

**CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EN GESTORAS
EDUCATIVAS "MADRES FAMI" DEL ÁREA RURAL Y URBANA DE UNA
FUNDACIÓN DE CARTAGENA.**

**Investigador
Yurid Bueno Hernández**

**Tutor
Rossana López Saleme**

**Universidad de Cartagena
Facultad de Enfermería
Cartagena D.T. y C.**

2018

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	5
1. INTRODUCCIÓN	6
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
2.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	13
3. OBJETIVOS	14
3.1. OBJETIVO GENERAL:	14
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	14
4. MARCO TEORICO	15
5. METODOLOGÍA	25
5.1. TIPO DE ESTUDIO:	25
5.2. UNIVERSO	25
5.3. POBLACIÓN DIANA ACCESIBLE	25
5.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:	25
5.5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:.....	25
5.6. INSTRUMENTO.....	25
5.7. TÉCNICAS Y PROCESAMIENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	26
5.8. ANALISIS ESTADISTICO.....	27
5.9. CONSIDERACIONES ETICAS.....	27
6. RESULTADOS.....	29
7. DISCUSIÓN	31
CONCLUSIONES.....	35
RECOMENDACIONES	36
BIBLIOGRAFIA.....	37
ANEXOS.....	43

LISTA DE TABLAS

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS DE LAS GESTORAS EDUCATIVAS “MADRES FAMI” DEL ÁREA RURAL Y URBANA DE LA UNA FUNDACIÓN EN CARTAGENA 2016	43
TABLA 2. CONOCIMIENTOS SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA, MIXTA, RELACTANCIA Y DESTETE EN “MADRES FAMI” DEL ÁREA RURAL Y URBANA DE LA UNA FUNDACIÓN EN CARTAGENA 2016	44
TABLA 3. CONOCIMIENTOS SOBRE HASTA QUÉ TIEMPO SE DEBE DAR LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA, MIXTA Y TOMAS DIARIAS DE LAS GESTORAS EDUCATIVAS “MADRES FAMI” DEL ÁREA RURAL Y URBANA DE LA UNA FUNDACIÓN EN CARTAGENA 2016	45
TABLA 4. CONOCIMIENTOS SOBRE LOS TIEMPOS DE CONSERVACIÓN DE LA LECHE MATERNA EN GESTORAS EDUCATIVAS “MADRES FAMI” DEL ÁREA RURAL Y URBANA DE LA UNA FUNDACIÓN EN CARTAGENA 2016	46
TABLA 5. CONOCIMIENTOS SOBRES FACTORES QUE AFECTAN LA LACTANCIA MATERNA DE LAS GESTORAS EDUCATIVAS “MADRES FAMI” DEL ÁREA RURAL Y URBANA DE LA UNA FUNDACIÓN EN CARTAGENA 2016	47
TABLA 6. CONOCIMIENTOS SOBRE LACTANCIA MATERNA DE LAS GESTORAS EDUCATIVAS “MADRES FAMI” DEL ÁREA RURAL Y URBANA DE LA UNA FUNDACIÓN EN CARTAGENA 2016	48
TABLA 7. CONOCIMIENTOS SOBRE LAS REDES DE APOYO PARA LAS GESTORAS EDUCATIVAS “MADRES FAMI” DEL ÁREA RURAL Y URBANA DE LA UNA FUNDACIÓN EN CARTAGENA 2016	49
TABLA 8. CONOCIMIENTOS SOBRE LOS BENEFICIOS QUE TRAE LA LM PARA LA MADRE Y EL BEBÉ EN GESTORAS EDUCATIVAS “MADRES FAMI” DEL ÁREA RURAL Y URBANA DE LA UNA FUNDACIÓN EN CARTAGENA 2016	49

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	50
ANEXO 2. ENCUESTA DE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA ..	51

RESUMEN

Introducción: Hoy por hoy la leche materna sigue siendo un alimento esencial en la niñez, puesto que aporta muchos nutrientes vitales que ayudan al desarrollo y crecimiento del mismo. Pero muchas madres en la actualidad han dejado a un lado esta práctica alimentaria y debido a esta problemática la OMS invita a que se vinculen estrategias para favorecer la lactancia materna.

Objetivo: Comparar los conocimientos sobre lactancia materna que tienen las gestoras educativas "Madres FAMI" en área rural y urbana de una fundación en Cartagena.

Método: Estudio descriptivo, con una población de 214 gestoras educativas "Madres FAMI", de una fundación de Cartagena. El instrumento utilizado fue una encuesta con preguntas validadas por expertos.

Resultados: En las "Madres FAMI" del área rural, se evidencia que poseen un mayor conocimiento en las variables de conceptos y tiempos sobre lactancia materna, pero en cuanto a los factores y razones para no hacerlo, se encontró que poseen conocimientos limitados o desactualizados. Lo mismo sucede con los temas de extracción y tiempos de almacenamiento. Esto podría ser un punto clave que repercute en las malas prácticas que pueden desarrollar sus usuarias respecto a ésta temática.

Conclusión: Los conocimientos en el tema de lactancia materna, extracción y tiempos de almacenamiento de las "Madres FAMI", varía un poco entre las rurales y las urbanas, en mayor porcentaje es notorio que es por falta de información actualizada o poco acceso a la misma.

Palabras claves: Lactancia materna, Conocimiento. (DeCs).

1. INTRODUCCIÓN

Hoy por hoy la leche materna sigue siendo un alimento esencial en la niñez, puesto que, aporta muchos nutrientes vitales que ayudan al desarrollo y crecimiento del mismo. A su vez, es un alimento muy accesible y básico para la buena salud. Esta mejora el vínculo madre-hijo, fortalece el sistema inmune del niño y repercute en la formación de inmunoglobulinas, las cuales fortalecen al organismo para que no estén sensibles antes las infecciones. Las investigaciones dentro del área de la salud, nos indican que la lactancia materna ha estado relacionada teórica o empíricamente con un óptimo inicio en la vida del lactante, el desarrollo psicofísico más adecuado y la mejor protección frente a problemas de salud suyos y maternos. (63)

Pero muchas madres en la actualidad han dejado a un lado esta práctica alimentaria y debido a esta problemática la OMS invita a que se vinculen 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). (1)

Al ver la magnitud de la importancia de dicha práctica, es fundamental corroborar el nivel de conocimiento y actitudes, que poseen las gestoras educativas en el área urbana y rural de una fundación de Cartagena y posteriormente compararlos para poder ejecutar sus respectivas capacitaciones. Consecuente a esto, se obtendría la información suficiente para implementar estrategias que aumenten la lactancia materna, mejorar falencias comunitarias e incrementar trabajos de campo con un propósito investigativo.

De acuerdo, con la comparación de conocimientos de las madres FAMI en el área rural y urbana de una fundación de Cartagena, podemos resaltar que puede ser considerada una característica de estudio por muchos factores, dentro de ellas se encuentran la edad, nivel socioeconómico, estado civil, nivel de formación, ocupación, conocimiento sobre lactancia materna exclusiva (lactancia materna mixta, relactancia, destete), entre otros; los cuales podrían actuar como ``Variables`` independientes y a su vez, contribuir a explicar la variabilidad observada en los conocimientos de dichas gestoras educativas encontrados en la presente investigación.

El estudio presenta de manera secuencial el proceso investigativo en ocho capítulos:

En el primero, se induce al lector para que este entre en materia sobre la temática a desarrollar.

En el segundo capítulo se encuentra un resumen de la revisión de literatura que tiene apartados temáticos, en el cual se plantea la importancia de la lactancia materna y el déficit de esta práctica. A raíz de ello se evidencia la necesidad de estudiar los conocimientos que tienen las madres FAMI del área rural y urbana de una fundación de Cartagena se ha planteado, bajo métodos de evaluación con diferentes instrumentos que los conocimientos sobre lactancia materna van dirigidos en su gran mayoría, a madres en sus diferentes etapas (6). Cabe resaltar, que dichos conocimientos generan prácticas en las usuarias de las gestoras educativas.

Esto genera una gran pregunta: ¿Difiere el conocimiento sobre la lactancia materna, en gestoras educativas “madres FAMI” en área rural u urbana de una fundación de Cartagena?

En el tercer capítulo, podemos encontrar que el objetivo general es, comparar los conocimientos sobre lactancia materna que tienen las gestoras educativas “madres FAMI” en área rural i urbana en una ciudad de Cartagena, de este, se desprenden cinco objetivos específicos.

En el cuarto capítulo, encontramos que, según la OMS, la lactancia materna es el mejor comienzo en la relación madre-hijo, cubre las necesidades afectivas, nutritivas e inmunológicas del niño. también, es importante resaltar, que, para poder multiplicar estos conocimientos básicos, necesitamos que las gestoras educativas tengan el fundamento sólido y no lleven afirmaciones erradas a sus usuarias.

En el quinto capítulo, describimos la investigación como estudio descriptivo de tipo transversal con enfoque cuantitativo. La población estuvo conformada por 214 madres FAMI (27 del área rural y 187 del área urbana).

Se utilizó una encuesta para evaluar los conocimientos de dichas gestoras, el cual, fue validado por expertos y consecuente a esto, se realizó una prueba piloto. Luego, de recolectar la información necesaria, se procesó esta y se analizó estadísticamente para valorar el nivel de conocimientos de las madres FAMI a nivel urbana y rural.

En el sexto capítulo, se evidencian los resultados arrojados de las madres FAMI en ambas zonas y se demuestra la diferencia que éstas generan.

En el séptimo capítulo, discutimos los resultados hallados entre las gestoras educativas del área rural y urbana, entre estas mismas, debido a que, no se halló referencia de estos estudios a nivel local, nacional o internacional en el ámbito mencionado.

Por otra parte, se evidenció según Trujillo, J. [57] En relación con la lactancia materna, las madres FAMI vivieron experiencias diferentes y particulares con sus hijos, por eso entienden que el conocimiento científico por sí solo, no resuelve las inquietudes o dificultades que se presentan al momento de lactar, para ellas existen

otros elementos de tipo psicológico, afectivo, emocional y del conocimiento popular, que también son importantes en este tipo de situaciones.

Finalmente, concluimos con respecto a los conocimientos sobre la Lactancia Materna Exclusiva, Mixta, Re-Lactancia y Destete en las “Madres Fami” del área rural Vs las “Madres Fami” del área urbano; logramos concluir que un porcentaje muy alto de las madres tenían conocimientos correctos sobre los temas de LME, LM Mixta y Destete pero que en temas como la re-lactancia, no estaban muy bien informadas. Se presenta el mismo déficit tanto en las rurales como en las urbanas.

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 [1]. El poco conocimiento que posee nuestra 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, [2] y con el transcurrir del tiempo se han incrementado con el ánimo de aumentar los indicadores, sobre todo los relacionados con lactancia materna exclusiva, estas intervenciones están lideradas por diferentes entes territoriales, que han logrado elevar de forma mínima la incidencia, pero los patrones de lactancia aún se encuentran muy lejos del nivel recomendado [3].

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 [3].

En América Latina y el Caribe solo el 38% de los niños son alimentados con leche materna exclusiva 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 algunos países. En los últimos 20 años se ha estancado en países como República Dominicana (8%), ha disminuido en países como México (20% a 14,5%); sin embargo, otros países han demostrado un progreso como Colombia (15% a 43%) [4].

El déficit en la práctica de lactancia materna ha sido abordada desde varios puntos de vista; entre las que se encuentra: las usuarias[5], los profesionales[6], los problemas de infraestructura hospitalarias[2] y desde los grupos de apoyo; todo con el objetivo de aumentar el uso de la lactancia materna, sobre este último abordaje se tiene soporte tal como lo planteado por Muruka, C y Ekisa, H[7] quienes resaltan que bajo la presión de los resultados obtenidos, se crearon programas promotores de la 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, se instauró los grupos Madre-Madre, los cuales están conformados por mujeres de cualquier edad, que se reúnen para aprender y discutir sobre temas de nutrición del lactante y del niño pequeño. Son capacitadas directamente por *The Infant & Young Child Nutrition* (TIYCN), de manera interactiva y participativa [7]. Este programa educativo abierto a madres voluntarias, con deseos de colaborar al problema actual en LM, debe tener una característica singular, y es un espíritu líder para captar la atención de madres primerizas, buscando la óptima orientación en distintos tópicos, incluyendo LM [8].

La LLLI propuso internacionalizar esta idea para aumentar la práctica de la LM y disminuir la tasa de mortalidad infantil por diferentes enfermedades prevalentes en la infancia. [9] Se implementó en 66 países alrededor del mundo, de los cuales, de acuerdo al desarrollo y organización de las naciones se resultaron los resultados, los cuales se encuentran reflejados en los índices de práctica de LM en cada país. Green, C. [10] en su estudio sobre los grupos de apoyo, muestra evidencia de la organización dispuesta por las instituciones directrices del proyecto en las respectivas patrias, por ejemplo: Europa y Estados Unidos [10], exponen que los efectos a raíz de la formación han sido óptimos puesto que los porcentajes de LM han aumentado en el país, 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 [10].

Por otra parte, en algunos países, los líderes implicados en la propuesta de los grupos Madre-Madre, empezaron con buena iniciativa, pero la organización planteada no fue llevada a cabo. Es decir, el orden establecido por la (LLLI), en el cual se daría énfasis a la educación de la madre voluntaria; puesto que de esta depende el cambio en las usuarias a su cargo y a largo plazo de toda la comunidad [7].

Actualmente en países como Kenia y Colombia se identifican estos problemas en la estructura del apoyo. Muruka C y Ekisa H [7] 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 de intervención del programa de apoyo después de un año de aplicación. Revelando así una captación nula de la información brindada por los promotores educativos; demostrando las falencias en el nivel de capacitación dado a 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 [11].

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” [11], 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 [12].

Correa, G [13] en un estudio cualitativo del conocimiento que poseen las "Madres FAMI" a las que se les ha ofrecido una educación sobre lactancia materna certificada, la cual les brinda una posición superior en su nivel educativo; dentro de las respuestas obtenidas, resaltaron las competencias en tiempo de lactancia materna exclusiva, la composición de la leche materna, las ventajas de reforzar esta práctica, entre otros tópicos y lo que más resalta es que las respuestas de sus usuarias fueron similares, además de demostradas durante la entrevista.[13] Lo que indican estos resultados es que el progreso personal y profesional son un motivante importante al momento de brindar conocimientos a las gestoras educativas "Madres FAMI", sin embargo, no siempre se proporciona este apoyo; esto se ve reflejado en el estudio diagnóstico de Amariles, M [14]; en este se demuestra 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 ve reflejados en sus usuarias mediante la resistencia al cambio de prácticas.

Estos problemas también se vieron reflejados en la ciudad de Cartagena de Indias, la cual cuenta con 3 fundaciones que trabajan con "Madres FAMI". Una de ellas, cuenta con 214 Madres (27 en el área rural y 187 en el área urbana) y aproximadamente 2616 usuarias entre gestantes y lactantes. Estas "Madres FAMI" de ambas áreas (rural y urbana) educan a las usuarias 2 veces a la semana por dos años, desde la gestación, demostrando así que es la mejor vía para llegar a una modificación en la práctica de LM. Las mismas "Madres FAMI" del área rural y urbana, expresan 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 [14].

La formación es primordial en el personal situado en las áreas de maternidad y cuidados infantiles ya que se ha demostrado la efectividad de la formación de estos profesionales en el mantenimiento y duración de la lactancia.() En este sentido, se hace necesario el estudio de la comparación de los conocimientos sobre lactancia materna en madres FAMI del área rural y urbana, debido a que, estos han sido afectados por los cambios de la sociedad a lo largo de su desarrollo, donde la

información compartida por la gestora está determinada por algo más que los conocimientos científicos.

Lo anterior, plantea la necesidad presente y futura de seguir profundizando en los conocimientos sobre lactancia materna que poseen las gestoras educativas "Madres FAMI" del área rural y urbana en una fundación de Cartagena y los mitos o creencias que estas tienen respecto al tema de base.

Bernal, M. [5], reafirma lo anterior, describiendo que los conocimientos sobre lactancia materna, van dirigidos en su gran mayoría, a madres en sus diferentes etapas: gestantes, puérperas y posparto, Benjumea M [6], informa que en cierta población colombiana el 20,2% de las madres no poseen el conocimiento indicado sobre la LM, y el porcentaje restante no tiene la información teórica adecuada, están basados en historias familiares, mitos y asesoría preparto [9], con respecto al último mencionado, la LLLI resalta que el papel del gineco - obstetra es importante para el éxito o fracaso de la lactancia[9]. Los investigadores Soto y Casanova, apoyan argumentando 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 [16]. Por su parte Newman expresa desde su experiencia que *"Todos los profesionales de la salud dicen apoyar la lactancia materna. Pero muchos la apoyan solo cuando se desarrolla sin complicaciones y aun así, no siempre. Mientras la lactancia materna, o cualquier otra circunstancia en la vida de una madre joven que no se desarrolle perfectamente, muchos recomiendan el destete o los complementos de leches artificiales"*[15]. 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.

Por otra parte, es de vital importancia conocer el nivel de conocimiento que tienen las madres FAMI del área rural y urbana sobre lactancia materna, debido a que, estas tienen idiosincrasias diferentes por las costumbres y el área donde se encuentran. Esto, conlleva a una necesidad básica de conocer las diferencias entre dichas gestoras educativas, con el objetivo de poder generar mayores fundamentos en ellas y capacitar de forma idónea a sus usuarias. Con esta estrategia, también evitamos que dichas madres FAMI multipliquen información errónea por los mitos de sus antepasados, cultura o creencias.

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 [17].

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, M [18] afirma que la Enfermería es la principal fuente 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 actual investigación será un apoyo de información crucial para futuras investigaciones u/o proyectos investigativos que aspiren llevar a cabo sobre conocimiento de lactancia materna en las gestoras educativas “madres FAMI”, tanto a nivel local, departamental, regional o nacional.

2.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Difiere el nivel de conocimiento, sobre la lactancia materna, en gestoras educativas “madres FAMI” en área rural y urbana de una fundación en Cartagena?

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General:

Comparar los conocimientos sobre lactancia materna que tienen las gestoras educativas "Madres FAMI" en área rural y urbana de una fundación en Cartagena.

3.2. Objetivos Específicos:

- Caracterizar socio-demográficamente al grupo de gestoras educativas "madres FAMI" del área rural y urbana de una fundación en Cartagena.
- Determinar los conocimientos sobre la lactancia materna exclusiva, mixta, relactancia y destete que tienen las gestoras educativas "madres FAMI" del área rural y urbana de una fundación en Cartagena.
- Determinar el conocimiento sobre los beneficios hacia la madre y el niño de la lactancia materna que tienen las gestoras educativas "madres FAMI" en área rural y urbana de una fundación en Cartagena.
- Identificar el conocimiento sobre los factores que favorecen el mantenimiento o el abandono a la lactancia materna que poseen las gestoras educativas "madres FAMI" en área rural y urbana de una fundación de Cartagena.
- Establecer diferencias de los conocimientos sobre lactancia materna que poseen las gestoras educativas "madres FAMI" en área rural y urbana de una fundación en Cartagena.

4. MARCO TEORICO

Según la OMS la lactancia materna es el mejor comienzo en la relación madre – hijo, cubre las necesidades afectivas, nutritivas e inmunológica del niño. La OMS recomienda lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida y con complementaria hasta los dos años de edad [19].

Por otro lado; la lactancia del seno de la madre está contraindicada en los lactantes con galactosemia y en las madres que tienen tuberculosis activa no tratada o que son positivas en el análisis del virus linfotrofo humano de células T tipo 1 o 2, en madres que consumen sustancias de abuso y que toman algunos medicamentos como antimetabolitos o fármacos quimioterápicos [20].

Cabe resaltar que entre los efectos benéficos de la lactancia materna exclusiva que se pueden mencionar para el lactante están: **Descenso de la incidencia o intensidad de enfermedades** como la meningitis bacteriana, bacteriemia, diarrea, infección de vías respiratorias, enterocolitis necrotizante, otitis media, Infección de vías urinarias, sepsis tardía en lactantes pre termino. **Descenso de las tasas de:** Síndrome de muerte súbita del lactante, diabetes tipo 1 y 2, linfoma, leucemia, enfermedad de Hodgkin, sobrepeso y obesidad, hipercolesterolemia, alergias alimentarias, asma. **Desarrollo neuronal:** Mejora el rendimiento en los test de desarrollo cognitivo, proporciona analgesia durante procedimientos dolorosos (punción en el talón en los recién nacidos) y favorece la unión madre e hijo [20].

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.

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 [19].

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 [20].

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 [21].

A lo largo de la vida se han descubierto muchos beneficios que trae la lactancia materna, tanto para la madre como para el bebé. Puesto que, la leche materna proporciona nutrientes de alta calidad que el bebé absorbe fácilmente y utiliza con eficacia. Cabe resaltar que los principales son:

- Establece un vínculo afectivo único y especial con su hijo/a
- Contribuye a la pérdida del peso ganado en el embarazo, junto a una dieta saludable y realización de ejercicios.
- Mejora el desarrollo intelectual y motor del niño/a.
- Protege contra infecciones y disminuye el riesgo de alergias.
- Disminuye el riesgo en el bebé de tener sobrepeso u obesidad en la edad adulta.
- Evita un gasto innecesario de dinero, al comprar fórmulas lácteas que sustituyen la lactancia materna [22].
- Reduce el riesgo de padecer cánceres de mama y pre menopáusicos: Un estudio multicéntrico en Estados Unidos, en cuatro estados del este, encontró que el riesgo relativo de cáncer de mama en mujeres pre menopáusicas era inversamente proporcional a la duración de la lactancia.
- Reduce el riesgo de padecer cánceres de ovarios: Un estudio multinacional en Australia, Chile, China, Israel, México, Filipinas y Tailandia encontró que el riesgo relativo de cáncer de ovario era menor cuando la duración de la lactancia era mayor.
- Reduce el riesgo de padecer diabetes de tipo 2 a la madre. Esto podría deberse a la mejora de las hormonas de glucosa [23].
- Menor riesgo de diarrea para el bebé: Un estudio en Filipinas mostró que la lactancia artificial se asociaba a un riesgo hasta 17 veces mayor de diarrea que la lactancia materna exclusiva. Los que recibían lactancia mixta tenían un riesgo de sufrir diarrea superior a los que tomaban sólo el pecho, pero inferior al de los que no recibían leche materna
- Menor riesgo de mortalidad infantil por enterocolitis necrotizante en prematuros.
- Los bebés lloran menos y las madres responden mejor a las necesidades de sus hijos.
- Los prematuros que han tomado leche materna en las primeras semanas, obtienen años más tarde, mejores puntuaciones en pruebas de inteligencia que los que recibieron leche artificial.
- La lactancia materna favorece el desarrollo visual.
- Reduce la hemorragia postparto y acelera la recuperación del útero debido a la liberación de oxitócina durante la lactancia
- La lactancia materna protege a la madre contra la osteoporosis y la fractura de cadera en edad avanzada
- Ahorro para el sistema de Salud: Se reduce a la mitad el costo comparado del tratamiento durante el primer año de niños con lactancia materna con respecto a la lactancia artificial, debido al menor número de hospitalizaciones
- Ahorro para la familia: El porcentaje del salario medio o mínimo necesario para suplementar la dieta de la madre lactante es muy inferior al que se necesita para adquirir sucedáneos de la leche materna.

- Inmunidad: La leche materna es un líquido vivo, que protege al lactante contra las infecciones por su contenido en células, factores antiinflamatorios, factores específicos, antibacterianos, antivíricos y antiprotozoarios y por la naturaleza interactiva de las inmunoglobulinas Ig A. Por ello, se dice que la leche materna es potenciadora de la inmunidad.
En las últimas décadas se ha demostrado, en países desarrollados, que los niños de pecho tienen menos otitis, neumonías, diarreas, meningitis, alergias. etc. Todos estos niños ya estaban tomando leche contaminada con dioxinas, lo que demuestra que las ventajas de la lactancia materna superan ampliamente a los posibles riesgos de las dioxinas [24].

Los conocimientos sobre estos beneficios contribuyen a mejorar la práctica de lactancia materna.

3.1 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 [25].

El conocimiento se lleve 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 [25].

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

En la Guía práctica para profesionales sobre la lactancia materna[26] 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 bebé, 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 pre término, 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 cuidados de situaciones especiales como patologías maternas

y patologías del recién nacido. Además debe tener conocimientos sobre los fármacos en la lactancia [26].

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. [27] 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 [26].

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 [25].

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. [28].

3.1.1 Conocimientos en 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. [29] 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. [29]

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. [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. [30]

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 [25]. Es importante enfatizar la capacitación apropiada, en todos los aspectos sobre la lactancia materna, con la que debe contar el personal de salud y las madres para que las niñas y niños puedan disfrutar de los beneficios de recibir LME. [31].

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. [32]

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. [32]

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 [33]. 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 [34].

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 [2]. 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 creo el programa Familia, Mujer e Infancia (FAMI).

3.2 Gestoras educativas “Madres FAMI”

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); son grupos organizados, liderados por mujeres voluntarias de la comunidad, comprometidas y responsables, pero sin ningún requisito de educación profesional previo. [17] Por esta razón la institución 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. [17] Estos hogares son lo que llama la UNICEF como grupos de apoyo madre-madre. [16]

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. [16] Además los Hogares FAMI; los cuales tienen como objetivo principal, “propiciar el desarrollo humano de los niños y las niñas menores de 7 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 [16].

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 las gestoras educativas FAMI del área rural y urbana 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. [19]

Por lo tanto, al momento de brindar información y consejería a estas madres, se debe hacer énfasis en los términos bases de esta práctica, los cuales las Madres FAMI del área rural y urbana deben de tener bases teóricas que evidencie el manejo de cada uno de los términos y que la información que proporcionan a las madres generaran cambios.

3.3 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” del área rural y urbana de una fundación de Cartagena, encontramos los tipos de leche humana que se distinguen: La leche de 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 (lactosona) que la leche madura. [21] El calostro es fundamental para los primeros días del bebe, debido a alta cantidad de factores de defensa que favorecen al sistema inmune del bebe [38].

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.

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.

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. Además, 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. También, retrasa el inicio de la fertilidad, reduciendo los riesgos en la salud materna asociados a cortos intervalos entre nacimientos [39].

Finalmente, 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. 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 [40].

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

- 3.3.1 Lactancia Materna Exclusiva:** Es cuando el lactante recibe solamente leche del pecho de su madre o de una nodriza, o recibe leche materna extraída del pecho y no recibe ningún tipo de líquidos o sólidos, ni siquiera agua, con la excepción de solución de rehidratación oral, gotas o jarabes de suplementos de vitaminas o minerales o medicamentos[41].
- 3.3.2 Lactancia Mixta:** Es el resultado de la combinación de la Lactancia Materna con la Lactancia Artificial, se emplea cuando la natural no es suficiente [42].
- 3.3.3 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 [43].

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 EL ALMACENAMIENTO DE LA LECHE MATERNA

- 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 [56].

De acuerdo a los conocimientos que se han descrito anteriormente sobre LM, estos pueden ser brindados a mujeres gestantes y madre con bebes 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.

Penny 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. Van Esterik [44] afirma que los grupos madre a madre son apoyo para mamas que desean lactar, brindando información sobre experiencia práctica de manera informal.

El programa se 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, H y Ekisa, C [7] 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, pueden ser necesarias para mejorar las tasas de lactancia materna exclusiva comunidades. [7].

En otra instancia Handayani L (46), en su estudio realizado en Indonesia El resultado 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. [45]

Otros estudios realizados, Kong y Lee, concluyeron que la madre con conocimientos es identificada 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, L y Azlina, K [46] reportó 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:

El presente trabajo es un estudio descriptivo de tipo transversal con enfoque cuantitativo

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. [47]

Por otro lado, la investigación comparativa es aquella cuyo propósito consiste en precisar diferencias y semejanzas entre dos o más grupos con respecto a un mismo evento [48].

5.2. Universo

La población o universo, la conforman 3 fundaciones en Cartagena que agrupan a las gestoras educativas "Madres FAMI", trabajadoras del Instituto Colombiano bienestar familiar.

5.3. Población Diana Accesible

La población estuvo conformada por 214 "Madres FAMI" de una fundación en la ciudad de Cartagena, la cual se constituyó en la muestra.

Gestoras educativas del área rural: 27

Gestoras educativas del área urbana: 187

5.4. Criterios de inclusión:

Gestoras educativas "madres FAMI" que firmaron el consentimiento informado.

5.5. Criterios de Exclusión:

Gestoras educativas "madres FAMI", que no tuvieron disponibilidad de tiempo para realizar las encuestas o capacitaciones.

5.6. Instrumento.

El instrumento fue elaborado en el marco de la escuela de lactancia materna adscrita al grupo de investigación Salud mujeres e infancia, el instrumento fue sometido a 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" del área rural y urbana; 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. De la misma forma se obtuvo como resultado un alfa de Cronbach de 0,71, en la fiabilidad y consistencia interna del instrumento.

Los dos aspectos del instrumento para evaluar los conocimientos de las gestoras educativas "Madres FAMI" del área urbana y rural presentaron ciertas características:

Características de la Madres FAMI, que se subdividió en:

Socio - demográficas que contenía información tal como: Identificación, nivel de formación, edad, estrato, estado civil y ocupación.

Laborales indagando la siguiente información: Horario de trabajo, horas de trabajo, tiempo de labor y años cumplidos.

Características del conocimiento sobre lactancia materna de las Madres FAMI.

A través de preguntas abiertas, se cuestionaron diferentes variables con una buena correlación entre ellas,

Fuente de información sobre lactancia materna.

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.

Extracción y mantenimiento de lactancia, estuvo constituida por una sola pregunta: el conocimiento de conservación.

Y por propuesta de los expertos, se aplicaron respuestas múltiples de única respuesta y de múltiple respuesta a preguntas de mayor contenido, tales como:

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

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.

5.7. Técnicas y Procesamiento de Recolección de Información

Para llevar a cabo este trabajo de investigación se utilizó la técnica de la encuesta para recolectar los datos, la cual se realizó en cuatro 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” y el fin que se quería obtener.
3. Programar reunión informativa de las gestoras educativas “Madres FAMI” tanto en el área urbana como rural para el diligenciamiento de las encuestas.

Así como fue necesaria la autorización de la fundación en cada uno de los procedimientos que se realizaron, también fue de vital importancia para el desarrollo de la investigación informar a las gestoras educativas “Madres FAMI” sobre el objetivo del estudio, tener aprobación y su consentimiento informado.

Fue decisión de las “madres FAMI” el participar de la investigación, por lo tanto, respondieron afirmativamente o se negaron.

4. 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. Las respuestas se analizaron y se valoraron como correctas e incorrectas. Las respuestas se consideraron correctas si coincidía con los parámetros establecidos por la OMS para la definición de temas que abarcan la lactancia materna e incorrecta si por el contrario no tenía ninguna similitud con el apelado del instrumento.

5.8. ANALISIS ESTADISTICO

Una vez obtenida la información, se procedió a registrarla, ordenarla y almacenarla, en una base de datos creada en el programa Microsoft Office Excel, en su formato estandarizado; donde se tabularon las respuestas proporcionadas por la población estudio y el software spss.

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

Características socio-demográficamente del grupo de gestoras educativas "madres FAMI" en área rural y urbana de una Fundación en Cartagena.

Del total de la muestra (214 madres FAMI del área urbana y rural), la mayoría está constituida por mujeres con edades entre 41-51 años (53.8% en área rural y 34% en área urbana). En la tabla N°1 se observan detalladamente las características sociodemográficas de los sujetos de estudio. Ver **Tabla N°1**.

Conocimientos sobre la lactancia materna exclusiva, mixta, relactancia y destete que tienen las gestoras educativas "madres FAMI" en área rural y urbana de una fundación en Cartagena.

Según la tabla N°2 la gran mayoría 84.62% del área rural y el 78.19% del área urbana expresan que la lactancia materna exclusiva es la alimentación donde se da solo lactancia materna hasta los 6 meses. Este resultado, refleja que en ambas zonas tienen conocimiento sobre la pregunta encuestada.

Con relación al tema de lactancia materna mixta, la gran mayoría de encuestadas que formó parte de este subgrupo; reportó tener conocimiento de esta temática (61.5% en área rural y 60.1% en área urbana). Así mismo, más de la mitad demostró tener conocimiento en base a la relactancia y destete (96.1% en zona rural y 94.2% en zona urbana). Ver **Tabla N°2**.

Conocimiento sobre tiempos en la práctica de lactancia materna.

Cabe resaltar que las "madres FAMI" del área rural y urbana, respondieron de manera correcta respecto a los tiempos en la práctica de lactancia materna. Ver **Tabla N°3**.

Por otro lado, es muy significativo que el 28.9% de las encuestadas del área urbana dice no saber o no responden. Ver **Tabla N° 4**.

En lo concerniente a los factores que afectan la lactancia materna, menos de la mitad de las madres FAMI del área rural y urbana manifestaron que no todos los factores mencionados en la encuesta afectan la lactancia. En contraste, un porcentaje muy significativo reportaron "la enfermedad" como factor principal el cual afecta la lactancia (74.1% en área rural y 76% en área urbana). Ver **Tabla N°5**

También, se evaluó el grado de conocimientos que las "madres FAMI" del área rural y urbana poseían respecto a la extracción de la leche materna y su mantenimiento, ventajas del calostro y los tipos de leche materna. Con referencia al grado de conocimiento que tienen las encuestadas sobre la extracción de la leche materna y mantenimiento de esta, la mayor parte indicó que si poseen dicho conocimiento (100% en área rural y 89.8% en área urbana). Ver **Tabla N°6**.

Para un porcentaje significativo de los sujetos de estudio, una de las mayores ventajas del calostro fue, ser la primera vacuna del bebé (92,6% área rural y 82.9% área urbana). Ver **Tabla N°6**.

Respecto a los tipos de leche materna, el 78% de madres FAMI entre área rural y urbana desconocen por completo estos conceptos. Ver **Tabla N°6**.

Conocimiento sobre las redes de apoyo de la lactancia materna.

Respecto a las redes de apoyo de la lactancia materna, y de acuerdo a la evaluación realizada a las Madres FAMI del área rural y urbana, es notorio que las gestoras educativas Sí tienen conocimiento en un 40.2%(86) y el 59.8%(128) señalan que NO. Pero hay que tener en cuenta, que las estadísticas indican que un mayor porcentaje desconoce las redes de apoyo. Ver **Tabla N°7**.

Finalmente, las madres del área rural evidenciaron que en cuanto a los beneficios de la leche materna para el bebé y la madre, son múltiples y los que se encontraban en la encuesta realizada, por el contrario; las madres FAMI del área urbana no seleccionaron todos los beneficios correspondientes (80.9% área rural y 53.6% área urbana). Ver **Tabla N° 8**.

7. DISCUSIÓN

Se pudo evidenciar que hay diferencias significativas entorno a las prácticas de las madres FAMI en el área rural más que el área urbana. Y cabe resaltar que son pocos los estudios planteados, puesto que este es el primer trabajo que intenta hacer una aproximación de qué tanto conocimiento tienen las madres FAMI del área urbana y rural de una fundación de Cartagena.

1. Conocimientos sobre la lactancia materna exclusiva, mixta, relactancia y destete que tienen las gestoras educativas "madres FAMI" en área rural y urbana de una fundación en Cartagena.

Según la tabla N°2 la gran mayoría 84.62% del área rural y el 78.19% del área urbana expresan que la lactancia materna exclusiva es la alimentación donde se da solo lactancia materna hasta los 6 meses.

Con respecto al conocimiento de la relactancia el 50% de las encuestadas de la zona rural la definen cuando se acaba el periodo de lactancia y sigue, mientras que el 40, 43% de las encuestadas en la zona urbana, la definen como volver a lactar después de haber retirado. Este resultado, refleja que es asertivo en el conocimiento sobre la pregunta 8.

Aunque el 26,92% de las encuestadas de la zona rural respondieron que destete era, cuando termina el periodo de lactancia. Un 46.15% (102), la definió como el dejar de dar lactancia materna al niño; sin embargo, la gran mayoría, 54,26% de la zona rural también la definió de la misma manera. (Tabla 2).

Es acertado el tiempo en bajar el calostro entre las madres FAMI del área rural (40.7%) y las madres FAMI del área urbana (47.6%). Pero significativo que el 28.9% de las encuestadas del área urbana dice no saber o no responden. Tabla N° 4.

La tabla N°6, todas las "madres FAMI" de la zona rural conocen acerca de la extracción de lactancia materna y su mantenimiento, de la misma manera la gran mayoría (el 89.8%) de las "madres FAMI" de la zona urbana.

Las ventajas del calostro que conocen las "madres FAMI" está en la primera vacuna, con un 92.6% (25 mujeres) de la zona rural, y el 82,9%(155 mujeres) de la zona urbana. Tabla 6.

Así mismo, con respecto a las ventajas del calostro si limpia o no el organismo 17 mujeres (63%) de la zona rural dice que si, en cambio el (84%) 157 de las mujeres de la zona rural dicen que no limpia el organismo.

El 59.3% de las madres FAMI de la zona urbana manifiestan conocer la leche materna de transición, pero el 82.89% de la zona urbana dice no conocerla. En cuanto la leche materna madura, el 55.6% de las "madres FAMI" dicen conocerla y el 82.89% de las "madres FAMI" de la zona urbana dicen que no. Tabla 6

El 59.26% de las "madres FAMI" de la zona rural dice que la información acerca de la lactancia materna la obtuvo con el personal de salud, así mismo el 65.24% de las madres FAMI de la zona urbana Tabla 6.

2. Conocimientos sobre extracción y almacenamiento de la leche materna.

En relación a los conocimientos sobre la extracción de lactancia materna y su mantenimiento, las "madres FAMI" del área urbana indican que el 91.1%(195) dicen que sí mientras las del área rural 8.3%(19) contestan que no. Tabla 4

El 98%(210) de las "madres FAMI" responden incorrectamente el tiempo de duración de la leche materna a temperatura ambiente y solo el 2%(4) responden correctamente. Tabla 4

El 94%(201) de las madres FAMI responden incorrectamente el tiempo de duración de la leche materna a temperatura de refrigeración y solo el 6%(13) responden correctamente. Tabla 4

El 94%(201) responden incorrectamente el tiempo de duración de la leche materna a temperatura de congelación y solo el 11%(24) responden correctamente. Tabla 4

En base a esto, se puede evidenciar el grado de conocimientos que tienen las madres FAMI del área rural y urbana de una fundación de Cartagena.

A lo largo de la historia de la humanidad la leche materna ha sido reconocida cultural y científicamente como el mejor método de alimentación infantil y la lactancia materna como parte del proceso reproductivo que permite a la mujer y a su hijo fortalecer el vínculo afectivo y proteger su salud. Sin embargo, todas estas ventajas parecen ser insuficientes al tomar la decisión de lactar y cada vez menos madres realizan esta práctica [57].

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 [25]. Es importante enfatizar la capacitación apropiada, en todos los aspectos sobre la lactancia materna, con la que debe contar el personal de salud y las madres para que las niñas y niños puedan disfrutar de los beneficios de recibir LME [31].

A pesar de que se ha mostrado la importancia de los programas de protección y promoción de la lactancia materna, esta práctica continúa en descenso. Los programas están orientados a satisfacer las necesidades de los lactantes, sin reconocer a la mujer en su individualidad frente a la decisión de lactar y como un sujeto que construye sus conocimientos, significados y valores alrededor de la lactancia desde su lugar social, como un asunto propio que se da en un espacio privado. Probablemente esta orientación ha contribuido a que las madres conozcan los beneficios de la leche materna para los niños, pero no las ventajas para ellas mismas [57].

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].

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 [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 [30].

Trujillo, J. [57] En relación con la lactancia materna, las madres FAMI vivieron experiencias diferentes y particulares con sus hijos, por eso entienden que el conocimiento científico por sí solo, no resuelve las inquietudes o dificultades que se presentan al momento de lactar, para ellas existen otros elementos de tipo psicológico, afectivo, emocional y del conocimiento popular, que también son importantes en este tipo de situaciones.

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.

Trujillo, J. menciona que, entre sus preocupaciones más frecuentes con la lactancia, las madres FAMI mencionaron los cambios físicos en los senos y en el cuerpo, el sentir placer al amamantar, y la pena e incomodidad al lactar en público. Estas situaciones y su resolución dependían de posiciones de rechazo o aceptación de personas cercanas, entre ellas de los esposos, además del conocimiento que tenían del tema, y de las orientaciones que les brindaba el personal de salud, quienes, en la mayoría de los casos, no se preocuparon por abordar estos temas en sesiones educativas, ni en consultas. [57]

En los resultados se evidenció que las Madres FAMI, no están siendo capacitadas, ni actualizadas por parte de la entidad responsable de esta estrategia, puesto que se evidencia que el 63%, obtiene la información por parte del personal de salud, y personal voluntario; dando base al desconocimiento y falta de actualización en el tema de Lactancia materna, pero no solamente este, si no muchos otros que ellas

transmiten a sus usuarias con información que solo posee desde una experiencia personal o de la información transmitida por la familia, precisamente por madres y abuelas.

Limitaciones: Son pocos los estudios que hacen una aproximación real en torno al tema evidenciado en la presente investigación, debido a que hoy por hoy este es el primero que se ha ejecutado y próximamente a publicar, para generar fuentes de conocimientos que llevan a crear estrategias en pro de un mejor conocimiento sobre lactancia materna.

CONCLUSIONES

En relación a los conocimientos sobre lactancia materna en las Madres FAMI del área rural y urbana se evidencia que poseen un mayor conocimiento en las variables de conceptos y tiempos sobre lactancia materna, pero en cuanto a los factores y razones para no hacerlo, encontramos que poseen conocimientos limitados o desactualizados. Lo mismo sucede con los temas de extracción y tiempos de almacenamiento. Esto podría ser un punto clave que repercute en las malas prácticas que pueden desarrollar sus usuarias respecto a ésta temática.

Con respecto a los conocimientos sobre la Lactancia Materna Exclusiva, Mixta, Re-Lactancia y Destete en las “Madres Fami” del área rural Vs las “Madres Fami” del área urbano; logramos concluir que un porcentaje muy alto de las madres tenían conocimientos correctos sobre los temas de LME, LM Mixta y Destete pero que en temas como la re-lactancia, no estaban muy bien informadas. Se presenta el mismo déficit tanto en las rurales como en las urbanas.

A medida que se identificaba, desarrollaba y describían cada proceso de la Lactancia Materna, observamos que sobresalen tres puntos muy importantes en cuanto a los beneficios que les genera la leche materna para el bebé y la madre; estos beneficios son Felicidad en un 72%, nutrientes en un 63,6% y, en un porcentaje más bajo pero significativo con respecto al resto de los puntos, encontramos el del vínculo madre e hijo 46,3%.

RECOMENDACIONES

- Hacer estudios de seguimiento a las "Madres FAMI" en área rural y urbana paulatinamente.
- Publicar los proyectos realizados sobre la temática anteriormente desarrollada para tener evidencias científicas y poder disminuir el vacío que se presenta.
- Supervisión en los proyectos que se realicen en la comunidad para un mejor mañana y poder repercutir en un mejor futuro para esta.
- Crear más capacitaciones sobre lactancia materna a las "Madres FAMI" en la zona rural y urbana, consecuente a evaluar qué tanto conocimiento presentan después de estas capacitaciones.

BIBLIOGRAFIA

1. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia Materna: guía para profesionales [Bibliografía]. Madrid: Ergon; 2004. 446 p.
2. 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>.
3. 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
4. Organización panamericana de la salud. Organización Mundial de la salud. Apoyo a las madres que amamantan: cercano, continuo y oportuno. 2013. 4pp.
5. 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.
6. 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.
7. 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>
8. 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.
9. 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>.

10. 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
11. 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.
12. 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.
13. Correa, G. Significado de la experiencia de lactancia materna exclusiva para la madre en los primeros seis meses de vida de su hijo. [Tesis maestría]. Bogotá, Colombia. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá; 2014.
14. Amariles, M. Castañeda, C. Rodríguez, M. Hogares en línea, su comunidad en la red: propuesta educomunicativa para madres comunitarias y el ICBF [Tesis universitaria]. [Pereira]. Universidad Tecnológica de Pereira; 2009. 97p.
15. 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
16. Soto, F. Casanova, H. Madres comunitarias el ser y el hacer, una construcción social. Universidad Tecnológica de Pereira. Escuela de ciencias sociales. Pereira. 2009.
17. 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.
18. 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.

19. Romero, M. Salgado J. La lactancia materna en el niño mayor. Medicina naturista, 2006; N° 10:646-652.I.S.S.N. 1576-3080.
20. Mahan K, Escott-Stump S. Dietoterapia de Krause. 12va Ed. Elsevier MASSON. Barcelona, España. 2009
21. Organización Mundial de la Salud (OMS). Embarazo en adolescentes: Un problema culturalmente complejo. 2009. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/index.html>. Accesado en Mayo 2017
23. 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.
24. 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.
25. Castillo Belén JR, Ramos Veranes A, Castillo Belén A, Rizo Rodríguez R, Cádiz Lahens A. Lactancia materna e inmunidad. Impacto social. MEDISAN. 2009, Agosto; Vol. (13) N°. (4): 11p.
26. Ministerio de salud. Beneficios de la lactancia materna para la madre y el hijo/a. Chile: UNICEF; 2009. 4p.
27. La lactancia materna y las Enfermedades No Transmisibles (ENTs). Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=17753&Itemid.
28. Blazquez, M. Ventajas de la lactancia materna. Revista Medicina Naturista. 2000; Vol. (1): 44-49p.
29. 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.
30. Servicio Andaluz de Salud. Guia práctica para profesionales sobre la lactancia materna. [Tesis de grado]. [España], Escuela Andaluza de Salud pública. 2011. 58p.

31. 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.
32. 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.
33. 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.
34. 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.
35. Rodríguez, F. Borace, R. López, A. Conocimientos, actitudes y prácticas del personal multidisciplinario de salud y la promoción realizada a las madres con respecto a la lactancia materna en dos maternidades. UNICEF. Panamá. 2006. 53p.
36. 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
37. Mazonett, 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
38. 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
39. 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
40. 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>
41. 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

42. 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>
43. Barriuso, L. Miguel, M. Sánchez, M. Lactancia materna: factor de salud. Recuerdo histórico. 7 de junio de 200, Vol. 30, No. 10p.
44. 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.
45. Organización Mundial de la Salud (OMS). La alimentación del lactante y del niño pequeño. Washington, D.C: OMS; 2010. 109p. Serie: ISBN: 978-92-75-33094-4.
46. Arriza, P. Granados, S. Martínez, J. Sánchez, C. Técnicas Básicas de Enfermería. España. Ediciones Paraninfo; 2014. 670p.
47. Alelú M; Cantín M; López N; Rodríguez M. Estudio de encuestas Métodos de investigación. Tercera educación especial. Disponible en, https://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Presentaciones/Curso_10/ENCUESTA_Trabajo.pdf
48. Còrdoba M; Monsalve C. TIPOS DE INVESTIGACIÓN: Predictiva, proyectiva, interactiva, confirmatoria y evaluative. 10p. Disponible en: http://2633518-0.web-hosting.es/blog/didact_mate/9.Tipos%20de%20Investigaci%C3%B3n.%20Predictiva%2C%20Proyactiva%2C%20Interactiva%2C%20Confirmatoria%20y%20Evaluativa.pdf
50. 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.
51. 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
52. Hurtado de Barrera, Jacqueline Metodología de la Investigación. 2010. 3ª Edición. Fundación Sypal. Caracas. 2010. 133p.
53. 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.

54. 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.

55. Carvajal, A. Centeno, C. Watson, R. Martínez, M. Sanz, A. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud?. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*: 2011; Vol (34). No (1). 63-72p.

56. http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1578-908X2013000200002&script=sci_arttext

57. Oviedo, H. Campo, A. Metodología de investigación y lectura crítica de estudio Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Revista Colombiana de Psiquiatría*: 2005; Vol (34). No (4). 572-580p.

58. 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.

59. Descripción de la metodología y del instrumento metodológico. Disponible

http://www.tesisenxarxa.net/bitstream/handle/10803/1330/4.CAPITULO_IV.pdf?sequence=

60. 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. Bogota. 2010

61. 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

62. Bedoya-Hernández, M. H. (2013). Redes del cuidado: Ética del destino compartido en las madres comunitarias antioqueñas. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 11 (2), pp. 741-753.

63. Lozano M. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/lm.pdf>

ANEXOS

Tabla 1. Características de las gestoras educativas “Madres Fami” del área rural y urbana de una fundación en Cartagena 2016

Características Sociodemográficas	área rural n: 27	% <i>rural</i>	área urbana n:187	% <i>urbana</i>	total	%
Edad	X: 42 años		X: 44 años			
Menos de o igual a 30 años	2	7,792	18	9,574	20	9,35
31 a 40 años	8	30,77	48	25,53	56	26,2
41 a 50 años	15	53,85	64	34,04	78	33,6
50 años y más	2	7,692	57	30,85	60	28
Estrato						
1	17	65,38	95	51,6	114	53
2	10	34,62	87	45,74	95	44
3	0	0	5	2,66	5	2
Estado civil						
Soltero	10	34,62	28	14,89	37	17,3
Casado	8	30,77	84	45,21	93	43,5
Separado	0	0	13	6,915	13	6,07
Viudo	0	0	1	0,532	1	0,47
Unión Libre	9	34,62	61	32,45	70	32,7
Formación						
Bachillerato incompleto	3	11,54	23	12,23	26	12,1
Bachillerato completo	5	19,23	30	15,96	35	16,4
Estudios técnicos	15	53,85	104	55,85	119	55,6
Universidad incompleta	1	3,846	2	1,064	3	1,4
Universidad completa	0	0	1	0,532	1	0,47
N/S - N/R	3	11,54	27	14,36	30	14
Bachillerato incompleto	3	11,54	23	12,23	26	12,1
Bachillerato completo	5	19,23	30	15,96	35	16,4
Ocupación						
Empresa	23	88,46	129	69,15	153	71,5
Trabajador independiente	4	11,54	52	27,66	55	25,7
Pensionado	0	0	6	3,191	6	2,8

Fuente: encuesta conocimientos sobre lactancia materna en gestoras educativas

Tabla 2. Conocimientos sobre lactancia materna exclusiva, mixta, relactancia y destete en “Madres Fami” del área rural y urbana de la una fundación en Cartagena 2016

Lactancia Materna Exclusiva	área rural n: 27	% <i>rural</i>	área urbana n:187	% <i>urbana</i>	total	%
Alimentación solo lactancia materna						
hasta los 6 meses	22	84,62	147	78,19	169	79
Alimento entre la madre y el niño	0	0	3	1,596	3	1,4
Mejor alimento para el niño	3	11,54	23	12,23	26	12,1
Lactancia materna hasta los 4 meses	1	3,846	8	4,255	9	4,21
N/S - N/R	1	3,846	6	3,191	7	3,27
TOTALES	27	103,8	187	99,47	214	100
Lactancia Materna Mixta						
Después de 6 meses LM con otro alimento.	16	61,54	113	60,11	129	60,3
Otro alimento más leche de formula.	3	11,54	13	6,915	16	7,48
LM y leche de formula.	6	23,08	31	16,49	37	17,3
Combinar todos los nutrientes.	2	7,692	19	10,11	21	9,81
N/S - N/R	0	0	11	5,851	11	5,14
TOTALES	27	103,8	187	99,47	214	100

Relactancia						
Cuando recibe varias clases de lactancia	1	3,846	17	9,043	18	8,41
Cuando se da leche materna únicamente.	0	0	11	5,851	11	5,14
Volver a lactar después de haber retirado.	9	34,62	76	40,43	85	39,7
Cuando se acaba el periodo de lactancia y sigue.	13	50	33	17,55	46	21,5
N/S - N/R	4	15,38	50	26,6	54	25,2

TOTALES	27	103,8	187	99,47	214	100
Destete						
Dejar de dar lactancia materna al niño	12	46,15	102	54,26	114	53,3
Quitar el seno al niño sin tener la edad adecuada	3	11,54	7	3,723	10	4,67
Cuando termina LM y empieza complementaria	2	7,692	26	13,83	28	13,1
Cuando termina el periodo de lactancia	7	26,92	32	17,02	39	18,2
N/S - N/R	3	11,54	20	10,64	23	10,7
TOTALES	27	103,8	187	99,47	214	100

Fuente: encuesta conocimientos sobre lactancia materna en gestoras educativas

Tabla 3. Conocimientos sobre hasta qué tiempo se debe dar lactancia materna exclusiva, mixta y tomas diarias de las gestoras educativas “Madres Fami” del área rural y urbana de la una fundación en Cartagena 2016

Cuántos Meses Se Debe Dar Lactancia Materna Exclusiva	área rural n: 27	% <i>rural</i>	área urbana n:187	% <i>urbana</i>	Total	%
6 meses	23	88,46	163	86,7	186	86,9
4 meses	3	11,54	22	11,7	25	11,7
5 meses	0	0	1	0,532	1	0,47
N/S - N/R	1	3,846	1	0,532	2	0,93
TOTALES	27	103,8	187	99,47	214	100
Cuántas tomas diarias de leche materna						
Libre Demanda	23	85,19	151	80,75	174	81,3
8 veces	0	0,00	2	1,07	2	0,93
6 veces	0	0,00	4	2,14	4	1,87
N/S – N/R	4	14,81	30	16,04	34	15,9
TOTALES	27	100	187	100	214	100
Hasta cuántos meses se debe dar lactancia materna exclusiva						
24	21	77,78	107	57,2	128	59,8
12	1	3,70	38	20,3	39	18,2
18	0	0,00	6	3,2	6	2,8

N/S - N/R	5	18,52	36	19,3	41	19,2
TOTALES	27	100	187	100	214	100

Fuente: encuesta conocimientos sobre lactancia materna en gestoras educativas

Tabla 4. Conocimientos sobre los tiempos de conservación de la leche materna en gestoras educativas “Madres Fami” del área rural y urbana de la una fundación en Cartagena 2016

Tiempo en almacenar la leche extraída fuera de la nevera	área rural n: 27	% <i>rural</i>	área urbana n:187	% <i>urbana</i>	Total	%
Menos de 10 horas	5	18,5	36	19,3	41	19.16
10-20	1	3,7	31	16,6	32	14.95
21-30	15	55,6	77	41,2	92	42.99
31-40		0,0	3	1,6	3	1.4
41-50	2	7,4	8	4,3	10	4.67
más de 50 horas	3	11,1	4	2,1	7	3.27
N/S	1	3,7	28	15,0	39	13.55
TOTALES	27	100	187	100	214	100

Tiempo se puede mantener la leche extraída en refrigeración

Menos de 10 horas	1	3,7	6	3,2	7	3.24
10-20	8	29,6	32	17,1	40	18.69
21-30	4	14,8	34	18,2	38	17.376
31-40	7	25,9	18	9,6	25	11.68
41-50		0,0	22	11,8	22	10.28
más de 50 horas	3	11,1	54	28,9	57	26.64
N/S	4	14,8	21	11,2	25	11.68
TOTALES	27	100	187	100	214	100

Tiempo se puede mantener la leche extraída en congelación

Menos de 10 horas	4	14,8	53	28,3	57	26.64
10- 20	9	33,3	30	16,0	39	18.22
21-30	1	3,7	1	0,5	2	0.93
31-40	5	18,5	21	11,2	26	12.15
41-50	1	3,7	0	0,0	1	0.47
más de 50 horas	3	11,1	34	18,2	37	17.29
N/S	4	14,8	48	25,7	52	24.30
TOTALES	27	100	187	100	214	100

Tiempo en bajar el calostro

Enseguida	11	40,7	89	47,6	100	46,7
Un día	5	18,5	24	12,8	29	13,6
Segundos	1	3,7	6	3,2	7	3,3
Minutos	6	22,2	14	7,5	20	9,3
Ns/Nr	4	14,8	54	28,9	58	27,1
TOTALES	27	100	187	100	214	100

Fuente: encuesta conocimientos sobre lactancia materna en gestoras educativas

Tabla 5. Conocimientos sobre factores que afectan la lactancia materna de las gestoras educativas "Madres Fami" del área rural y urbana de la una fundación en Cartagena 2016

Factores afectan la lactancia materna	ZONA								TOTAL	%	
	RURAL				URBANA					SI	NO
	SI	NO	% SI	% NO	SI	NO	% SI	% NO			
Enfermedad	20	7	74,1	25,93	143	44	76	23,53	214	76,2	23,83
Pezón invertido	9	18	33,3	66,67	21	166	11	88,77	214	14,0	85,98
Medicamento	17	10	63	37,04	61	126	33	67,38	214	36,4	63,55
Ninguno	3	24	11,1	88,89	7	180	3,7	96,26	214	4,7	95,33
Otros	26	1	96,3	3,70	185	2	99	1,07	214	98,6	1,40

Fuente: encuesta conocimientos sobre lactancia materna en gestoras educativas

Factores afectan la lactancia materna	ZONA								TOTAL	%	
	RURAL				URBANA					SI	NO
	SI	NO	% SI	% NO	SI	NO	% SI	% NO			
Enfermedad del niño	12	15	44,4	55,56	104	83	56	44,39	214	54,2	45,79
Enfermedad de la madre	20	7	74,1	25,93	131	56	70	29,95	214	70,6	29,44
Desconocimiento	14	13	51,9	48,15	43	144	23	77,01	214	26,6	73,36
Leche de formula	13	14	48,1	51,85	18	169	9,6	90,37	214	14,5	85,51

Fuente: encuesta conocimientos sobre lactancia materna en gestoras educativas

Tabla 6. Conocimientos sobre lactancia materna de las gestoras educativas "Madres Fami" del área rural y urbana de la una fundación en Cartagena 2016

Conoce sobre la extracción de lactancia materna y su mantenimiento	ZONA								TOTAL	%	
	RURAL				URBANA					SI	NO
	SI	NO	% SI	% NO	SI	NO	% SI	% NO			
	27	0	100	0,00	168	19	89,8	10,16		214	91,1

Fuente: encuesta conocimientos sobre lactancia materna en gestoras educativas

Tabla 6. Conocimientos sobre lactancia materna de las gestoras educativas "Madres Fami" del área rural y urbana de la una fundación en Cartagena 2016

Ventajas del calostro	ZONA								TOTAL	%	
	RURAL				URBANA					SI	NO
	SI	NO	% SI	% NO	SI	NO	% SI	% NO			
Primera vacuna	25	2	92,6	7,41	155	32	82,9	17,11	214	84,1	15,89
Previene enfermedades	24	3	88,9	11,11	53	134	28,3	71,66	214	36,0	64,02
Limpia el organismo	17	10	63	37,04	30	157	16,0	83,96	214	22,0	78,04

Fuente: encuesta conocimientos sobre lactancia materna en gestoras educativas

Tabla 6. Conocimientos sobre lactancia materna de las gestoras educativas "Madres Fami" del área rural y urbana de la una fundación en Cartagena 2016

Tipos de leche materna conoce	ZONA								TOTAL	%	
	RURAL				URBANA					SI	NO
	SI	NO	% SI	% NO	SI	NO	% SI	% NO			
Transición	16	11	59,3	40,74	32	155	17,1	82,89	214	22,4	77,57
Madura	15	12	55,6	44,44	32	155	17,1	82,89	214	22,0	78,04
Ninguna	10	17	37	62,96	107	80	57,2	42,78	214	54,7	45,33

Fuente: encuesta conocimientos sobre lactancia materna en gestoras educativas

Tabla 7. Conocimientos sobre las redes de apoyo para las gestoras educativas “Madres Fami” del área rural y urbana de la una fundación en Cartagena 2016

¿DONDE OBTUVO LA INFORMACION SOBRE LACTANCIA MATERNA?	RURAL	% RURAL	URBANA	% URBANA	TOTAL	%
Personal de la salud	16	59.26	122	65.24	138	64.5
Comunidad	6	22.22	33	17.65	39	18.2
Familiares	5	18.52	32	17.11	37	17.3
TOTALES	27	100	187	100	214	100

Fuente: encuesta conocimientos sobre lactancia materna en gestoras educativas

Tabla 8. Conocimientos sobre los beneficios que trae la LM para la madre y el bebé en gestoras educativas “Madres Fami” del área rural y urbana de la una fundación en Cartagena 2016

Beneficios que trae la leche materna para el bebé y la madre	ZONA								TOTAL	%	
	RURAL				URBANA					SI	NO
	SI	NO	% SI	% NO	SI	NO	% SI	% NO			
Salud	24	3	88.8	11,11	159	28	85,0	14,97	224	90,2	14,49
Inmunidad	23	4	85,2	14,81	145	42	77,5	22,46	214	78,5	21,50
Nutrientes	20	7	74,1	25,93	58	129	31,0	68,98	214	36,4	63,55
Felicidad	17	10	63	37,04	43	144	23,0	77,01	214	28,0	71,96
Vínculo madre-hijo	23	4	85,2	14,81	92	95	49,2	50,80	214	53,7	46,26
Beneficio C/D	24	3	88,9	11,11	109	78	58,3	41,71	214	62,1	37,85
Evita cáncer de mama	22	5	81,5	18,52	96	91	51,3	48,66	214	55,1	44,86

Fuente: encuesta conocimientos sobre lactancia materna en gestoras educativas

Anexo 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 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:

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)

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: _____