morbilidad y la mortalidad, así como el riesgo de enfermedades crónicas, y mejora el desarrollo general.

La OMS y el UNICEF recomiendan el inicio inmediato de la lactancia materna en la primera hora de vida; además proporcionar lactancia materna a demanda (es decir, tan a menudo como quiera el niño, tanto de día como de noche) para mejorar la práctica de LM. [51]. Las madres de recién nacidos normales (incluidos los nacidos por cesárea) que den pecho no deben tener ninguna restricción en

cuanto a la frecuencia o duración de las tomas. Se les debe recomendar que amamanten a sus hijos siempre que tengan hambre o cuando el niño quiera. [52].

No obstante, aproximadamente un 36% de los lactantes de 0 a 6 meses se alimentan exclusivamente con leche materna. [51]. y son destetados antes de los dos años de edad del niño. Tanto la OMS como UNICEF, como la AAP y el Comité de Lactancia de la Asociación Española de Pediatría, recomiendan la lactancia exclusiva hasta los seis meses de edad y que el destete se produzcan cuando la madre y el bebé así lo deseen, lo cual puede suceder más allá de los dos años del niño. [53]

El destete natural es llegar gradualmente al fin de una relación de amamantamiento entre una madre atenta a las necesidades de su hijo, y su hijo. A medida que el niño alcance su madurez, sus necesidades físicas y emocionales cambian y son satisfechas cada vez más a través de otros medios además de la lactancia materna. No hay una edad definida para que ocurra este proceso, la Academia Americana de Pediatría recomienda 12 meses, sin embargo la OMS y UNICEF recomiendan al menos dos años. [54].

Entre los factores que afectan la lactancia materna se presenta que a pesar que la mayoría de las mujeres son capaces de producir más leche de la que sus bebés necesitan, más de la mitad de las madres lactantes perciben que su producción de leche es insuficiente. Una madre puede afirmar que su leche no está “entrando” y que su bebé no está recibiendo la cantidad suficiente. Esta percepción errónea es más común durante el período posparto inmediato [18]

Para la decisión de destete prematuro, influyen seis factores: tres son demográficos y dependen de la madre: edad muy juvenil, escaso nivel educativo, bajo nivel socioeconómico. Dos son conductuales: condición de fumadora y no haber llegado a amamantar en ningún momento (o bien por muy escaso tiempo).

El último factor se relaciona con la atención de salud y consiste en la omisión por parte de los profesionales a cargo de brindar información u orientación adecuada con respecto a los posibles problemas. [18]

Las razones más frecuentes planteadas por las mujeres para suspender la lactancia materna han sido ampliamente documentadas y tienden a relacionarse con aspectos básicos de salud evitables, como: 1. El dolor en los pezones. 2. La preocupación por la suficiencia del suministro de leche. 3. La percepción de que el bebé no se sacia. 4. La percepción del daño que la lactancia puede ocasionar en el seno. [18]

De acuerdo a los conocimientos que se han descrito anteriormente sobre LM, estos pueden ser brindados a mujeres gestantes y madre con bebés neonatos o lactantes, por el personal de la salud, tales como: médicos, enfermeras, nutricionistas entre otros. Pero también pueden contribuir a la promoción, protección y apoyo de la práctica de la LM, mujeres líderes en su comunidad que poseen la experiencia de ser madres y abuelas, por medio de grupos de apoyo.

Van Esterik anualmente escribe una serie de documentos producidos por WABA (The World Alliance for Breast feeding Action), apoyando a los grupos que promueven la protección, promoción y apoyo de la lactancia materna. Explica que a pesar de los muchos beneficios que tiene la leche materna, y el apoyo que se tiene por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), existen muchos factores que inhiben a las familias poder escoger amamantar, entre ellos la falta de acceso a la información adecuada sobre los beneficios de la lactancia y además está la publicidad y la constante promoción de las leches de fórmulas infantiles eclipsando el bienestar natural que brinda la leche materna. [55]

Van Esterik afirma que los grupos madre a madre son apoyo para mamás que desean lactar, brindando información sobre experiencia práctica de manera informal. [55] El programa ofrece orientación en el autocuidado en la etapa de gestación, brinda herramientas sobre pautas de crianza, estrategias para el manejo del conflicto en la familia, orientación y formación en salud sexual y reproductiva, se brinda alimentación, cuidado, recreación y educación a niños menores de 7 años. En la actualidad se encuentra haciendo mucho énfasis en la educación sobre lactancia materna, para seguir con la línea de trabajo de WABA. Entre las investigaciones que soportan el desarrollo de los grupos de apoyo se encuentran: Muruka y Ekisa [15] Plantean que los grupos de apoyo de madre a madre son componentes principales de la iniciativa comunitaria amigos de los niños. Los grupos de apoyo madre a madre ayudan en la promoción y la captación mediante intervenciones nutricionales de alto impacto en la comunidad. Las intervenciones nutricionales de alto impacto que está promoviendo en la comunidad incluyen: Lactancia materna exclusiva durante seis meses; apropiada alimentación complementaria desde la edad de seis meses. El estudio concluyó que no había pruebas de impacto en la población de intervención del programa de apoyo de madre a madre después de un año de aplicación y recomendó que las intervenciones basadas en la comunidad a largo plazo, en colaboración con los sistemas de salud existentes, puedan ser necesarias para mejorar las tasas de lactancia materna exclusiva comunidades [15].

En otra instancia Handayani [56]. En su estudio realizado en Indonesia, mostró que las madres estaban en el alto nivel de conocimiento y actitud sobre la práctica de lactancia materna. Como resultado de intervenciones la mayoría madres practican la lactancia materna exclusiva (70,1%). El resultado estuvo en línea con los objetivos fijados por el programa grupo de apoyo Madre – Madre MSG para mejorar la práctica de la lactancia que incluye el conocimiento, habilidad, y la actitud. [27]

Otros estudios realizados, Kong y Lee, concluyeron que la madre con conocimientos es identificado como factor importante para influir en la elección de alimentación infantil.

A partir del resultado de este estudio, así como los otros estudios discutidos anteriormente, parece que el conocimiento es un factor predictivo de la lactancia materna. Casi todos los estudios mostraron que el conocimiento es importante para influir en la práctica de lactancia.

Handayani y Azlina [56] reportaron que en consecuencia, la mejora de la tasa de lactancia materna será producto de un empoderamiento del programa que en base a las peticiones de las madres que voluntariamente practican la lactancia materna, ayuda a acoger a las madres, a compartir sus problemas relacionados con la lactancia materna, y proporcionar a las madres con prácticas, conocimientos y habilidades relacionadas con la lactancia materna.

5. METODOLOGÍA

5. 1 Tipo de estudio: Descriptivo, debido a que se describieron los conocimientos de las gestoras educativas de Cartagena.

Los estudios descriptivos pretenden determinar la situación de las variables involucradas en el estudio en un momento dado con relación a su presencia o ausencia, la frecuencia con que se presenta un fenómeno, características de las personas, lugar y periodo donde ocurre. [57]

5.2 Universo

En Cartagena hay 3 fundaciones que agrupan a las gestoras educativas Madres Fami, trabajadoras del Instituto Colombiano bienestar familiar.

5.3 Población Diana Accesible

La población estuvo conformada por 218 Madres Fami de una fundación de la ciudad.

Muestra: El total de la población (Tipo censo).

5. 4 Criterios de inclusión:

Gestoras educativas madres Fami adscritas a la fundación que firmaron el consentimiento informado.

5.5 Criterios de Exclusión:

Ser trabajadora Fami, no adscritas a la fundación.

5. 6 Instrumento

El instrumento fue elaborado por el grupo de investigación direccionado por la tutora, inicialmente contó con 15 preguntas abiertas, con base en las variables: Perfil socio – demográfico, fuentes de información sobre lactancia materna, conocimiento sobre los tipos de lactancia materna, conocimientos sobre los

beneficios sobre la lactancia materna, conocimiento sobre factores y razones para no dar lactancia materna, conocimiento sobre tiempos en lactancia materna, extracción y mantenimiento de la leche materna, y redes de apoyo para la lactancia materna.

El diseño del instrumento se fundamentó en una revisión exhaustiva de varios instrumentos [58,59]. Entre los encontrados que evalúan conocimientos sobre lactancia materna, se encuentra como referente el estudio de García [60] Quien diseño un cuestionario, que indaga sobre objetivo del estudio; y consta de 25 preguntas de conocimientos sobre LM.

Para el presente estudio se realizó, la validación del instrumento por medio del método de validez facial con 5 expertos, quienes consideraron que era adecuado para su aplicación. La validación de los jueces dio un valor de kappa de 0.82.

Posteriormente a la validación de jueces, se realizó una prueba piloto, aplicándose el instrumento a un grupo de Madres FAMI; exponiendo a prueba la efectividad del mismo. Para verificar la reproducibilidad se realizó test y retest con una población conformada por 72 participantes que fueron intervenidos en dos tiempos diferentes, lo cual arrojó que el instrumento es consistente en su medición. También se observó la fiabilidad y Consistencia interna del instrumento el cual arrojó un alfa de Cronbach de 0,71.

El instrumento consta de dos aspectos para evaluar los conocimientos de las gestoras educativas “Madres Fami”:

Características de la Madres Fami, que se subdividió en:

Identificación, nivel de formación, edad, estrato, estado civil, años de trabajo y ocupación.

Características del conocimiento sobre lactancia materna de las Madres Fami.

Conceptos sobre lactancia materna: definición de la lactancia materna exclusiva, lactancia mixta, relactancia, destete, tipos de leche, ventajas de calostro y número de tomas.

Extracción y mantenimiento de lactancia: Tiempo, donde se averiguó el tiempo de dar lactancia materna, tiempo en bajar el calostro, tiempo de mantenimiento de la leche fuera de la nevera, en refrigeración y congelación.

Factores que afectan la lactancia y las razones para no dar lactancia.

Beneficios y redes de apoyo finalmente. Expresando cuales de ellas las apoyan en su labor.

Las respuestas fueron valoradas teniendo como base los conceptos establecidos por la OMS, la cual recomienda desarrollar y utilizar indicadores de la salud estandarizados [62]. Asumiendo las respuestas coherentes con la OMS y superiores al 50% como adecuado y como no adecuado inferiores al 50%.

5.7 Técnicas y Procesamiento de Recolección de Información

La recolección de la información se realizó en diferentes fases:

1. Entrenamiento del personal encuestador: El personal a cargo de aplicar las encuestas para la recolección de la información, recibió preparación previa de los procedimientos que debe seguir al momento de aplicar las encuestas referentes al tema de investigación.
2. Solicitar autorización de la fundación: Se solicitó el respectivo consentimiento informado y autorización de la fundación con la cual se pretendió llevar a cabo la investigación. Se informó cada uno de los procedimientos a realizar con las gestoras educativas “Madres Fami”.
3. Programar reunión informativa de las gestoras educativas “Madres Fami” Para solicitar su aprobación y su consentimiento informado.
4. Aplicación del instrumento: El instrumento se aplicó en un tiempo determinado de 20 a 30 minutos de duración, el personal encuestador resolvió cualquier duda sobre la formulación de la pregunta sin alterar la respuesta de la encuestada.

5.8 ANALISIS ESTADISTICO

Se llevó a cabo un análisis descriptivo. Toda la información fue almacenada en una base de datos en Excel, y se procesó en el paquete estadístico Epi-Info 7.2. Los estadísticos valorados fueron frecuencia y porcentaje para las variables cualitativas, promedio y desviación estándar para las variables cuantitativas.

5.9 CONSIDERACIONES ETICAS

De acuerdo con los principios establecidos a nivel internacional en el Informe Belmont y a nivel nacional en la Resolución 008430 de Octubre 4 del 1993 por la

cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Y debido a que esta investigación se consideró como Investigación sin riesgo y en cumplimiento con los aspectos mencionados en el Artículo 6 de la presente resolución, este artículo se desarrolló conforme a los siguientes criterios:

A. Principios Éticos Básicos

- Respeto a las Personas: El principio de respeto a las personas se divide en dos exigencias morales separadas: La exigencia de reconocer autonomía y la exigencia de proteger a aquellos con autonomía disminuida.
- Beneficencia: El concepto de tratar a las personas de una manera ética, implica no sólo respetar sus decisiones y protegerlos de daños, sino también procurar su bienestar.
- Justicia: Una injusticia ocurre cuando un beneficio al que una persona tiene derecho se niega sin razón válida.

B. Riesgos y Beneficios: No se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio.

C. Consentimiento Informado: El proceso de consentimiento informado puede ser analizado comprendiendo tres elementos: Información, comprensión y voluntad. Ver Anexo 1. Consentimiento informado].

La investigación se llevó a cabo cuando se obtuvo la autorización del representante legal de la institución investigadora, la institución donde se realizó la investigación y el consentimiento informado de los participantes.

6. RESULTADOS

214 gestoras educativas participaron en el estudio, con un promedio de actividad laboral de 17.9 y DE 9.3 años. Edad promedio de 43.85 y DE 9.72 años. El 53.3% (114) pertenece al estrato socio económico 1, el 90.2% reside en zona urbana y el 9.8% en zonas rurales; el 43.5% (93) son casadas y el 32.7% (70) vive en unión libre. Con relación a la formación se encontró que el 55.6% (119) tiene estudios técnicos y el 1.4%(3) tienen universidad incompleta. Ver **Tabla 1**.

Las gestoras educativas FAMI expresan que la información que han obtenido acerca del tema de la lactancia materna vienen de 3 fuentes; La primera fuente es el *personal de salud*, en el cual las enfermeras lideran con 19.2%(41), la segunda fuente es *el personal de la comunidad*, en este el 25.2%(54) refieren que la principales son las madres comunitarias y la tercera fuente es *el personal de la familia* quienes reportan que la madre es la mayor fuente con el 9.3%(20). Ver **Tabla 2**.

Conocimientos sobre Lactancia Materna: Lactancia Materna Exclusiva, Lactancia Materna Mixta, Relactancia y Destete

En cuanto al conocimiento sobre lactancia materna se identificó que es adecuado en los conceptos de lactancia materna exclusiva (LME) y destete; y menor proporción en los concepto de lactancia materna mixta (LMM) y relactancia, correspondiendo a LME un 79%(169), destete a un 53.3%(114), LMM se encuentra con un 17.3%(37) y relactancia con 39.7%(85). Ver **Tabla 4**.

En lo que respecta a los meses que se debe dar LME, se obtuvo un resultado adecuado con un 86,9%(186) con una respuesta de 6 meses, sin embargo las madres restantes respondieron 4 meses 11.7%(25), 5 meses 0.5%(1) y el resto no contesto. Sobre las tomas diarias de leche materna, el 81.3%(174) contesto a libre

demanda, y en los meses que se debe dar lactancia materna total, el 59.8%(128) respondió 24 meses. Ver **Tabla 5 y 6**.

En relación a las ventajas del calostro y el tiempo que dura en bajar el mismo, el 100% contestó adecuadamente acerca de sus ventajas. Con respecto al tiempo de bajada del calostro, fue adecuado en el 59.3%(127), con la respuesta enseguida, minutos o segundos, el porcentaje de madres restantes contestó que 1 día con un 13.6%(29) o no contestó, 27.1%(58).

En cuanto a los conocimientos sobre el tipo de leche materna se obtuvo que un porcentaje de 44,4% conoce la leche madura y la leche de transición, sin embargo, no reconocen el calostro como un tipo de leche materna. Ver **Tabla 7**.

Conocimiento sobre factores y razones que afectan la práctica de lactancia materna.

El 100% de las madres FAMI tienen conocimiento adecuado acerca de los factores que afectan la lactancia materna, entre sus respuestas se encuentran, la enfermedad del niño, enfermedad de la madre, el desconocimiento y la leche de fórmula, las que más eligieron fueron las dos primeras con un 54.2%(116) y un 70.6%(151), respectivamente. Ver **Tabla 8**

Frente a los conocimientos sobre las razones para no lactar, las madres FAMI tienen un conocimiento adecuado, el 95.3%(204) dice que enfermedad, pezón invertido y medicamentos; sin embargo, un 4.7%(10), consideran que no existe ninguna razón aceptable para no lactar. Ver **Tabla 9**

Conocimiento sobre extracción y almacenamiento de la leche materna.

En relación a los conocimiento sobre la extracción de leche materna y su mantenimiento, el 91.1%(195) de las madres FAMI contestaron que saben de este proceso. Ver **Tabla 10**, pero no tienen claro los tiempos de mantenimiento; solo el 2%(4) sabe que la leche materna se puede mantener 4 horas a temperatura ambiente. El 6%(13) conoce que la leche materna se puede mantener 12 horas en refrigeración y el 11%(24) conoce que la leche materna se mantiene 15 días en congelación. Ver **Tabla 2**.

Conocimiento sobre los beneficios de la leche materna.

Respecto a los beneficios que trae la leche materna para el bebé y la madre, el 100%(214) de las madres FAMI tienen un conocimiento adecuado, dando como respuestas, salud, inmunidad, nutrientes, felicidad, vínculo madre-hijo, crecimiento y desarrollo y evitar el cáncer de mama. **Tabla 11**

Conocimiento sobre las redes de apoyo de la lactancia materna.

Las madres FAMI consideran que las mayores redes de apoyo a la lactancia materna son las fundaciones 64%(137) y en menor proporción los médicos con 22.9%(49). **Tabla 12**

7. DISCUSIÓN

Las gestoras educativas "FAMI" de una fundación de Cartagena, poseen conocimiento adecuado 66,6% de acuerdo a las variables valoradas.

Los conocimientos adecuados reportados en el estudio son mayores a lo encontrado por diferentes autores [63, 64, 65] de los cuales se observa que el conocimiento adecuado de las madres lactante oscila entre 16.6% a 24%, por otro lado Silvestre [66] informo que los profesionales de la salud entre médicos y enfermeras de áreas hospitalarias y ambulatorias tienen un conocimiento de un 81.25%, esta amplia diferencia, tanto para con las madres lactantes como para con los profesionales, se debe a que las gestoras educativas, han adquirido conocimientos en capacitaciones no formales, a razón de su compromiso como educadoras, sin embargo las madres receptoras toman solo la información de mayor relevancia para su situación, transmitida por medio de una asesoría pre o postnatal, [65] sin ningún énfasis o profundidad.

La gestoras educativas FAMI expresan que la información que han obtenido acerca del tema de lactancia materna viene de 3 fuentes: del personal de salud 76.16%. Veramendi [63] menciona que la capacitación por el personal de salud es de suma importancia, para la motivación necesaria que requieren las madres para mantener esta práctica. Otra de las fuentes de información es la comunidad (*madres comunitarias*), con el 25.2%(54) y *la familia* con el 9,3%(20) Bedoya afirma que exponerse a otra madre comunitaria conduce abrir sus prácticas privadas hacia lo público y quienes apoyan a las madres comunitarias son, en su mayoría, las mujeres de la familia (mamás, hermanas, tías, sobrinas. [67]

Los conceptos de lactancia materna son importantes para su adecuada práctica, las gestoras educativas reportan un conocimiento adecuado en lactancia materna exclusiva (79%) y destete (53.3%), sin embargo, Mbada [68] en Nigeria, halló que

un 88% de madres lactantes han escuchado sobre LME y el tiempo de duración de la misma, señalando que entre todos los conceptos que son base de la LM, el más conocido, el que más se imparte y del que se tiene mayor claridad es sobre este, de allí que el 86.9% procuran su práctica hasta los 6 meses. En cuanto al destete Benjumea [11] reporta en un estudio cualitativo que sus madres coinciden con el concepto de la OMS “cuando la madre quiere dejar de dar el seno” [69]. Sin embargo, hay unas madres que adoptan el concepto de la Asociación Española de Pediatría, [70] el cual indica que el destete debe darse a los dos años; otras tienen sus propias creencias, a pesar de ser usuarias de grupos FAMI, lo anterior demuestra que aunque en las gestoras se halló conocimiento adecuado, aún existe poca claridad con respecto al tema de destete.

Las gestoras educativas, solo identifican a la leche de transición y madura como tipos de leche materna dejando de lado el calostro, pero todas conocen las ventajas de este y solo el 59.3% conoce el tiempo que demora en bajar, a pesar que la literatura publicada por entidades promotoras de la LM como la LLLI, UNICEF y OMS [71, 72], señalan el calostro como primera leche, hay autores como Salazar OMS [40], que hablan de precalostro además de estos 3 tipos agregándole la leche del pretermino. Sin embargo, Mazonett [34], encontró entre madres lactantes de Cartagena de Indias que el 17.7% consideraban que el calostro era malo para los bebés o que no conocían nada sobre este tipo de leche, lo que puede sugerir que no se están transmitiendo los conocimientos adecuados o estos conocimientos no son de relevancia para la población receptora.

La leche materna posee múltiples beneficios tanto para la madre como para el bebé, ante esto las gestoras educativas, reportan tener conocimientos adecuados; estudios muestran que las madres lactantes también identifican estos beneficios (Benjumea y Solórzano) [11,73] evidencian que es el tema que más se imparte en las capacitaciones y no es ajeno al grupo de gestoras, debido a que es una de las estrategias para aumentar la práctica de lactancia [74] el que se fomenten los

grupos de apoyo y sus usuarias reflejen esos conocimientos impartidos. También es importante resaltar que las gestoras educativas FAMI identifican más beneficios para el bebe, que para la madres, Aznar [33] halló en las madres lactantes el mismo resultado, identificando de esta manera que es de mayor importancia para el bienestar del bebe, que el de ellas mismas.

En relación a los factores que afectan la LM referidos por las gestoras FAMI, los conocimientos que se evidenciaron con mayor porcentaje tiene que ver con enfermedad de la madre y el niño con un 54.2% y un 70.6%, respectivamente. Londoño en su estudio con madres lactantes encontró que el 9% de casos la LME no se practicó por causas de enfermedad, en su mayoría enfermedad materna sin especificar. [76] Otros estudios (Aznar y Hernández) realizados con madres lactantes han descrito causas como hipogalactia, indicaciones medicas, enfermedad materna, enfermedad por reflujo del recién nacido, problemas como el bajo peso al nacimiento, la prematuridad, el nacimiento por cesárea y los partos múltiples, los cuales hacen más difícil la lactancia desde el principio.[33, 74]

Es evidente, que la enfermedad de la madre y el niño se considera como un factor que afecta el éxito de la LM. No obstante, la literatura especializada dice que no es un impedimento para abandonar la LM. [74] Las gestoras FAMI como fuentes de apoyo, deben enseñar a sus usuarias que existen ciertas recomendaciones en casos muy especiales para que se contraindique la LM. Villalobos y Hernández hacen referencia a enfermedades como el VIH/SIDA, virus de la leucemia humana (HTLV), isótopos radiactivos mientras exista radiactividad en la leche materna, La galactosemia clásica del lactante como factores para suspender el amamantamiento. [75]

Otro factor que afecta la LM descrito por las gestoras FAMI es el desconocimiento sobre la práctica de LM en un 26,6%. Estudios reportan el desconocimiento como un factor determinante para el abandono de la LM, [27,74, 77]. Aznar evidencia

que la forma y la duración de esta práctica no es la adecuada, debido a una falta de información en relación a aspectos de gran importancia como son el inicio temprano de LM, sus ventajas nutricionales y emocionales; horario a libre demanda, y técnicas de extracción y conservación de la leche materna, lo cual trae como consecuencia un alto índice de abandono de esta práctica. [33] Con referencia a lo anterior, González [69] resalta que además de la deficiencia de conocimientos sobre lactancia materna, también influye la información brindada por el personal de salud; estrato socioeconómico bajo y el nivel de estudios. [69] Ante la situación planteada, Silvestre afirma que el porcentual de desconocimiento por parte del personal de salud en su estudio fue alto, debido a que casi la mitad de los profesionales no supo referir ninguno de los diez pasos para el éxito de la LM, considerando este tema, como más próximo de los trabajadores de las unidades hospitalarias. [66]

En relación al nivel de educativo y socioeconómico, López identificó un considerable porcentaje de madres que lactan menos de cinco meses. Este fenómeno lo relaciono directamente con el grado o nivel de escolaridad. [77] reporta que a menor grado de educación más rápido es el abandono de la lactancia. [77] Otros estudios (Franco, Handayani y Hernández) concluyeron que la práctica de LM es más duradera en madres de nivel universitario y que ello está relacionado con una mejor información de las ventajas de este tipo de alimentación. [2, 56,74, 78]

Teniendo en cuenta que las usuarias de las gestoras FAMI viven en situación de vulnerabilidad psicoafectiva, económica y social, y son en su mayoría de los estratos económicos 1 y 2. [6] Además la falta de información y apoyo prenatal y posnatal a la madre y su familia; las prácticas y rutinas inadecuadas en las maternidades, la escasa formación de los profesionales y autoridades sobre lactancia materna. [74] Convierte a las madres en personas débiles y vulnerables a mitos, tabúes e influencias negativas hacia la lactancia natural. [26] Por ende las

gestoras FAMI como guías para las usuarias, deben recibir y transmitir capacitaciones específicas en relación a la lactancia materna, [6] que les permita adquirir habilidades y conocimientos que lleven al éxito de esta práctica.

La leche de fórmula es uno de los factores que afectan la LM mencionados por las gestoras FAMI en un 14,5 %. López en su estudio muestra los alimentos reportados por las madres como reemplazo o complementarios de la leche materna, se encontró que 75,2% recurrían a fórmulas infantiles. [77]

Varios autores (Sáenz, Hernández y Estrada) afirman que la utilización inapropiada de la publicidad de sucedáneos de leche materna; la industrialización, la distribución de muestras de leche artificial, tetinas o chupetes en centros de salud, maternidades, farmacias y comercios hacen que se dificulte la lactancia materna [64,74, 79] y puede provocar un cese prematuro de esta práctica. [80]

Por tal motivo, El conocimiento en relación a LM que presente las gestoras FAMI y el cual transmiten a sus usuarias debe de buscar mejorar las creencias y prácticas erróneas de las madres, como el considerar que es necesaria la leche de fórmula para complementar la lactancia materna. [76]

En relación a las razones para no lactar, las madres FAMI tienen un conocimiento adecuado en un 95.3%, con las respuestas enfermedad, pezón invertido y medicamentos. Lo anterior mencionado concuerda con Trujillo, en cuanto a los factores y razones para que no se dé el proceso natural de lactancia materna, se halló que el 65,1% tienen el concepto que algunas enfermedades son las que impiden la LM, también se apoyan en el hecho de tomar algunos medicamentos, lo cual es cierto, pero según la evidencia no son las razones principales para no poner en práctica la LM. [80]

Un 86% de las gestoras FAMI tiene un conocimiento adecuado al no considerar una razón para no lactar el que la madre presente pezón invertido. El no protruir el pezón o retraerse cuando el lactante lo introduce en su boca, la ausencia de estímulo puede dificultar el agarre, lo que provoca apatía hacia el amamantamiento, [81] Existen diversas maneras de proporcionar la LM con esta condición. López y colaboradores afirman que a pesar que el lactante succiona inadecuadamente o a veces nada; al aplicar una bomba de succión el pezón se hace protráctil. [82]

Los conocimientos sobre la extracción de lactancia materna y su mantenimiento, el 91.1% de las gestoras FAMI conocen de este proceso. Gamboa menciona que una estrategia para favorecer el mantenimiento de la LM, a pesar de los compromisos fuera del hogar, es la extracción de la leche, esta práctica se realizaba en más del 80% de mujeres.[83] Igualmente Aznar en su estudio refiere que el 55,18% de las madres tenía información sobre alguna forma de conservación de la leche materna una vez extraída. [33]

Sin embargo otras investigaciones evidencian que el conocimiento en las usuarias es bajo. Zárate menciona que la extracción manual a pesar de ser una estrategia que mantiene la LM, este método no es conocido por el 42% de las madres [84] Se evidencia un porcentaje más alto en los conocimientos de las gestoras FAMI, debido a que estas son frecuentemente capacitadas en temas relacionados con la LM.

A pesar de que las gestoras FAMI tienen conocimiento sobre la extracción de la leche materna, no se evidenció un conocimiento adecuado en relación al tiempo de mantenimiento. A temperatura ambiente solo el 2% contestaron 4 horas, en refrigeración el 6% contestó 12 horas y en el mantenimiento de la leche materna en congelación el 11% contestó 15 días.

Anzar en su estudio descriptivo encontró que el 55,18 % de las madres conocía cómo se puede conservar o preservar la leche materna una vez extraída. Las respuestas al método de conservación fueron: Aire ambiente, refrigeración, congelación. [33] Es evidente el conocimiento que se tiene en relación al mantenimiento por parte de las gestoras FAMI y madres lactantes, pero no existe evidencia que muestren los conocimientos en relación al tiempo que deben durar estos métodos, debido a que posiblemente solo están siendo capacitadas en las formas de mantenimiento sin profundizar en temas como los tiempo de conservación.

En cuanto a los conocimientos sobre las redes de apoyo a la LM, las madres FAMI consideran que las mayores redes de apoyo son las fundaciones en un 64%. Gamboa refiere que a nivel internacional existen diversas instituciones que apoyan y promueven la lactancia materna, como la UNICEF, la IBFAN (International Baby-Food Action Network) y la WABA (World Alliance for Breastfeeding Action). [83]

Otra red de apoyo que refieren las gestoras FAMI son las madres comunitarias en un 40,2%. El apoyo de grupos a nivel comunitario, con continuidad después del nacimiento, ha resultado ser muy eficaz en el mantenimiento de la LM. [76] Bedoya afirma que el sentirse incluida en una red de apoyo le da la posibilidad a la madre comunitaria de interrogar su propia práctica y la situación de los niños y niñas. La red de apoyo de estas madres les da un lugar, les provee unas herramientas para la realización de la labor y, además, las habilita para movilizar recursos que hagan más eficiente su trabajo como cuidadoras. [67]

Entre otras redes de apoyo consideradas por las gestoras FAMI se encontró centros de salud en un 63,6 % y profesionales del área de la salud como médicos con un 22,9% y enfermeras en un 40,7%. En este sentido, Franco refiere que la educación ofrecida en los programas del sector salud incide sobre la motivación de las madres hacia la lactancia materna. [2]

Arboleda menciona que los profesionales que apoyan el acto educativo de las gestoras FAMI proceden de diferentes instituciones y profesiones: trabajadores sociales, médicos, vacunadores, enfermeros, educadores, entre otros. [85] Bedoya afirma lo anterior refiriendo que las madres comunitarias son apoyadas por el ICBF y por otros profesionales, y que existe una red de apoyo objetiva (docentes, psicólogos y psicólogas, personal administrativo, entre otros) que busca enmarcar una estrategia que contribuya al desarrollo de los niños y niñas que están a su cargo [67]

Limitantes: las propias de los estudios descriptivos que no generan causalidad o establecen relaciones.

Fortaleza: El estudio proporciona una mirada del estado de conocimientos que tienen las gestoras educativas Madres FAMI y de esta manera la información que podría proporcionar a sus usuarias, a largo plazo se espera impactar los conocimientos sobre lactancia materna en la población de gestoras educativas y repercutir en prácticas adecuadas de LM en las usuarias a las cuales transmiten sus conocimientos y en la comunidad en general.

8. CONCLUSIONES

Este trabajo muestra los conocimientos de las gestoras educativas madres FAMI sobre lactancia materna; se evidencia que poseen altos conocimientos sobre la lactancia materna exclusiva y destete considerando que su conocimiento es adecuado, y en menor proporción los conocimientos relacionados con lactancia mixta y relactancia.

Los conocimientos en relación a los beneficios de lactancia materna hacia la madre y el niño de las gestoras educativas son adecuados, de igual manera fueron considerados como adecuados los factores que favorecen el mantenimiento o abandono de la lactancia materna, en los que indicaron en mayor proporción los relacionados con la enfermedad de la madre y el niño.

Las gestoras educativas FAMI presentan debilidad en los conocimientos sobre el proceso de extracción, conservación y mantenimiento de la leche materna, una gran proporción refirió conocer sobre el proceso de extracción, sin embargo no hay claridad sobre los tiempos de mantenimiento y conservación de la leche materna.

Las madres FAMI consideran que las fundaciones es una de las mayores redes de apoyos que tiene la lactancia materna y refirieron en menor proporción al personal de medicina. Se evidencia que los conocimientos que manejan las gestoras educativas Madres FAMI en la mayoría de variables del estudio son adecuados, sin embargo se encontraron debilidades en algunos temas de importancia para promover la práctica de lactancia materna, los cuales deben de ser incorporados a la educación que las gestoras imparten a sus usuarias.

RECOMENDACIONES

- Realizar más estudios de Conocimiento sobre lactancia materna en gestoras educativas FAMI y que involucre a sus usuarias para conocer la repercusión de los conocimientos transmitidos.
- Crear más capacitaciones sobre lactancia materna a las madres FAMI y evaluar qué conocimiento presentan antes y después de estas capacitaciones.
- Dar a conocer el estudio y sus resultados de este grupo de población, para que a corto o largo plazo los entes a responsables de su capacitación tomen medidas relevantes en pro de mejorar la práctica de lactancia materna en las usuarias y repercutir en un mejor futuro para los niños.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sguassero Y. Duración óptima de la lactancia materna exclusiva: [última revisión: 28 de marzo de 2008]. La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/care_after_childbirth/yscom/es
2. Franco, J. Roa, B. Sánchez, L. Socha, L. Leal, C. Parra, K et al. Conocimiento sobre lactancia materna en embarazadas que acudieron a consulta prenatal. Hospital Dr. Patrocinino Peñuela Ruiz. San Cristóbal, Venezuela. Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría. 2014;Vol. (77), N°. (3). 128-132 pp.
3. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Ginebra: OMS; 2003. 30p. Serie: ISBN 92 4 356221 5
4. Tesone, M. Ageitos, M. Grupos de apoyo a la lactancia materna (GALM). Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Argentina. Octubre de 2001
5. Soto, F. Casanova, H. Madres comunitarias el ser y el hacer, una construcción social. Universidad Tecnológica de Pereira. Escuela de ciencias sociales. Pereira. 2009.
6. Cárdenas, Y. Sánchez, J, Yaguara, S. Curso de preparación para la maternidad y paternidad “Un proyecto de vida” motivación de las Madres Fami en su labor comunitaria. Una aproximación a la realidad. [Tesis universitaria]. [Bogotá, Colombia]. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de enfermería; 2012. 121 p.
7. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia Materna: guía para profesionales [Bibliografía]. Madrid: Ergon; 2004. 446 p.
8. Iniciativa Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia en el marco de los derechos. Colombia, Bogotá [actualización abril del 2005; cita 15

- septiembre del 2014] Manual para su aplicación; disponible en: <http://www.unicef.org/colombia/pdf/IAMI-1.pdf>.
9. Organización panamericana de la salud. Organización Mundial de la salud. Apoyo a las madres que amamantan: cercano, continuo y oportuno. 2013. 4pp.
 10. Bernal, M. Porras, X. Beltran, J. Orientación y educación a las madres primigestantes en lactancia materna, autocuidados y cuidado de su bebe en la etapa de puerperio, teniendo en cuenta los imaginarios culturales, que son atendidas en el Hospital la Victoria en los meses de abril y mayo del 2009 [Tesis universitaria]. [Bogotá]. Universidad Nacional de Colombia. 2009. 66p.
 11. Benjumea, M. Falla, N. Jurado, L. Conocimientos y prácticas de gestantes y cuidadores sobre lactancia materna en cinco municipios caldenses. [Bibliografía] Colombia. Hacia promoc. salud. 2013; 18(2):66-78.
 12. Lung'aho, M. Jiménez, M. Mother-to-Mother Support Groups in the Dadaab Refugee Camps. The Johns Hopkins University Population Communication Services Community Mobilization Task Force Bulletin. May 1999. The Mobilizer, Volume 2: Issue 1.
 13. La leche League International. Boletín de apoyo madre a madre. [Internet]. Chicago: La leche League International. 2003. [Última actualización: 2009 Marzo 23, citado 2015 May 06]. Disponible en: <http://www.lili.org/lang/espanol/boletin1.html>.
 14. Green, C. Mother Support Groups. A Review of Experience in Developing Countries. Atlanta: Agency for International Development (USAID)(US) by the Basic Support for Institutionalizing Child Survival (BASICS); 47p. Numero de serie: HRN-C-00-93 0003 1 00
 15. Muruka, C. Ekisa, H. A Case Study on the Impact of Mother-to-Mother Support Groups on Maternal, Infant and Young Child Nutrition and Care Practices in Habaswein and Wajir South Districts of North Eastern Kenya. Food and Nutrition Sciences, 2013, 4, 31-35. Published Online October 2013. Disponible en: <http://www.scirp.org/journal/fns>

16. Betancourt, D. Rodríguez, C. Echeverri, R. Cuervo, C. Urquijo, L. Gómez, J. Ochoa, L. Plan Decenal Lactancia Materna 2010-2020. Ministerio de Protección Social. Colombia: S&P Salud y Protección Social Consultores. 83p. Convenio N° 233 de 2009.
17. Córdoba, C. Reconstrucción de vivencias de las madres comunitarias y el equipo de trabajo de la fundación cristiana Shalom en la atención de los niños(as) inscritos al hogar múltiple infantil del ICBF, ubicado en el barrio mariano ramos, [tesis] Cali, Colombia; Universidad del Valle: Instituto de Educación y Pedagogía programa académico de Lic. En educación popular Santiago de Cali; 2010. 136 p.
18. Correa, G. Significado de la experiencia de la lactancia materna exclusiva para la madre en los primeros seis meses de vida de su hijo. [Tesis Magister], [Bogotá]: Departamento de Enfermería; (Universidad Nacional de Colombia); 2014. 190 p.
19. Amariles, M. Castañeda, C. Rodríguez, M. Hogares en línea, su comunidad en la red: propuesta educ comunicativa para madres comunitarias y el ICBF [Tesis universitaria]. [Pereira]. Universidad Tecnológica de Pereira; 2009. 97p.
20. Didierjean. C. Profesionales de la salud: Amigos de la lactancia. Nuevo comienzo [Internet]. 2004. Vol (16); N°(3). 04p. Disponible en: http://www.lli.org/lang/espanol/ncvol16_3b_04.html
21. Cano, M. Pineros, A. Vargas, A. Propuesta de cuidado de enfermería durante la lactancia materna enmarcado en la Teoría de Kristen Swanson [Tesis de Postgrado]. [Bogotá]. Universidad Nacional de Colombia. 2012. 97p.
22. Forero, Y. Rodríguez, S. Isaacs, M. Hernández, J. La lactancia materna desde la perspectiva de madres adolescentes de Bogotá. Biomédica revista del Instituto Nacional de Salud. 2013 mayo 28; Vol. (33), No. (4). 10p.

23. Zambrano, F. Bayona, A. Ordoñez, M. Samper, B. Heredia, P. Gómez, C et al. Resumen de prensa. 1° encuesta distrital y de demografía y salud Bogotá: Agosto, 2011. Bogotá, Colombia. Bogotá. Profamilia. 2011. 564p.
24. Castillo, J, Ramos, A, Castillo, A, Rizo, R, Cádiz, A. Lactancia materna e inmunidad. Impacto social. MEDISAN. 2009, Agosto; Vol. (13) N°. (4): 11p.
25. UNICEF. Hacia la promoción y rescate de la lactancia materna. UNICEF. 2da Edicion. 2005. Disponible en: <http://www.unicef.org/venezuela/spanish/LACTANCIA.pdf>
26. Gorrita, R. Brito, D. Ravelo, Y. Ruiz, E. Conocimientos de futuras madres sobre la lactancia materna y sus ventajas. Revista de ciencias Médicas. La Habana. 2014; Vol (20), N° (1). 77-88 pp.
27. Handayani L, Kosnin AM, Jiar YK. Breastfeeding Education in Term of Knowledge and Attitude through Mother Support Group. Journal of Education and Learning. 2012. Vol.6 (1) pp. 65-72.
28. Vásquez, R. Conocimientos, actitudes y prácticas en lactancia materna de las madres que acuden al centro de salud San Luis, 2009. [Tesis de postgrado]. [Lima-Perú], Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2012. 97p.
29. Servicio Andaluz de Salud. Guía práctica para profesionales sobre la lactancia materna. [Tesis de grado]. [España], Escuela Andaluza de Salud pública. 2011. 58p.
30. Valenzuela, A. Soto, M. García, M. Herrera, L. Capacitación sobre lactancia materna a personal de enfermería de un hospital de segundo nivel de atención. Revista de especialidades Médico-Quirúrgicas. 2009, Abril-Junio. Vol (14), No (2). 62-70p
31. Guerrero, J. Vera, J. Vintimilla, E. Cazar, M. Nivel de conocimientos sobre lactancia materna en madres adolescentes. [Tesis universitaria]. [Cuenca-Ecuador], Universidad del Azuay. 2013. 22p.
32. Gobernación de la Rioja. Guía de lactancia materna para profesionales de la salud. Consejería de salud del Gobierno de la Rioja. España: Rioja Salud; 2010.

33. Aznar, F. Salazar, S. Delgado, X. Canis, T. Cluet, I. Evaluación del conocimiento de las madres sobre lactancia materna. Estudio multicéntrico en las áreas metropolitanas de Caracas y Maracaibo. ArchVenezPuerPed. 2009, Dic, Vol (72), No (4). 118-122p.
34. Mazenett, E. Factores relacionados con el hábito de lactancia materna en mujeres de 15 a 44 años del distrito de Cartagena. [Tesis Magister]. [Bogotá]: Departamento de Salud Pública; (Universidad Nacional de Colombia); 2012. 202 p
35. Bernal, R. Fernández, C. Flórez, C. Gaviria, A. Ocampo, P. Samper, B. Sánchez, F. Evaluación de impacto del Programa Hogares Comunitarios de Bienestar del ICBF. Bogotá: Ediciones Uniandes. 2009. 29p. Serie: ISSN 1657-7191
36. De la Fuente, C. Primera Infancia; Bogotá Colombia actualización [26 de noviembre de 2014; cita 25 septiembre Del 2014] disponible en: <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PrimeraInfanciaICBF/Madres>
37. Liga Internacional de la Leche. Extracción y almacenamiento de la leche materna. Madrid, España. Liga Internacional de la Leche. 2014. Disponible en: http://www.laligadelaleche.es/lactancia_materna/almacenamiento.htm
38. UNICEF. La leche humana, composición, beneficios y comparación con la leche de vaca. Extraído y adaptado de Manual de Lactancia para Profesionales de la Salud. Comisión de Lactancia MINSAL, UNICEF. Editoras Shellhorn, C. Valdés, V. Ministerio de Salud, UNICEF. Chile; 1995. Disponible en: <http://www.zonadiet.com/nutricion/composicionleche-materna.htm>
39. Organización Panamericana de Salud. La alimentación del lactante y del niño pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud” 2010. 120 pp. Disponible en: file:///D:/usuarios/Downloads/OMS_LACTANCIA.pdf
40. Salazar, S. Chávez, M. Delgado, X. Pacheco, T. Rubio, E. Lactancia materna. Archivos venezolanos de puericultura y pediatría. 2009; Vol 72 (4). Pp 163 – 166

- 41.** Manual de lactancia materna: Contenido técnico para profesionales de la salud. Resolución Exenta No 109 del 2 de marzo. 2010. 238 pp: 978-956-8823-94-8. Disponible en :
http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/manual_lactancia_materna.pdf .
[Ultimo acceso: 04 de Septiembre de 2016]
- 42.** Barriuso, L. Miguel, M. Sánchez, M. Lactancia materna: factor de salud. Recuerdo histórico. 7 de junio de 200, Vol. 30, No. 10p.
- 43.** Ministerio de Salud Colombiano. Lactancia materna un compromiso de todos por el bienestar de la primera infancia [Internet]. Colombia: MINSALUD 2016. [Actualizado: 2016; 29 Agosto 2016]. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Lactancia%20Materna,%20un%20compromiso%20de%20todos%20por%20el%20bienestar%20de%20la%20primera%20infancia.aspx>
- 44.** Silva, G. Leche materna y lactancia, siempre actual. CCAP. 2011; Vol (11) N° (3). Pp 16.
- 45.** Ministerio de Protección Social, Acción Social, UNICEF, Programa Mundial de Alimentos. Plan Decenal de Lactancia Materna 2010-2020. 2009; pp 128. Disponible en:
<http://huila.gov.co/documentos/2012/Salud/Nutricion/PDF%20ALTA%20ARTE%20FINAL%20INTERIORES%20PDLM.pdf>. (Ultimo acceso 29 Agosto de 2016)
- 46.** Organización Mundial de la Salud: Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño. Washington, DC: OMS; 2007. 20p: Serie: ISBN 978 92 4 359666 2.
- 47.** Arriza, P. Granados, S. Martínez, J. Sánchez, C. Técnicas Básicas de Enfermería. España. Ediciones Paraninfo; 2014. 670p.
- 48.** UNICEF. Lactancia materna. [Internet]. Disponible en:
http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.html
- 49.** Organización Mundial de la Salud. Departamento de salud y desarrollo del niño y del adolescente [Internet]. Ginebra: OMS, 2015. [Actualizado: 2015;

- 07 Mayo 2015]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/es/
50. Colombia, Ministerio de Protección Social. Manual para la extracción, conservación, transporte y suministro de la leche materna, para mujeres gestantes y madres en periodo de lactancia, agente de salud y comunitario. Bogotá. 2010
51. Organización Mundial de la Salud. Alimentación del lactante y el niño pequeño [Internet]. Suiza: 2016. [Actualizado: 2016, Enero 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/es/>
52. Organización Mundial de la Salud. Pruebas científicas de los diez pasos hacia una feliz lactancia natural. [Internet]. Suiza: 1998. [Actualizado: 2016]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67858/1/WHO_CHD_98.9_spa.pdf
53. Serrano, P. Alimentación complementaria y destete del niño. Sevilla, España. 2001; [Actualización: 2001; 17 Septiembre de 2001. Citado: 29 de Septiembre de 2016]. Disponible: <http://www.durga.org.es/webdelparto/destete.htm>
54. Dettwyler, K. La hora del destete. [Internet]. Texas, EEUU. LLLI. 2006. [Actualización: 2006; 24 de Octubre de 2006, Citado: 29 de Septiembre de 2016]. Disponible: <http://www.llli.org/lang/espanol/destete.html>
55. Van Esterik, P. Butler. World Alliance for breast feeding Action. Lactancia Materna y bienestar de la familia [Internet]. Penang, Malasya: WABA, 2014. [Actualización: 2010 7 Agosto; Citado: 2014 Septiembre 13] Disponible: <http://www.waba.org.my/resources/otherlanguages/spanish/bienestar.htm>
56. Handayani, L. Azlina, K. Kee, J. Solikhah. Contribution of Knowledge on Breastfeeding among Mother Who Joined Mother Support Group Program. International Journal of Public Health Science (IJPHS). 2013, September; Vol. (2), No. (3): 89-92p.
57. Alelú M; Cantín M; López N; Rodríguez M. Estudio de encuestas Métodos de investigación. 3ª educación especial.

https://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Presentaciones/Curso_10/ENCUESTA_Trabajo.pdf

58. Baez, C. Blasco, R. Martín, E. Pozo, M. Sánchez, A. Vargas, C. Validación al castellano de una escala de evaluación de la lactancia materna: el LATCH. Análisis de fiabilidad. Index de Enfermería: 2008; Vol (17). No (3). 205-209p.
59. Baño, I. Canteras, M. Carillo, C. López, A. Martínez, M. Desarrollo y validación de un instrumento diseñado para medir el impacto de las redes de apoyo a la lactancia materna. Nutrición Hospitalaria: 2015; Vol (31). No (04). 1525-1532p.
60. García, L. Cabrera, S. Nivel de conocimientos de las madres de los niños menores de seis meses acerca de la lactancia materna exclusiva. Centro de salud materno infantil Tahuantisuyo bajo, Lima enero 2015. [Tesis universitaria], [Perú]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2015.
61. Palacio, D. Urquijo, L. Nogueira, A. Montoya, R. III informe final del proyecto: Diseño de instrumentos y metodología para la generación de una línea de base de la cobertura del componente comunitario de la estrategia AIEPI en Colombia. 1ª (ed). Colombia: Ministerio de Protección Social. 2010.
62. Carvajal, A. Centeno, C. Watson, R. Martínez, M. Sanz, A. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? Análisis del Sistema Sanitario de Navarra: 2011; Vol (34). No (1). 63-72p.
63. Veramendi, L. Zafra, J. Ugaz, L. Villa, N. Torres, L. Pinto, A et al. Conocimientos, actitudes y prácticas de lactancia materna en madres de niños de comunidad rural peruana y su asociación con la diarrea aguda infecciosa. CIMEL 2012; Vol 17 (2). Pp 82-88.
64. Estrada, J. Amargos, J. Reyes, B. Guevara, A. Intervención educativa sobre lactancia materna. Revista Archivo Medico de Camagüey 2010; Vol. 14 (2). Pp 1-6
65. Geronimo, R. Magaña, M. Zetina, E. Herrera, Y. Contreras, J. Conocimiento, actitud y práctica sobre la lactancia materna en mujeres en

periodo posparto de un hospital de tercer nivel. Salud en Tabasco 2014; Vol 20 (1). Pp 14-20.

66. Silvestre, P. De Barros Leite, M. Isoyama, S. Pamplona, V. García de Lima, C. Conocimientos y prácticas de profesionales de la salud sobre amamantamiento materno en servicios públicos de salud. Revista Latinoamericana Enfermagem 2009; Vol 17 (6). Pp23-30.
67. Bedoya, M. Redes del cuidado: Ética del destino compartido en las madres comunitarias antioqueñas. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. 2013; Vol.(11). N°.(2). 741-753 pp.
68. Mbada, C. Olowookere, A. Faronbi, J. Oyinlol, F. Faremi, F. Ogundele, A et al. Knowledge, attitude and techniques of breastfeeding among Nigerian mothers from a semi-urban community. BMC Research Notes. 2013; Vol 6 (1). Pp 1-8.
69. González, G. Reyes, L. Borre, Y. Oviedo, H. Barrios, L. Carbono, L. et al. Factores que inciden en el destete temprano en un grupo de madres de Santa Marta, Colombia. Investigación en Enfermería: imagen y desarrollo. 2015; Vol (17), N°(2). 13-100 p.
70. Asociación Española de Pediatría. Recomendaciones sobre lactancia materna del comité de lactancia materna de la Asociación Española de Pediatría. Actualizado en 2012. http://www.aeped.es/sites/default/files/recomendaciones_lm_26-1-2012.pdf. (Ultimo acceso 29 de agosto de 2016)
71. Ministerio de Salud Pública de Republica Dominicana. Lactancia materna: lo mejor para asegurar la vida de tu bebe. UNICEF. 2010; Vol 1(1). Pp 1 - 32.
72. OMS. Inicio temprano de la lactancia materna. Actualizado febrero 2015 por OMS. http://www.who.int/elena/titles/early_breastfeeding/es/. (Ultimo acceso 29 de agosto de 2016)
73. Solórzano, M. Beltran, J. Barrientos, N. Gonzales, M. Actitudes y Nivel de Conocimiento de las Madres de los Recién Nacidos del Servicio de

- Neonatología sobre Lactancia Materna Exclusiva en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima (Perú), 2009. Revista científica de ciencias de la Salud. 2009; Vol 2 (2). Pp 59 – 68
- 74.** Hernández, M. Aguayo, J. La lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP. Anales de pediatría (Barcelona). 2005; Vol 63 (4). Pp 340 – 356
- 75.** Villalobos, B. Conocimiento que tiene el personal de salud del servicio de maternidad sobre lactancia materna exclusiva. [en línea]. Rev. Enfermería Actual en Costa Rica. 2011; N° 21, 1-20 pp. [citado: 04 Septiembre de 2016]. Disponible World Wide Web: <<http://www.revenf.ucr.ac.cr/amamantamiento.pdf>>
- 76.** Londoño, A. Mejía, M. Factores relacionados con lactancia materna exclusiva e introducción temprana de leche entera en comunidades de estrato socioeconómico bajo. Calarcá-Colombia. Revista de Gerencia Política en Salud. 2010; Vol (9) N° (19). 124-137 pp.
- 77.** López, B. Martínez, L. Zapata, N. Motivos del abandono temprano de la lactancia materna exclusiva: un problema de salud pública no resuelto en la ciudad de Medellín. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2013; Vol. (31), N° (1): 117-126 pp.
- 78.** González, I. Pileta, B. Lactancia Materna. Revista Cubana de Enfermería. 2002; Vol. (18), N° (1). 15-22 PP.
- 79.** Sáenz, M. Camacho, A. Prácticas de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria en un Jardín Infantil de Bogotá. Revista Salud Pública. 2007; Vol. (9). N°. (4). 587-594 pp.
- 80.** Trujillo, J. Peñaranda, F. Otalvaro, J. La lactancia materna como un fenómeno singular y Sociocultural surcado por diferencias y tensiones. Arch Venezolanos de puericultura y pediatría. Vol. 78. 2015
- 81.** Hernández, M. Lasarte J. Lozano, M. Aguayi, J. Díaz, N. Lactancia materna dolorosa: Estrategias de tratamiento para el pediatra. Acta Pediátrica Española. 2008; Vol. (66). N°. (10). 504-509 pp.

- 82.** López, P. Arevalo, B. Carrero, R. Martínez, J. Lorente, M. Rodríguez, M. La lactancia natural o materna: Conceptos básicos y trascendencia actual. *Revista Medicina General*. 2000; Vol. (29). N°. (2). 360-369 pp.
- 83.** Gamboa, E. Prada, G. López, N. Gallo, K. Conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con lactancia materna en mujeres en edad fértil en una población vulnerable. *Revista Chilena de Nutrición*. 2008; Vol. (35), N° (1). 43-52 pp.
- 84.** Zárate, E. Lactancia materna exclusiva y extracción manual de leche materna: a propósito de un caso. *Cuadernos Hospital de Clínicas*. 2009; Vol. (54). N°. (2):118-121 pp.
- 85.** Arboleda, L. Sierra, A. Evaluación al proceso educativo del programa FAMI —familia, mujer e infancia— en el municipio de Yarumal. [Tesis Magister] Universidad de Manizales. 2014.

ANEXOS

ANEXO N°1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ afirmo que he sido informado por los y las investigadores de la facultad de enfermería de la universidad de Cartagena acerca de la investigación "CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EN GESTORAS EDUCATIVAS "MADRES FAMI" DE UNA FUNDACIÓN EN CARTAGENA", autorizo mi participación en la investigación y en todas las actividades realizadas en esta. Según la información ofrecida este estudio no implica ningún tipo de riesgo para mí, debido a que se me encuestará sobre mis conocimientos de lactancia materna y conceptos relacionados. Los datos que se obtendrán en el mismo serán manejados con la debida confidencialidad, los cuales serán usados con fines académicos e investigativos

Tengo claro que puedo durante la aplicación de los instrumentos desistir de mi decisión de participar en este estudio y esto no tendrá consecuencia alguna para mí, en los procesos de oferta de los servicios de educación.

El investigador responsable de la investigación es: Rossana López Saleme CC: 45492154 de Cartagena, cualquier inquietud solicitar información en: 6698181 de la Facultad de Enfermería.

Aunque confiamos en que aceptes colaborar con nosotros, te recordamos que la participación en este estudio es voluntaria.

¡Gracias por tu ayuda y colaboración!

Firma del Tutor Y C.C

Firma de testigo

ANEXO N°2

ENCUESTA DE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA

Objetivo: Identificar el grado de conocimiento que posee el personal que orienta sobre lactancia materna en la ciudad de Cartagena.

Responsables: Rossana López Saleme y estudiantes de VII semestre de Enfermería de la Universidad de Cartagena.

Nombre:

Correo electrónico:

Años en la fundación:

Edad:

Formación:

Fecha:

1. Marque con una X la opción de donde obtuvo información sobre lactancia materna

Personal de salud ¿cuáles?: _____

Personal de la comunidad ¿cuáles?: _____

Personal de la familia ¿Cuáles? _____

Otros _____ cuales _____

2. ¿Qué es lactancia materna exclusiva? (Una sola respuesta)

Alimentación solo con lactancia materna hasta los 6 meses ____

Alimento entre la madre y el niño ____

Es el mejor alimento para el niño ____

Lactancia materna hasta los 4 meses ____

3. ¿Qué es lactancia materna mixta?

Después de 6 meses complementar la leche materna con otro alimento ____

Cuando se le dan otros alimentos y leche de fórmula ____

Dar lactancia materna y leche de fórmula ____

Combinar todos los nutrientes ____

4. ¿Qué es Relactancia?

Cuando recibe varias clases de lactancia_____

Cuando se da leche materna únicamente_____

Volver a lactar cuando se ha retirado la práctica_____

Cuando se acaba el periodo de lactancia y se sigue amamantando_____

5. ¿Qué es Destete?

Dejar dar lactancia materna al niño_____

Quitar el seno al niño sin tener la edad adecuada_____

Cuando se termina la lactancia y empieza la complementaria_____

Cuando termina el periodo de lactancia_____

6. ¿Cuántos meses se debe de dar lactancia materna exclusiva?_____

7. ¿Cuántas tomas se deben de dar diariamente de lactancia materna?_____

8. ¿Qué factores afectan la lactancia materna? (múltiple respuesta)

Enfermedad del niño_____

Enfermedad de la madre_____

Desconocimiento _____

Leche de formula_____

Otros _____

Cuales_____

9. ¿Cuáles son las razones para no dar lactancia materna? (múltiple respuesta)

Enfermedad_____

Pezón invertido_____

Medicamentos_____

Ninguno_____

Otros_____

Cuales_____

10. Conoce sobre la extracción de leche materna y su mantenimiento

Sí ___ No___

11. Cuánto tiempo se debe de almacenar la leche extraída fuera de la nevera

12. Cuánto tiempo se puede mantener la leche extraída en refrigeración _____

13. Cuánto tiempo se puede mantener la leche extraída en congelación _____

14. ¿Qué beneficios trae la leche materna para el bebé y la madre? (múltiple respuesta)

Salud___

Inmunidad___

Nutrientes___

Felicidad___

Vinculo madre-hijo___

Crecimiento y desarrollo___

Evitar cáncer de mama___

Otros cuales_____

15. ¿Cuáles son las redes de apoyo de la lactancia materna?(múltiple respuesta)

Madres comunitarias_____

Fundaciones_____

Médicos___

Enfermeras_____

Centro de salud_____

Otros cuales_____

16. ¿Hasta cuantos meses se debe dar lactancia materna? _____

17. ¿Cuánto tiempo demora en bajar el calostro? _____

18. ¿Ventajas del calostro? (múltiple respuesta)

Primera vacuna_____

Previene enfermedades_____

Limpia el organismo_____

Otros cuales_____

19. ¿tipos de leche materna que conoce? (múltiple respuesta)

Transición___

Madura___

Ninguna___

Otros cuales_____

Gracias por aceptar participar contestando esta encuesta, la cual será usada para fines de investigaciones. Se mantendrá la confidencialidad y anonimato de su respuesta.

Firma: _____

ANEXO N° 3

LISTA DE TABLAS

TABLAS DE RESULTADOS

Tabla 1. Características sociodemográficas de las gestoras educativas FAMI de una fundación, Cartagena 2016.

	N:214	%
ESTRATO SOCIOECONOMICO		
1	114	53,3
2	95	44,4
3	5	2,3
ESTADO CIVIL		
Soltero	37	17,3
Casado	93	43,5
Separado	13	6,1
Viudo	1	,5
Unión Libre	70	32,7
FORMACIÓN		
Bachillerato incompleto	26	12,1
Bachillerato completo	35	16,4
Estudios técnicos	119	55,6
Universidad incompleta	3	1,4
Universidad completa	1	,5
N/S o N/R	30	14,0

Fuente. Encuesta sobre conocimiento de lactancia materna

Tabla 2. Fuentes de información que poseen las madres FAMI de una fundación de Cartagena sobre lactancia materna. 2016.

FUENTE DE INFORMACION SOBRE LACTANCIA MATERNA		
Personal de la salud	N: 214	%
Medico	40	18,7
Enfermera	41	19,2
DADIS	26	12,1
ICBF	19	8,9
Universidades	28	13,1
Entidades de salud	9	4,2
Personal de la comunidad		
Vecinas	10	4,7
Madres comunitarias	54	25,2
Personal de la familia		
Madre	20	9,3
Abuela	18	8,4
Hermana	18	8,4
Tía	1	,5

Fuente. Encuesta sobre conocimiento de lactancia materna

Tabla 3. Conocimientos sobre lactancia materna, extracción y mantenimiento.

Conocimiento N: 214	Adecuado		No adecuado	
Conocimiento sobre lactancia materna	f	%	F	%
Lactancia ME.	169	79	45	31
Lactancia mixta.	37	17,3	177	82,7
Relactancia.	85	39,7	129	60,3
Destete.	114	53,3	100	47,7
Ventajas del calostro.	214	100	0	0
Tipos de LM.	95	44,4	119	55,6
Meses LME.	186	86,9	28	14.1
Tomas día LM.	174	81.3	40	19.7
Meses LM.	128	59.8	86	41.2
Tiempo en bajar calostro.	127	59.3	87	40.6
Conocimiento sobre factores que afectan la lactancia materna y razones para no lactar.				
Factores que afectan la lactancia materna.	214	100	-	-
Razones para no dar lactancia materna	204	95.3	10	4.6
Conocimiento sobre extracción y mantenimiento de la leche materna				
Conocimientos sobre extracción.	195	91,1	19	8,9
Mantenimiento de LM al ambiente 4h.	4	2	-	-
Mantenimiento de LM en refrigeración 12 h.	13	6	-	-

Mantenimiento de Lm congelada 15 días.	24	11	-	-
Conocimiento sobre beneficios de la leche materna para el bebe y la madres.				
Beneficios para la madre y el bebe.	214	100	-	-
Redes que apoyan la lactancia materna.				
Redes que apoyan la lactancia materna.	214	100	-	-
Total conocimiento		66.6		

Fuente. Encuesta sobre conocimiento de lactancia materna

Tabla 4. Conocimientos sobre lactancia materna: lactancia materna exclusiva, lactancia materna mixta, relactancia y destete en gestoras educativas FAMI de una fundación, Cartagena 2016.

LACTANCIA MATERNA	f	%
EXCLUSIVA. N: 214		
Alimentación solo lactancia materna hasta los 6 meses	169	79,0
Alimento entre la madre y el niño	3	1,4
Mejor alimento para el niño	26	12,1
Lactancia materna hasta los 4 meses	9	4,2
N/S o N/R	7	3,3
LACTANCIA MATERNA MIXTA.		
Después de 6 meses LM con otro alimento.	129	60,3
Otro alimento más leche de formula.	16	7,5
LM y leche de formula.	37	17,3
Combinar todos los nutrientes.	21	9,8
N/S o N/R.	11	5,1
RELACTANCIA.		
Cuando recibe varias clases de lactancia.	18	8,4
Cuando se da leche materna únicamente.	11	5,1
Volver a lactar después de haber retirado.	85	39,7

Cuando se acaba el periodo de lactancia y sigue.	46	21,5
N/S o N/R	54	25,2
DESTETE.		
Dejar de dar lactancia materna al niño	124	57,9
Cuando termina lm y empieza complementaria	28	13,1
Cuando termina el periodo de lactancia	39	18,2
N/S o N/R	23	10,7

Fuente. Encuesta sobre conocimiento de lactancia materna

Tabla 5. Conocimiento sobre toma diaria de leche materna en gestoras educativas FAMI de una fundación de Cartagena.

Tomas diarias de leche materna. N:214	f	%
Libre demanda	174	81,3
8 veces	2	,9
6 veces	4	1,9
NS/NR	34	15,9
Total	214	100,0

Fuente. Encuesta sobre conocimiento de lactancia materna

Tabla 6. Conocimiento sobre meses que se debe dar lactancia materna total, gestoras educativas FAMI de una fundación de Cartagena.

Meses de lactancia materna total. N: 214	f	%
24 meses	128	59,8
12 meses	39	18,2
18 meses	6	2,8
N/S o N/C	41	19,2
Total	214	100,0

Fuente. Encuesta sobre conocimiento de lactancia materna

Tabla 7. Conocimiento sobre tipos de leche materna que conocen las madres FAMI de una fundación de Cartagena.

Tipos de leche materna N:214	SI	%	NO	%
Calostro	0	0	214	100
Transición	48	22,4	166	77,6
Madura	47	22,0	167	78,0
Ninguna	117	54,7	97	45,3

Fuente. Encuesta sobre conocimiento de lactancia materna

Tabla 8. Conocimiento sobre factores que afectan la lactancia materna, gestoras educativas FAMI una fundación de Cartagena.

Factores afectan la lactancia materna. N:214	SI	%	NO	%
Enfermedad del niño	116	54,2	98	45,8
Enfermedad de la madre	151	70,6	63	29,4
Desconocimiento	57	26,6	157	73,4
Leche de formula	31	14,5	183	85,5

Fuente. Encuesta sobre conocimiento de lactancia materna.

Tabla 9. Conocimiento sobre razones para no dar lactancia materna en gestoras educativas FAMI de una fundación de Cartagena.

Razones para no dar lactancia materna. N:214	SI	%	NO	%
Enfermedad	163	76,2	51	23,8
Pezón invertido	30	14,0	184	86,0
Medicamentos	78	36,4	136	63,6
Ninguno	10	4,7	204	95,3

Fuente. Encuesta sobre conocimiento de lactancia materna

Tabla 10. Conocimiento sobre la extracción y mantenimiento de lactancia materna, gestoras educativas FAMI de una fundación de Cartagena.

Conoce sobre la extracción de lactancia materna y su mantenimiento. N:214	f	%
Si	195	91,1
No	19	8,9
Total	214	100,0

Fuente. Encuesta sobre conocimiento de lactancia materna

Tabla 11. Conocimiento sobre los beneficios que trae la leche materna para él bebe y la madre, gestoras educativas FAMI de una fundación de Cartagena.

Beneficios trae la leche materna para el bebé y la madre. N:214	SI	%	NO	%
Salud	183	85,5	31	14,5
Inmunidad	168	78,5	46	21,5
Nutrientes	78	36,4	136	63,6
Felicidad	60	28,0	154	72,0
Vinculo madre-hijo	115	53,7	99	46,3
Crecimiento Y Desarrollo	133	62,1	81	37,9
Evitar cáncer de mama	118	55,1	96	44,9

Fuente. Encuesta sobre conocimiento de lactancia materna.

Tabla 12. Conocimiento sobre las redes de apoyo de la lactancia materna, gestoras educativas FAMI de una fundación de Cartagena.

Redes de apoyo de la lactancia materna.	SI	%	NO	%
N:214				
Madres comunitarias	86	40,2	128	59,8
Fundaciones	137	64,0	77	36,0
Médicos	49	22,9	165	77,1
Enfermeras	87	40,7	127	59,3
Centro de salud	136	63,6	78	36,4

Fuente. Encuesta sobre conocimiento de lactancia materna.

