



UNIVERSIDAD ANDINA SIMON BOLIVAR

SEDE CENTRAL

Sucre – Bolivia

**CURSO DE MAESTRIA EN
“SALUD PUBLICA”**

**“PERCEPCIÓN DE LAS MADRES SOBRE LA
LACTANCIA MATERNA EN LA REGIÓN
OCCIDENTAL EN COMPARACIÓN DE LA REGIÓN
ORIENTAL DE BOLIVIA.”**

**Tesis presentada para obtener el Grado
Académico de Magíster en “Salud
Pública”**

Dra. Hellen Shirley Poggi Montero

**Sucre – Bolivia
2005**



UNIVERSIDAD ANDINA SIMON BOLIVAR

SEDE CENTRAL

Sucre – Bolivia

**CURSO DE MAESTRIA EN
“SALUD PUBLICA”**

**“PERCEPCIÓN DE LAS MADRES SOBRE LA
LACTANCIA MATERNA EN LA REGIÓN
OCCIDENTAL EN COMPARACIÓN DE LA REGIÓN
ORIENTAL DE BOLIVIA.”**

**Tesis presentada para obtener el Grado
Académico de Magíster en “Salud
Pública”**

**Dra. Hellen Shirley Poggi Montero
Tutora: Kathia Butron Gandarillas**

**Sucre – Bolivia
2005**

RESUMEN

La leche materna favorece el desarrollo y le da al niño el alimento que necesita para estar bien nutrido. Contiene los aminoácidos que requiere el cerebro para su desarrollo normal. También protege contra las infecciones y enfermedades, no hay ningún alimento más completo.

Aunque los niños necesitan recibir otros alimentos adicionales después de los seis primeros meses de vida, la leche materna sigue constituyendo una importante fuente de energía, de proteínas y de otros nutrientes como la vitamina A. Contribuye a proteger al bebé contra las enfermedades durante su segundo año de vida. También puede ser una manera de consolarle cuando sufre o está asustado, irritado o sensible.

La alarmante tendencia del abandono en la práctica de la lactancia materna ha sido preocupación a nivel internacional. Desde 1979 de la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas Para la Infancia la (UNICEF); se reunieron para diseñar programas y estrategias de promoción de la lactancia materna., porque existe en la actualidad una gran proporción de mujeres que dejan de dar lactancia exclusiva a sus hijos por percepciones erradas o por influencia de su entorno social y/o cultural, negándoles de esta manera a los niños una alimentación exclusivamente con leche materna y todos sus beneficios.

En Bolivia, país multicultural, multiétnico y multiétnico, con una gran diversidad de poblaciones, climas y situaciones geográficas, donde las creencias se transmiten de generación en generación y varían de acuerdo a sus raíces culturales, las mujeres en situación de madres tienen diferentes maneras de percibir algo tan trascendental como es la lactancia materna.

La región Oriental y la región Occidental de Bolivia, desde hace siglos se han caracterizado por sus grandes diferencias culturales y conceptuales, por lo que se plantea el siguiente cuestionamiento de investigación: ¿Cuál es la percepción de las madres sobre la lactancia materna en la región Occidental en comparación de la región Oriental en sus diferentes áreas del país de Bolivia?

El abordaje cualitativo al tema, no sólo fue una opción, sino que fue una manera de darle voz a lo que a menudo permanece callado, priorizando así el conocer en profundidad lo subjetivo del tema, comprender e interpretar las diferentes actitudes, creencias, motivos y comportamientos presentes en las mujeres de ambas regiones.

Se procuró obtener la información lo más cercana posible a la realidad, eligiendo como áreas de estudio en la región Occidental a la ciudad de Sucre y en la región Oriental a las ciudades de Santa Cruz de la Sierra y Camiri, tanto en sus áreas urbanas y rurales.

La población a estudiada fueron las mujeres madres en edad adolescente y en edad adulta con hijos menores de 2 años y se recolectaron los datos utilizando entrevistas en profundidad. La información se codificó para el análisis cuantitativo de respaldo, y se registraron las observaciones en un diario de campo.

Si bien a un principio se quisieron dilucidar las diferencias en las percepciones, entre regiones geográficas que se caracterizan por un tan gran contraste cultural, al momento de realizar las entrevistas y su posterior análisis se observó ineludiblemente que las áreas urbanas se encuentran fuertemente influenciadas por la modernidad, y la corriente de la civilización occidental, hecho que conlleva a una gran similitud aunque no equivalencia exacta, de tendencias ideológicas en la práctica de la lactancia materna.

En las áreas rurales sin embargo, prevalecen las tradiciones ancestrales. Las raíces culturales aportan con su propio matiz, y es ahí donde radica la diferencia en la percepción y práctica de la lactancia materna.

Los resultados de esta investigación permiten acercarse a algunos de los factores asociados al cada vez mayor abandono de esta práctica, analizarlos y sugerir un replanteamiento de las políticas y estrategias dirigidas a la promoción de la lactancia materna, para que sean estas orientadas de acuerdo con la realidad sociocultural del país.

La mayor inserción de la mujer en el mercado de trabajo en todas las áreas, junto con la falta de cumplimiento de las normas laborales que amparan las licencias por maternidad y los horarios de trabajo restringidos para que la madre pueda amamantar, han dificultado la revitalización de la práctica de la lactancia materna, por lo que se recomienda adoptar medidas que aseguren el cumplimiento de tal protección legal, mediante campañas de información y de monitorización en las empresas empleadoras.

En el área de salud asombrosamente existe una gran contradicción en las indicaciones y recomendaciones por parte de profesionales médicos en relación a la lactancia materna exclusiva y la combinación de la leche materna con la artificial, así como en la etapa de iniciación de otros alimentos. Pese a lo recomendado por los organismos internacionales de salud, que fomentan la lactancia exclusiva por lo menos hasta los 6 meses de edad del niño, se observa que en muchos casos pareciera desconocerse tal recomendación o se hace caso omiso de la misma, incitando a dejar la exclusividad de la lactancia materna mucho antes de lo indicado, por lo que se recomienda una capacitación y normatización adecuada de las indicaciones de los profesionales responsables de orientar tales practicas. Se sugiere priorizar lo referente al tiempo de iniciación de otros alimentos y en el uso correcto de los sucedáneos de la leche materna, cuando éstos sean necesarios, que este de acuerdo con una nutrición segura y suficiente para el niño, protegiendo y promoviendo la lactancia natural y asegurándola sobre la base de una información adecuada.

Para poder amamantar exclusivamente, y resistir las presiones y la tentación de dar otras comidas, las madres necesitan tener conocimiento preciso y un ambiente de apoyo favorable. Esto solo será posible cuando todos, incluidos profesionales de la salud, familiares y miembros de la comunidad sean informados con precisión y cuando la lactancia materna exclusiva se convierte en una *norma social*.

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN	i
TABLA DE CONTENIDOS	iv
CAPITULO I	1
1. INTRODUCCION	1
1.1. Antecedentes	1
1.2. Justificación	7
1.3. Objetivos	9
1.3.1. Objetivo General	9
1.3.2. Objetivos Específicos	9
1.4. Cuestiones de la Investigación	9
CAPITULO II	10
2. MARCO TEORICO	10
2.1. Lactancia Materna	10
2.1.1. Ventajas de la lactancia materna	13
2.1.2. Mitos sobre la lactancia materna	19
2.1.3. Contraindicaciones de la lactancia materna	22
2.2. Técnicas de lactancia materna correcta	25
2.3. Leyes a Favor de la lactancia materna	27
2.4. Situación y promoción de la lactancia materna en Bolivia	32
2.5. Sucesos en Bolivia	38
2.6. Método de lactancia y amenorrea (MELA)	40
2.7. Lactancia Materna y Alimentación Complementaria	42
2.8. Aspectos Culturales	46
2.8.1. Quechuas	46
2.8.2. Guaraníes	48
2.8.3. Aspectos estéticos y lactancia materna	49
CAPITULO III	52
3. MARCO CONTEXTUAL	52
3.1. BOLIVIA	52
3.2. DEPARTAMENTO DE SANTA CRUZ	56
3.2.1. Santa Cruz de la Sierra	57
3.2.2. Camiri	62
3.3. DEPARTAMENTO DE CHUQUISACA	71
3.3.1. Sucre	71
CAPITULO IV	76
4. MARCO METODOLOGICO	76
4.1. Enfoque y Tipo de investigación	76
4.2. Área de Estudio	77
4.3. Población y Muestra	77
4.4. Técnicas de Recolección de Información	79
4.5. Triangulación	80
4.6. Parte Cuantitativa: Variables.	80
4.7. Limitaciones	80
4.8. Análisis de datos	81
CAPITULO V RESULTADOS	83
5. RESULTADOS CUALITATIVOS	83

5.1. Percepción de la lactancia materna.....	83
5.2. Ventajas y Desventajas.....	93
5.3. Factores Externos.....	106
5.4. Prácticas.....	111
CAPITULO VI.....	120
6. Resultados Cuantitativos.....	120
6.1. Análisis cuantitativo de la Información.....	120
CAPITULO VII.....	135
7. CONCLUSIONES.....	135
8. RECOMENDACIONES.....	145
9. DISCUSIÓN.....	149
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	153
ANEXOS.....	156

CAPITULO I

1. INTRODUCCION

1.1. Antecedentes

Hace 150 millones de años que aparecieron los mamíferos sobre el planeta y que su supervivencia ha sido posible gracias a que producen el alimento ideal para sus hijos, su propia leche y a que la hembras poseen el instinto de amamantar a sus propias crías y a veces incluso a las ajenas.

El mito de Rómulo y Remo, fundadores de la ciudad de Roma, supuestamente amantados por una loba, es insostenible desde el punto de vista nutricional, la leche de la loba, muy rica en proteínas, no sería nunca asimilable por un ser humano. Los expertos se decantan por una trasgresión literaria. Quien realmente debió de dar el pecho a los dos famosos hermanos no fue una loba (en italiano «lupus»), sino una prostituta (en italiano «lupa»).

Esta anécdota sirve para ilustrar un hecho incontrovertible: la leche materna se adecua en cada especie a las necesidades de sus crías y cualquier sustitutivo nunca será tan perfecto como el original, además que los cuidados y atenciones por parte de un animal jamás podría asemejarse con los de una madre humana.

Esto es lo que ocurre con la leche materna, a la que los médicos también denominan como ‘sangre blanca’ por las ventajas que, desde el punto de vista nutricional y de la salud, representan para el recién nacido. Sin embargo, esta práctica tan antigua como la Historia de la Humanidad experimentó un declive progresivo desde la aparición de los primeros productos de lactancia artificial.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que más de un millón de pequeños mueren anualmente en el mundo por enfermedades que pueden ser evitadas mediante la lactancia materna pues proporciona beneficios sociales y económicos a la familia y a la Nación.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) reiteró en Septiembre del 2004 que amamantar a los bebés hasta los seis meses les garantiza los nutrientes esenciales y disminuye el riesgo de diarreas y enfermedades respiratorias además de fortalecer lazos afectivos con la madre. La OPS dijo que el período entre el nacimiento y los dos años se conoce como una ‘ventana de tiempo crítica’ para el crecimiento y desarrollo óptimo del niño, y en el que el amamantar es esencial.

La entidad explicó que la alimentación con leche materna hasta los seis meses, y aún pasado el primer año de vida, proporciona una sólida base nutricional para la buena salud durante la adolescencia y la vida adulta. Señaló que aunque la lactancia es una práctica natural, también es una conducta que se aprende de generación a generación, y que su incremento también implica un ahorro millonario en gastos médicos ocasionados por enfermedades que la leche materna ayuda a prevenir.

La decisión de amamantar es muchas veces mayormente influenciada por factores socioculturales que por consideraciones de salud. Para investigar cuáles podrían ser estos factores culturales, investigadores en Gran Bretaña analizaron durante un mes, el contenido de 235 referencias de televisión y de 38 de prensa escrita con relación a la alimentación infantil. (12)

Durante marzo de 1999, la prensa nacional de dicho país mostró una amplia cobertura política y fue analizada. Al mismo tiempo, se analizaron programas de televisión que mostraban patrones familiares de salud infantil y aquellos programas que reflejaban una variedad de temas nuevos, boletines, óperas, dramas de salud y series.

El resultado mostró que la lactancia en televisión era muy raramente mostrada, solo hubo una escena de un bebé puesto al pecho. Sin embargo, hubo 171 escenas de preparación de mamaderas (biberones, mamilas, teteros). La lactancia era apenas un tema social mostrado entre líneas, muchas veces con humor.

En contraste, la alimentación con mamadera aparecía en todo tipo de programas, muchas veces mostrando la participación masculina en forma positiva. Referencias a la lactancia materna mostraban problemas potenciales, pero rara vez se mencionaron problemas relacionados con la mamadera.

No se hizo ninguna referencia a los beneficios de la lactancia materna para la salud. Patrones similares se encontraron en la prensa escrita, donde los problemas potenciales relacionados con la lactancia materna fueron subrayados, pero no se mencionaron con relación a la utilización de mamadera.

La lactancia materna se asociaba con familias de clase media o con mujeres solteras, mientras que la utilización de mamadera se asociaba con familias comunes. Los autores concluyeron que la prensa británica no promovía una imagen positiva de la lactancia materna, mientras que sí lo hacía de la mamadera, queriendo mostrar que tenía más beneficios para la salud.

Estos hechos, sin duda son determinantes en las percepciones de las madres y en la construcción de concepciones colectivas sobre la lactancia materna y la valoración que la sociedad hace de ella.

En vista de los enormes beneficios que ofrece la lactancia materna para la salud materno infantil, los gobiernos han diseñado metas de prácticas y tasas de amamantamiento. Estas metas no se han cumplido en Nueva Zelanda y por ello algunos investigadores (12) diseñaron un estudio para conocer los factores que han jugado un rol determinante en la duración y patrones de amamantamiento. 350 pares de madres e infantes se reclutaron, 91% fueron seguidos hasta el primer año de vida. La lactancia materna empezó para el 97.4% de las madres con una duración media de 7.6 meses. 30% estaba todavía parcialmente amamantando al año.

La razón más común para terminar el amamantamiento fue la percepción de que había insuficiente leche durante los primeros meses. La mayoría de las madres dejaron de amamantar en la segunda mitad del primer año porque a menudo creyeron que habían amamantado suficiente. Mientras más jóvenes las madres, y más regresaban al trabajo tiempo completo durante el primer año, más corta era la duración del amamantamiento.

Las madres que dijeron que no tenían planes de cuánto tiempo debían amamantar, tenían menor duración, mientras que aquellas que planificaban hacerlo 6 meses o más, duraban períodos más largos. También el uso de la mamadera con fórmula, leche materna o con jugo se asoció con el doble de riesgo cuando la duración fue menor.

Otro estudio realizado en Estados Unidos (13) reveló una asociación inversa entre la duración de la lactancia materna y el riesgo de sobrepeso: los lactantes amamantados durante más de siete meses tuvieron un 20 por ciento menos de probabilidades de tener sobrepeso que los bebés amamantados por menos de tres meses..

La Iniciativa Hospitales Amigables de la Niñez (IHAN) ha demostrado ser un método efectivo de mejoramiento de las prácticas de lactancia materna en todo el mundo.

Investigaciones en Nigeria (12) compararon las prácticas de lactancia en madres que dieron a luz en hospitales amigables de la niñez urbanos con madres que daban a luz en zona rural donde no había centros de salud amigables. Las madres amamantando en ambos grupos estaban altamente comprometidas con la agricultura, comercio y trabajo de oficina. Los resultados mostraron que 61% de las madres comenzaron la lactancia materna 30 minutos después del parto en las facilidades amigables de la infancia, mientras que solo el 39% comenzaron a los 30 minutos en los hospitales no amigables.

Con relación a la lactancia materna exclusiva, 3/4 de las madres en las facilidades amigables amamantaron exclusivamente en comparación con el 35% en las facilidades no amigables.

Contrariamente, a otros estudios de países en desarrollo, los datos muestran que las madres nigerianas más educadas fueron asociadas con tasas de lactancia materna exclusiva mayores. 81% de las madres en las facilidades amigables pusieron a sus bebés al pecho en posiciones adecuadas comparadas al 19% de las madres en las facilidades no amigables. Los estudios concluyeron que existen necesidades de capacitación sobre la IHAN para que se difunda en los centros urbanos y en las comunidades rurales y ofrecer así, el mejor comienzo en la vida a todos los bebés.

Una de las investigaciones realizada en 260 lactantes en centros de maternidad de San Pedro Sula, Honduras (14), comprobó que los bebés alimentados únicamente con leche materna durante los primeros seis meses gatearon más temprano y tendieron a caminar a los 12 meses, a diferencia de los que tomaron leche materna por solo cuatro meses.

En Bolivia el Ministerio de Salud junto a la OMS busca a partir de Agosto del 2004 promover la trascendental importancia que tiene la lactancia materna para la salud de los recién nacidos y las madres, con el objetivo de crear conciencia en la población en general, pero en especial en las madres bolivianas de los beneficios de tan noble practica que se ha ido perdiendo en las últimas décadas por múltiples causas.

Esta reiteración, es difundida con motivo de la Semana mundial de la lactancia materna, que se realiza del 1 al 7 de agosto en mas de 120 países del mundo, en Bolivia se celebra del 23 al 29 de Agosto con el fin de no hacerlas coincidir con las fiestas patrias.

La representante en Bolivia del Fondo de las Naciones Unidas Para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), Magaly de Ayala, asegura que la lactancia de pecho va perdiendo espacio frente a los reemplazantes de la leche.(7)

Hace algunos años esta práctica se mantenía por lo menos durante los primeros seis meses de vida del niño. En 1999, sólo el 30 por ciento de los lactantes que cumplieron los cuatro meses seguían siendo amamantados (7)

La leche materna favorece el desarrollo y le da al niño el alimento que necesita para estar bien nutrido. Contiene los aminoácidos que requiere el cerebro para su desarrollo normal. También protege contra las infecciones y enfermedades, no hay ningún alimento más completo y, además, tiene la ventaja de servir como nexo único entre madre e hijo.

Aunque los niños necesitan recibir otros alimentos adicionales después de los seis primeros meses de vida, la leche materna sigue constituyendo una importante fuente de energía, de proteínas y de otros nutrientes como la vitamina A. Contribuye a proteger al bebé contra las enfermedades durante su segundo año de vida. También puede ser una manera de consolarle cuando sufre o está asustado, irritado o sensible.

Planteamiento del Problema

La alarmante tendencia del abandono en la práctica de la lactancia materna ha sido preocupación a nivel internacional, desde 1979 de la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas Para la Infancia la (UNICEF); organizaciones que se reunieron para diseñar programas y estrategias de promoción de la lactancia materna, lo que ha servido como motivación para realizar el presente estudio. Se ha partido del hecho de que existe en la actualidad una gran proporción de mujeres que dejan de dar lactancia exclusiva a sus hijos, por diversos factores personales o por influencia de su entorno social y/o cultural, negándoles de esta manera a los niños una alimentación exclusivamente con leche materna y todos sus beneficios.

Bolivia es un país multicultural, multiétnico y multiecológico, con una gran diversidad de poblaciones, climas y situaciones geográficas donde las creencias que se transmiten de generación en generación varían de acuerdo a sus raíces culturales, y donde las mujeres en la situación de madres tienen diferentes maneras de percibir algo tan trascendental como es la lactancia materna.

Este país existe una división antropológica coherente con la distribución ecológica donde el resultado son dos etnconjuntos regionales: La región Oriental y la región Occidental, que desde hace siglos se han caracterizado por sus grandes diferencias culturales y conceptuales persistentes, y su división geográfica se encuentra detallada en el Marco Contextual, de esta manera se enfocó la presente investigación para indagar en las diferencias existentes en la percepción de las madres en relación a la lactancia materna en ambas regiones.

Por tanto, se partió de las siguientes preguntas:

¿Cual es la percepción de las madres sobre la lactancia materna en la región Occidental en comparación de la región Oriental de Bolivia?

¿Existen diferencias entre las zonas urbanas y rurales en estas regiones?

1.2. Justificación

Es importante resaltar la necesidad de conocer la percepción de la lactancia materna de la mujer en su propio entorno, para mantener, mejorar y promocionar dicha practica, sobre todo en un país tan multicultural y multiétnico como es Bolivia, tomando además en cuenta el incremento considerable de la maternidad temprana.

La investigación realizada en las regiones más representativas del país, por sus diferentes percepciones culturales como son la oriental y occidental en sus áreas urbanas y rurales, tratando de caracterizar en lo posible como es el comportamiento en la práctica de la lactancia materna en estas zonas de nuestro país, ha aportado con conocimientos que permiten acercarse y comprender los factores asociados, al cada vez mayor abandono de esta practica, analizarlos y sugerir un replanteamiento de las políticas y estrategias dirigidas a la promoción de la lactancia materna, para que sean estas orientadas mas de acuerdo con la realidad sociocultural del país.

Los resultados de esta investigación podrán ser de utilidad a aquellos entes encargados de la promoción en lactancia materna, ya que teniendo un conocimiento lo más fidedigno posible de la percepción de las madres en cuanto a la lactancia materna, podrían orientar de manera más acertada las campañas de incentivo y motivación para aumentar la incidencia y prevalencia de dicha practica.

"Puedes llevar un caballo al agua, pero no puedes hacerlo que se la beba. Sin embargo podemos espolvorearle un poco de sal en su paja para que le den ganas de beber. Pues eso es lo que llamamos motivación".

(Dutch Boling)

Las acciones que se realizan para promover la lactancia materna beneficiarán directamente a los bebés, ya que tomando medidas que aumentaran la incidencia y prevalencia de la práctica de la lactancia materna, ellos obtendrían todos los factores benéficos que ello conlleva. Beneficiarán indirectamente a las madres porque conociendo su percepción, se podría encontrar la manera de incentivar a la práctica del amamantamiento exclusivo en lo posible y más prolongado, brindándoles una serie de ventajas en salud tales como la menor incidencia de cáncer mamario, ovárico y uterino. Está demostrado que con períodos prolongados de lactancia materna, se disminuye la incidencia de ellos antes de la menopausia. Además de brindarles la satisfacción de hacer lo más beneficioso para el desarrollo saludable y adecuado de sus hijos y crear lazos emocionales que perduraran en el tiempo.

Beneficiara directamente a la estudiante de la II Maestría en Salud Pública que realizó esta investigación, porque realizarla la ayudara a obtener el título como Magíster en Salud Pública.

1.3.Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Identificar la percepción de las madres sobre la lactancia materna en la región Occidental en comparación de la región Oriental de Bolivia.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Explorar la percepción sobre las características la lactancia materna en regiones occidentales y orientales, así como las áreas urbanas y rurales de dichas.
- Describir las ventajas y desventajas de la lactancia materna, que las madres perciben en ambas regiones en sus respectivas áreas tanto urbanas como rurales.
- Describir los factores externos (comentarios rumores, consejos) que influyen en la percepción de la madres sobre la lactancia materna.
- Explorar las percepciones sobre las prácticas de la lactancia (como aprendizaje, técnica, duración de esta).

1.4.Cuestiones de la Investigación.

La investigación se ha planteado como preguntas guía del proceso, las siguientes:

¿Cuál es la percepción que tienen las madres de la lactancia materna? ¿Cómo perciben sus características? ¿Las ventajas y desventajas tanto para la madre como para el niño? ¿Difiere esta percepción según las regiones estudiadas?

¿Influyen factores externos en las percepciones de las madres? ¿Cuáles son estos factores y cómo influyen?

En base a los objetivos específicos se llegó a las cuestiones de investigación que se plasmaron en una guía de entrevista. (Ver ANEXO)

CAPITULO II

2. MARCO TEORICO

2.1.Lactancia Materna

“La lactancia Materna es un factor de éxito en la primera relación amorosa, básica para el desarrollo emocional de todo ser humano”.

(Isabel Peranchi)

La lactancia materna es la forma más natural y efectiva para estimular el crecimiento y desarrollo del bebé. Fisiológicamente, el ser humano es un mamífero, por lo que todas las madres son capaces de amamantar a sus hijos produciendo la cantidad suficiente de leche. No debe haber ningún prejuicio que lo impida, ya que todos los pechos independientemente de su tamaño, forma, color o pezón, producen leche tras el parto, asegurando una alimentación sana, equilibrada y protectora para el bebé, sin embargo, el problema más común es la percepción de la madre de que tiene un abastecimiento de leche insuficiente.

Las influencias sociales y culturales juegan un papel muy importante en las percepciones de la madre y su capacidad para nutrir al bebé a través de sus pechos. Es un proceso fisiológico normal, una consecuencia natural de dar a luz, que en algunos países es la única manera de asegurar la supervivencia y el crecimiento de un recién nacido.

Ante un recién nacido y su madre, se tiene la oportunidad de obtener el paso de una relación fisiológica a una psicológica y social, estrecha en la medida que para el recién nacido, el medio circundante es un solo individuo, ‘la madre y el pecho que calma sus necesidades’. En esta primera e íntima relación se dan las bases de la personalidad para el nuevo ser, inicialmente tranquila, segura y gratificante, que se traduce en riqueza para el desarrollo emocional y fortaleza de la personalidad de todo ser humano.

La lactancia materna es un irremplazable ambiente facilitador para el éxito de esta primera relación, pues permite al bebé tener permanente contacto con su madre. Es por esto que se considera necesario hacer énfasis en que la lactancia materna es ideal, pero solo será positiva y valiosa en el desarrollo emocional sano del bebé si es feliz, armoniosa y gratificante para ambos, si esto se da, los beneficios psicológicos son incalculables. Por ejemplo, la alimentación al seno, la textura, el olor, la experiencia sensual y blanda, hacen mucho más estimulante y de gran riqueza emocional el acto de ser alimentado. También en la boca se tiene el campo del desarrollo cognoscitivo.

La protagonista de esta primera relación es la madre, para ella la maternidad es la culminación de una serie de etapas y expectativas emocionales y sociales, y el inicio de una etapa de gran exigencia emocional en la que los meses de espera se acompañan de sentimientos y emociones muy variadas.

Es un proceso gradual en el despertar de sentimientos hacia el nuevo ser, se da la comunicación inconsciente con el bebé, las madres reviven y traen a la memoria recuerdos de tiempos infantiles, ideas y creencias. La madre tiene sus propias experiencias, alegrías, temores y está profundamente influenciada por mensajes propios, aprendidos, observados, etc.

Ante la idea concreta de lactar, las opiniones y actitudes varían mucho, algunas están seguras y desean hacerlo, otras han vivido o han presenciado de cerca la frustración de no poderlo hacer, teniendo como opción casi segura la mamadera (biberón, tetero, mamila). Otras por el contrario han tenido o han observado la experiencia agradable de la lactancia y desean vivirla, algunas son emocionalmente inestables, inseguras de sus capacidades y dudan de poder hacerlo. Es decir, que la decisión de lactar está en estrecha relación con el equilibrio emocional y el ambiente facilitador que rodea a la futura mamá.

Es importante enfatizar en la idea de que tanto la madre como el bebé la pasen bien. Hay madres que tienen problemas personales relacionados con conflictos internos o quizá con sus experiencias infantiles que pueden generar dificultades para lactar. Frente a esta situación, no se deben dar mensajes culpabilizantes tratando de forzar situaciones que en algún momento fracasarán o podrán convertirse en una relación frustrante, pues mamá y bebé la pasarán mal al pretender que los senos funcionen. (1)

No se puede dejar de hablar del padre, quien esté o no presente cumple un papel preponderante en el ambiente y actitud emocional de la madre, si está, es importante reconocer que la pareja ha venido desde su infancia observando y aprendiendo conceptos sobre lo que es ser padres, viviendo un proceso de preparación para la paternidad que les generaron sentimientos ambivalentes, ansiedad, pérdida de afecto, desplazamiento y hasta de celos ligados a los del logro, emoción y orgullo que el ser padre y madre genera.

La lactancia materna y la aceptación que el padre haga de ella pueden convertirse en factores de gran ayuda, estímulo y apoyo para la madre, pues está en estrecha relación con sus experiencias y el equilibrio emocional que posea. A través de la lactancia materna, el padre se siente seguro de ambiente que se está brindando al bebé y fortalece su relación de pareja al percibir victoriosa a la mujer en su papel de madre.

Estos sentimientos culturalmente establecidos, se convierten en facilitadores de la relación de pareja, de la ayuda y apoyo a la madre, de la estabilidad emocional y por ende de la tranquilidad y clima propicio para el establecimiento del vínculo afectivo.

Según el informe ‘La salud en las Américas’, publicado por la OPS del 3 de agosto de 2004 ‘si bien la mayoría de las mujeres de Latinoamérica amamantan, y lo hacen por un período relativamente largo, las prácticas de la lactancia natural y exclusiva están lejos de ser las óptimas’.

Muchas madres se preocupan sobre su suplemento de leche, especialmente si tienen expectativas irreales sobre cuan frecuente o cuanto tiempo un recién nacido debe amamantar. Se recomienda que la madre evalúe factores para que ella misma juzgue si tiene o no suficiente leche, factores tales como la cantidad de leche que la madre produce depende de cuán frecuente el bebé amamanta, mientras más amamante el bebé más leche producirá.

La madre puede reconocer que el bebé está recibiendo suficiente leche si se deja llevar por los pañales que ensucia el bebé. Un bebé que está recibiendo suficiente leche moja alrededor de 4 a 6 pañales y evacua un mínimo de 2 veces en 24 horas (un bebé mayor de 6 semanas no evacua tan frecuente).

Un bebe que está recibiendo suficiente leche aumenta 4 a 8 onzas (113 a 226 gramos) de peso por semana.

2.1.1. Ventajas de la lactancia materna

Las ventajas de la lactancia materna son evidentes para el niño, la madre, la familia y la sociedad y es la forma más natural del mundo, por lo que es necesario recalcar las grandes virtudes de la leche materna. (2)

Para el niño: Aunque la unión entre madre e hijo es continua, las primeras horas de vida del bebé son especialmente importantes. Por esto, la iniciación precoz de la lactancia, proporciona una experiencia singular de vinculación afectiva para la madre y el hijo, ya que estimula la mayoría de los sentidos y el íntimo contacto corporal permite al bebé reconocer el olor de su madre. Esto tiene efectos positivos para toda la vida, ya que la necesidad instintiva de protección y nutrición del bebé es especialmente fuerte.

La leche materna brinda al bebé todos los elementos nutritivos que necesita durante los primeros cuatro o seis meses de vida y combinada con otros alimentos apropiados, resulta una fuente nutritiva invaluable hasta después de los dos años. La leche materna contiene la proporción idónea de proteínas, grasas, azúcares, minerales y vitaminas para el desarrollo óptimo del bebé y que la ciencia aún no ha podido imitar.

La leche materna se adapta a las necesidades digestivas del bebé, evolucionando su composición en los primeros días en función de estas necesidades: calostro, leche de transición, de composición intermedia y leche definitiva que se mantendrá durante toda la lactancia.

La leche materna es más fácil y rápida de digerir, el tiempo de evacuación gástrica de la leche materna es de hora y media; mientras que el de las fórmulas adaptadas basadas en leche de vaca es de tres horas.

La inimitable fórmula de la leche materna es exclusiva para cada niño, cambia de composición desde el principio de la toma hasta el final, siendo en este momento cinco veces más rica en grasa.

La leche materna siempre está a la temperatura adecuada y al no tener que manipular mamaderas ni tetinas (chupetes, chupones) evitamos riesgos posibles por una esterilización o manipulación incorrecta. Es decir, disminuye la exposición a los patógenos presentes en los alimentos, líquidos y utensilios contaminados.

Permite una absorción mejor de las vitaminas: la leche materna gracias a la lactoferrina favorece la absorción de hierro y vitamina C contenida en la leche. En general, todas las vitaminas y minerales de la leche materna son absorbidos por el organismo del bebé de una forma completa, lo que no ocurre cuando las ingiere en otros alimentos o si le son administrados en preparados sintéticos.

Evita la obesidad futura y previene contra la diabetes (3). Los bebés alimentados a pecho tienen menos problemas de sobrepeso cuando llegan a la infancia, ya que no se les fuerza, sino que toman la cantidad que necesitan. También es la mejor prevención contra los excesos patológicos de glucosa. La leche de vaca tomada antes de los tres meses de vida, aunque sea maternizada, podría ser un factor de riesgo en el desarrollo de la diabetes insulino dependiente.

Proporciona la primera inmunización del bebé: el calostro contiene anticuerpos generados por la madre que pasan al bebé, a través de la leche, y lo protegen. El recién nacido tiene una respuesta de anticuerpos inmadura hasta los seis meses; sin la protección de los anticuerpos el bebé es vulnerable.

Según estudios se ha demostrado que los bebés amamantados sufren menos infecciones respiratorias que los bebés alimentados con leche artificial. (3)

Evita las diarreas y la deshidratación gracias a las gammaglobulinas contenidas en la leche materna se impide el desarrollo de infecciones intestinales, causantes de diarreas graves en el bebé y con ello la deshidratación.

Previene las alergias, hay bebés que son alérgicos a la leche de vaca o a ciertos componentes de la leche de fórmula. Por otro lado, la leche materna contiene anticuerpos que impiden la ingestión de proteínas alérgicas.

Cuida la piel del bebé porque contiene ácido linoleico, que ayuda a un buen mantenimiento de la ésta.

Protege los oídos: según un estudio las otitis medias se reducen en un 50% entre los bebés amamantados.

Asegura el desarrollo de una estructura maxilofacial adecuada. Al succionar del pecho, el bebé realiza un esfuerzo regular con la boca y la mandíbula, que no hace con el biberón. Los niños cuidados a pecho suelen tener menos problemas dentales y rara vez necesitan correcciones ortodóncicas.

Cuanto mayor sea la frecuencia de las tomas en las primeras 24 horas, menor aparición de ictericia en el recién nacido.

Promueve la estimulación temprana y el desarrollo sensorial: un estudio norteamericano demostró que los escolares que habían sido alimentados con leche materna obtuvieron mejores resultados en ciertas pruebas de inteligencia (4). No se puede asegurar que los niños cuidados a pecho vayan a ser siempre más inteligentes, pero se ha comprobado que la leche humana contiene un aminoácido llamado taurina fundamental en el desarrollo del cerebro humano.

Para la madre: El contacto de la madre con su hijo que se produce durante la lactancia, le ayuda a aceptarle como es, contrastando las expectativas que tenía de él. Al mismo tiempo, darle amor, protección y cariño a su hijo.

La leche materna ayuda a la madre en el alumbramiento, poner al niño al pecho nada más nacer libera la oxitocina y ésta intensifica las contracciones, que ayudan a expulsar con mayor facilidad y rapidez la placenta. Además, el amamantamiento precoz favorece la posterior producción de leche y reduce el riesgo de padecer hemorragias postparto y anemias.

Previene las depresiones postparto: la oxitocina liberada cuando el bebé succiona su pecho, ejerce en la madre un efecto euforizante y tranquilizador, de desencadenar la conducta de protección maternal.

La lactancia materna reduce sustancialmente el riesgo de cáncer de mama y brinda protección contra el cáncer ovárico (5).

El amamantar al bebé mantiene en el cuerpo de la madre altos niveles de progesterona (hormona que impide la ovulación). Sin embargo, no es un anticonceptivo seguro, aunque el aumento de los intervalos entre nacimientos beneficia la salud de la madre y la salud y el desarrollo de los niños.

Ayuda a recuperar la línea, el útero recupera el tamaño que tenía antes del embarazo con mayor facilidad y rapidez en las madres que amamantan, gracias a la acción de la oxitocina. Por otra parte, no es cierto que el amamantamiento estropee el busto, sino que incluso puede ayudar a recuperarlo. Si en algunas ocasiones los senos pierden su firmeza, es debido al embarazo y no debido a la lactancia. Además, disminuyen las grasas, ya que éstas se utilizan para la producción de leche.

Es el alimento más barato, la lactancia materna es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo sano de todos los niños y va acompañada de un incentivo más: es gratis. La lactancia materna no requiere ningún gasto suplementario para que la madre tenga una alimentación saludable, que precisará de igual forma aunque no dé pecho.

Los niños saludables causan menos gastos médicos.

Siempre está disponible cuando se necesita: a la hora de salir a cualquier lugar no es necesario ir cargado de biberones y otros productos, sólo basta con la madre, cuya leche siempre está lista cuando el bebé la necesita. Además la madre no tiene que perder el tiempo preparando el biberón.

Evita rigidez de horario, aunque la lactancia materna requiere una técnica, se trata de reglas mucho más sencillas e intuitivas que las que precisa la preparación y la administración de biberones (donde se pueden dar casos de sobrealimentación por emplear dosis incorrectas). La rigidez de horarios que implica la administración de biberones puede ocasionar estrés y desajustes entre la familia y el bebé (5).

Para la Familia: Mejora la integración familiar, ya que el padre u otro miembro de la familia puede dar leche materna al bebé, una vez que la madre se la haya extraído de forma manual o con un sacaleches y la recoja en un recipiente esterilizado. Esta leche se tapa rápidamente y se guarda en la heladera. La leche materna se conserva mejor que la artificial gracias al contenido en glóbulos blancos y defensas que destruyen los posibles microbios. Por eso, esta leche puede administrarse al bebé cuando la necesite, en las siguientes veinticuatro horas. Todo esto es aconsejable cuando la madre no disponga de todo el tiempo del día para dedicar al bebé por cuestiones laborales u otras (5).

Para la Sociedad: Mejora la supervivencia infantil, en el mundo en desarrollo, los niños que no son amamantados corren un riesgo de muerte entre diez y quince veces mayor durante los tres y cuatro primeros meses de vida (6). Entre las poblaciones pobres del mundo industrializado, la morbilidad infantil va en aumento como resultado directo de la alimentación a biberón que es insuficiente, y a menudo, carece de esterilización. Lamentablemente, es entre los más pobres y menos desarrollados que hay más tendencia a la alimentación a biberón.

Permite conservar recursos naturales al evitar el uso de materiales para el almacenamiento y conserva de los sucedáneos de leche, como cartón y vidrio; así como de caucho utilizado para las tetinas.

Ahorro de recursos humanos y materiales ya que los hospitales no tienen que malgastarlos para alimentar a los bebés artificialmente y para combatir las enfermedades e infecciones que causa este método.

Según el informe ‘La salud en las Américas’, publicado por la OPS del 3 de agosto de 2004 ‘si bien la mayoría de las mujeres de Latinoamérica amamantan, y lo hacen por un período relativamente largo, las prácticas de la lactancia natural y exclusiva están lejos de ser las óptimas’.

Muchas madres se preocupan sobre su suplemento de leche, especialmente si tienen expectativas irreales sobre cuan frecuente o cuanto tiempo un recién nacido debe amamantar. Se recomienda que la madre evalúe factores para que ella misma juzgue si tiene o no suficiente leche, factores tales como la cantidad de leche que la madre produce depende de cuán frecuente el bebé amamanta, mientras más amamante el bebé más leche producirá.

La madre puede reconocer que el bebé está recibiendo suficiente leche si se deja llevar por los pañales que ensucia el bebé. Un bebé que está recibiendo suficiente leche moja alrededor de 4 a 6 pañales y evacua un mínimo de 2 veces en 24 horas (un bebé mayor de 6 semanas no evacua tan frecuente).

Un bebe que está recibiendo suficiente leche aumenta 4 a 8 onzas (113 a 226 gramos) de peso por semana.

2.1.2. Mitos sobre la lactancia materna

Es lamentable, pero dentro de nuestra sociedad existen demasiados mitos y creencias que influyen en la percepción materna de la lactancia exclusiva que serán citados a continuación con su respectivo esclarecimiento:

- ***El bebe amamanta frecuentemente:*** Los bebés nacen con un instinto de succión fuerte. El que el bebé quiera amamantar frecuentemente no quiere decir que no está recibiendo suficiente leche.
- ***El bebé parece tener hambre al poco tiempo de haber comido:*** Por el mismo instinto de succión, siempre que el bebé tenga los ojos abiertos va a querer amamantar. Los bebés no parecen reconocer cuando están llenos hasta las 6 semanas de vida.

- ***De repente el bebé está menos tiempo en el pecho:*** Es normal que mientras más hábil es el bebé en el pecho, más rápido lo vacía, hay bebés que vacían un pecho en 5 a 10 minutos.
- ***Cuando los pechos de la madre no gotean ya la leche se está acabando:*** El gotero de leche no tiene ninguna relación con la cantidad de leche que la madre produce.
- ***Cuando los pechos de la madre están más suaves ya no existe suficiente leche:*** Esto es algo normal que ocurre cuando la producción de la madre se ha ajustado a las necesidades de su bebe.
- ***Los niños no quedan satisfechos solo con la lactancia materna, quedan con hambre, por eso hay que darles mamadera:*** el que el bebé quiera amamantar frecuentemente no quiere decir que no está recibiendo suficiente leche, por el mismo instinto de succión con el que nacen, siempre que el bebé tenga los ojos abiertos va a querer amamantar, los bebés no parecen reconocer cuando están llenos hasta las 6 semanas de vida, chuparan de una mamadera aún cuando estén llenos.
- ***La madre no puede extraerse mucha leche por que pierde se acaba:*** La efectividad de la extracción de leche depende de varios factores, como la habilidad de la madre de tener bajadas de leche con la bomba de extracción, al igual que de la efectividad del tipo de bomba de extracción que se está utilizando, ya que algunas bombas de extracción son más efectivas que otras. Del mismo modo, la cantidad de leche que la madre se extrae con una bomba de extracción no tiene ninguna relación con el suplido de leche de la madre.
- ***Durante el embarazo se deben fortalecer los pezones para que después no se agrieten y duelan:*** no es necesario porque los pezones no sufrirán ningún rozamiento dentro de la boca del bebé.
- ***Las mujeres de piel blanca y ojos claros sufrirán dolor de pezones porque tienen pieles delicadas:*** no es cierto, ni el color, ni la textura de la piel influyen en el poder o no dar de mamar.

- ***Las mujeres que quieran amamantar a sus hijos deben hacerlo inmediatamente después del parto, de lo contrario la lactancia no tendrá éxito:*** es recomendable, para la madre y para el niño que se instaure la lactancia lo más pronto posible, pero no es imprescindible.
- ***Los bebés deben alimentarse de ambos pechos cada vez que mamen, porque sino no se estimula una producción adecuada de leche:*** la producción de leche, se da en función de la demanda del niño. Lo aconsejable, es que se deje elegir al niño cuánto y cuándo quiere comer, es preferible que el niño vacíe completamente un pecho a que vacíe parcialmente los dos, ya que la leche más rica en grasas es la del final.
- ***Hay que controlar el tiempo de cada toma para prevenir el dolor de pezones:*** el dolor de pezones no tiene que ver con el tiempo, sino con una mala técnica a la hora de colocar al niño al pecho.
- ***Las madres que no aumentan la ingesta de líquidos producen poca leche:*** la madre debe beber sólo la cantidad que le apetezca. Sólo aquellas mujeres que noten que la concentración de la orina es más densa o que tiene un olor fuerte deben aumentar el consumo de líquido.
- ***La mayoría de bebés necesitan biberones de agua o leche artificial o no recibirán suficiente cantidad de líquidos:*** el suministrar líquidos adicionales sólo puede influir en que el niño después no mame lo suficiente, además de desorientarle, ya que el mecanismo de succión de un biberón es totalmente diferente a la técnica empleada a la hora de mamar.
- ***La cantidad de leche que recibe el niño es proporcional al tiempo que permanece mamando:*** cada bebé tiene su propio ritmo de alimentación, así como cada mujer tiene su ritmo de emisión de leche.
- ***Si la alimentación del bebé se reduce a la leche materna, la madre nunca conseguirá dormir lo suficiente por la noche:*** conforme el niño crece, se va adaptando a la vida como cualquier persona, de manera que por la noche tenderá a comer menos y a dormir más. De todas maneras el bebé puede dormir cerca de su madre, así en caso de que se despierte lo puede colocar junto a ella y darle de mamar acostada y volver a dormir una vez el niño haya terminado de alimentarse.

- ***Las mujeres con inflamación de pecho deben evitar extraer manualmente la leche:*** al contrario, vaciar un poco el pecho apretando suavemente la areola, contribuye a aliviar la inflamación.
- ***Las tetinas o chupetes de las mamaderas son lo más parecido a los pezones de la madre:*** no se parecen en absoluto; no son sensibles, ni suaves, ni elásticas como los pezones de las madres.
- ***Las madres que prolongan la lactancia materna más allá del noveno mes no podrán dejar de amamantar a sus hijos nunca:*** es falso, cuando el niño decida que es el momento de abandonar el pecho de su madre lo dejarán bien claro, además es mucho mejor amamantar el mayor tiempo posible, incluso si el niño toma ya otros alimentos.

2.1.3. Contraindicaciones de la lactancia materna

Existe una pequeña probabilidad de no poder dar de mamar, pero es un porcentaje ínfimo por causas muy extrañas como con las madres seropositivas o enfermas del Síndrome de Inmunodeficiencia Humana (SIDA) que deben evitar dar de mamar a sus hijos, ya que pueden transmitirles la enfermedad.

Distintos estudios han demostrado que la transmisión materno-fetal del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) también puede producirse a través de la lactancia materna. En un metaanálisis de estudios publicados hasta 1992, Dunn y cols estimaron que el riesgo de transmisión vertical del VIH a través del pecho en madres infectadas crónicas era del 14% y del 29% en caso de que las madres se infectaran tras el parto.

La evidencia sugiere que el VIH se puede transmitir de madres infectadas a sus bebés no infectados a través de la leche materna. Ha sido posible aislar el virus de la leche humana. Se considera que el frágil virus se puede destruir por el ácido gástrico y las enzimas intestinales del niño y que el estómago y el intestino de los niños son relativamente inmunes al virus. Esto quizá en gran parte es cierto, pero en general la mayoría de los niños alimentados al pecho por madres infectadas con VIH no se infectan a través de la leche materna.

Ha sido difícil, sin embargo, determinar si un niño en particular se infectó antes del parto, en el parto o por medio de la lactancia. Esta duda se debe en parte al hecho que, tanto los niños infectados como los no infectados, adquieren pasivamente los anticuerpos del VIH de sus madres infectadas, pero la presencia de anticuerpos en las pruebas de VIH estándar no se pueden interpretar como que existe una infección activa.

El riesgo de transmisión a través del pecho materno depende de la duración de la lactancia, de la infectividad de la leche, de la susceptibilidad del lactante, etc. Cuanto más prolongada sea la duración de la lactancia y mayor carga viral tenga la leche, más elevado es el riesgo de transmisión vertical del VIH. Lo mismo podemos comentar respecto a los glicosaminoglicanos y la beta-lactoglobulina.

Una consulta de la OMS y la UNICEF fue clara en su recomendación, a pesar de la evidencia actual sobre transmisión del VIH a través de la leche materna (OMS/UNICEF, 1992).

En los lugares donde las enfermedades infecciosas y la desnutrición son las principales causas de muerte infantil y la tasa de mortalidad infantil es alta, la lactancia debe ser la recomendación usual para las mujeres embarazadas, incluyendo aquellas infectadas con VIH. Esto se debe a que el riesgo para los bebés de infectarse con VIH a través de la leche materna es quizás menor que el riesgo de morir por otras causas si no se alimenta con leche materna.

Muchos niños en África, Asia y América Latina viven en ambientes donde predominan las infecciones gastrointestinales, la higiene es deficiente y el suministro de agua inseguro. En estas circunstancias, las numerosas ventajas de la lactancia sobrepasan el riesgo de la infección de SIDA para el niño a través de la leche materna de una madre VIH positiva. Tan sólo donde las causas comunes de morbilidad y mortalidad en la infancia no son las enfermedades infecciosas, la política de salud pública debe aconsejar el uso del biberón en reemplazo de la lactancia materna para reducir la posibilidad de transmisión del SIDA. Cuando sea factible, es importante que cada madre reciba consejo de un médico o trabajador de la salud capacitado y conozca los riesgos relativos de la lactancia o

métodos alternativos de alimentación para el niño, en términos de enfermedad y supervivencia. Este asesoramiento le permitirá a la madre tomar una decisión estando mejor informada.

También existe la posibilidad de infección del hijo por la leche de madre que padece la enfermedad de Chagas; ha sido verificada clínicamente y cuenta con ratificación experimental. Sin embargo, su ocurrencia es excepcional y muchos especializados consideran que es un riesgo remoto. No obstante, es prudente que el hijo de una mujer que sufre enfermedad de Chagas aguda, no sea amamantado por su madre.

Otra es que la mayoría de los niños nacidos de madres con hepatitis C reciben los anticuerpos generados por el organismo de su madre, pero menos de un 10% de estos niños se infecta con el virus de la hepatitis C. Se cree que el mayor riesgo de transmitir este virus al feto se da cuando las mujeres pasan por una fase de infección aguda o de gran deterioro del hígado durante el embarazo. Las mujeres con infección por hepatitis C usualmente tienen bebés sanos. La transmisión de hepatitis C de madre a bebé por la leche materna, puede ocurrir, pero parece ser relativamente rara, por tanto, la decisión sobre la alimentación del bebé corresponde a los padres.

En el caso de enfermedades infectocontagiosas con estudios científicamente comprobados que prueben su contagio a través de la leche materna, o el peligro de contagio a través de ella, la madre no debería sentirse culpable de no dar de lactar, porque no todo dependería de ella.

Las madres diabéticas y epilépticas pueden dar de mamar sin riesgo de transmitir su enfermedad al bebé, se puede dar de mamar aunque sólo se tenga un pecho, en caso de amputación del otro. Incluso aquellas mujeres que tengan prótesis de silicona pueden hacerlo, los niños prematuros que maman se recuperan y maduran antes que aquellos alimentados con leche artificial, los niños nacidos por cesárea pueden mamar desde el momento que nacen y que su madre es capaz de darle de mamar, como si hubiera sido un parto normal.

2.2. Técnicas de lactancia materna correcta

Existe una técnica correcta de amamantamiento que lamentablemente no está difundido en nuestro medio, cuyas principales pautas son las siguientes:

Debe la madre lavarse las manos con agua y jabón cada vez que vaya a amamantar a su hijo en sus brazos.

En el momento de la toma tanto la madre como el niño deben estar en una situación cómoda y rodeada de tranquilidad. El niño debe tener hambre, estar seco y no estar ni demasiado frío ni demasiado arropado. Se le tiene que sostener en una posición cómoda y completamente relajada.

Se debe respetar que la madre no quiera que haya visitas durante la toma. Lo más frecuente es que con el tiempo cambien los hábitos y la madre se acostumbre a amamantar a su hijo delante de la gente e incluso fuera del domicilio. Puede colocarse sentada o acostada.

Con una mano sujetará al bebé colocando su cara junto al pecho, y con la otra sujetará la mama dejando el pezón accesible al niño. Se puede facilitar la salida de la leche mediante presión en la mama con los dedos pulgar, índice y corazón.

La cabeza del bebé quedará en la curvatura del brazo sobre el codo, sosteniéndole con una mano sus nalguitas y acercarlo a su propio abdomen. Con la mano libre, levantar su pecho con los dedos por abajo del mismo, con el dedo pulgar por encima de tal manera que la mano quede formando una C.

Inicialmente se ofrece al niño el pecho por el que terminó la toma anterior. Si está excesivamente ingurgitado y al bebé le resulta difícil mamar se puede masajear o vaciarlo un poco manualmente antes de la toma.

Para que el niño abra su boca, se hará cosquilleo suavemente con el pezón al labio inferior y se verá que el Niño tome el pezón y parte de la areola, sosteniendo por espacio de 15-20 minutos y cerciorándose de que esté realmente succionando.

El bebé debe tener dentro de su boca el pezón y la aureola en la parte del paladar superior.

Para comprobar que está succionando correctamente en el niño aparece un surco entre la nariz y la boca.

El niño tomará de este pecho hasta que lo suelte o la madre sienta que sólo está “jugueteando” con el pezón. No debe limitarse la toma. La succión es más vigorosa durante la primera parte de la toma, y es cuando maman la mayor parte de la misma. La composición de la leche del final es más rica en grasas lo que va a hacer que el niño se sienta saciado.

Para retirar el pecho, se colocará el dedo índice de la Madre introduciéndolo por el ángulo de la boca, asegurándose de que el dedo quede bajo la mandíbula y por encima de la encía del Niño para enseguida retirarle el pezón. Debe extraerse una gota de leche para aplicarla sobre el pezón utilizado para lubricarlo, con ello, también se evitarán procesos infecciosos debido al efecto protector de la propia leche.

Si el bebé no suelta el pezón, se puede introducir un dedo en la boca para facilitar que se aparte. Nunca se le debe retirar tirando de él.

Posteriormente se ofrecerá al niño el otro pecho, aunque puede que lo rechace porque ya esté satisfecho. Si es así, no se le debe forzar.

Como mínimo se le debe dar 8 tomas al día y mínimo 10 minutos por toma.

Para poder comprobar que el niño tiene una alimentación adecuada se puede observar su orina de manera que debe orinar unas 6 veces al día (6 pañales al día).

Hay que dar el pecho a demanda del bebé, no es necesario contabilizar las horas para dar otra toma a la hora exacta, sino dar cuando el niño lo pida.

Tras la toma se sujetará al niño sobre el regazo o al hombro para facilitarle eructar. Esto puede repetirse varias veces durante la toma.

2.3.Leyes a Favor de la lactancia materna

Existen actualmente alrededor del mundo una serie de leyes y proyectos para proteger y fomentar la lactancia materna en visto de los tantos beneficios que representa esta para la salud del niño como de la madre y toda la sociedad de su entorno.

A nivel internacional esta El Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna que fue preparado por la OMS y la UNICEF, después de un proceso de amplia consulta con los gobiernos, la industria de alimentos infantiles, asociaciones profesionales y ONGs, y aprobado por la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud 34.22, en 1981.

"Proporcionar a los lactantes una nutrición segura y suficiente, protegiendo y promoviendo la lactancia natural y asegurando el uso correcto de los sucedáneos de la leche materna, cuando éstos sean necesarios, sobre la base de una información adecuada y mediante métodos apropiados de comercialización y distribución".

(Objetivo de el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna OMS, 1981)

El Código Internacional es una herramienta útil e indispensable para proteger y promover la lactancia materna como una práctica única y sin igual pero amenazada. Es también un instrumento para asegurar una apropiada comercialización de los sustitutos de la leche materna, mamaderas (biberones y tetinas). El Código Internacional fue único en su campo, adoptado internacionalmente y aprobado como un requerimiento mínimo básico para proteger las prácticas saludables con relación a la alimentación infantil. A pesar de no ser obligatorio como un Tratado o una Convención, el Código Internacional de salud pública que regula la comercialización de los sucedáneos de la leche materna adoptada por la Asamblea Mundial de la de la Salud. Ver su resumen en ANEXO

Por otra parte, en España actualmente sólo existe una ley que favorece la lactancia materna. Consiste en la reducción de jornada en una hora a repartir en dos fracciones, o a media hora al final de la jornada, para amamantar a un hijo menor de nueve meses. Indistintamente madre o padre.

Tienen otras leyes que sin ser de protección total a la lactancia ayudan a que ésta se pueda dar, por lo que pueden ser útiles para aquellas mujeres que quieran amamantar a sus hijos:

- Se establecen dieciséis semanas de suspensión en caso de un parto único, dieciocho semanas para aquellas madres que den a luz a más de dos hijos.
- Excedencia no superior a tres años. Sólo existirá reserva de puesto de trabajo durante el primer año.
- Por cuidado de un menor de seis años o disminuido físico o psíquico y que no desempeñe otra actividad remunerada, tiene derecho a una reducción de trabajo de un máximo de media jornada con la disminución de salario consiguiente.

En Estados Unidos, muchos programas nacionales y estatales promueven la lactancia materna. En 1950, el cien por cien de los niños eran amamantados, mientras que la prevalencia de la lactancia materna al momento del alta hospitalaria se redujo a 25 por ciento en 1967 y repuntó hasta un 64 por ciento en 1998.

En el año 2001, el estado de Washington estableció una ley que enfatiza la importancia de la lactancia. La ley aclara que amamantar no constituye comportamiento indecente.

También anima a los empleadores para que les brinden a las madres lactantes las comodidades necesarias. Adicionalmente, la ley creó un programa de incentivos para empleadores al permitirles que publiquen que sus negocios son “pro-infantes” si establecen medidas de apoyo en relación con la lactancia para sus empleadas.

En el Estado libre asociado de Puerto Rico aprueba su Ley Núm. 3 para proteger a las madres obreras desde el 13 de marzo de 1942, establece su derecho a un descanso que comprenda cuatro semanas antes del alumbramiento y cuatro semanas después; prohibir el trabajo de las madres obreras durante dicho periodo en oficinas, establecimientos comerciales e industriales y empresas de servicio público; estatuir la obligación de los patronos a pagar a las madres obreras la mitad del sueldo; salario, jornal o compensación durante el mencionado periodo de descanso; fijar penalidades por la violación de las disposiciones de esta ley y para otros fines.

También su ley Núm. 79 de 13 de marzo de 2004, para prohibir el suministro de sucedáneos de la leche materna a los recién nacidos, en los centros de servicio de maternidad, a no ser por indicación médica o consentimiento de la madre, padre o tutor, imponer sanciones por incumplimiento y para otros fines

Para el Estado Colombiano el incremento de la práctica de la lactancia materna representará una disminución efectiva de los presupuestos oficiales al bajar la incidencia de enfermedades de la madre y el niño. Por supuesto el país obtendrá un ciudadano integralmente desarrollado, igualmente significará disminución de costos en la canasta familiar.

Dinamizar acciones en beneficios de la lactancia materna repercutirá en al disminución de los índices de morbilidad y mortalidad infantil y malnutrición, en el crecimiento demográfico y en la formación de niños íntegros y sanos para la sociedad.

El impacto social que conlleva a esta práctica, justifica la intervención de Trabajo Social como apoyo al Equipo de Salud que integran los Comités de lactancia materna en los diferentes niveles de atención y la importancia de definir el perfil del trabajo de esta disciplina estableciendo las acciones asistenciales en la etapas prenatal, post-natal y de seguimiento, así como intervenciones en capacitación y motivación, procesos educativos e investigación.

En Bolivia el Ministerio de Salud junto a la OMS busca a partir del 26 de Agosto de 2004 promover la trascendental importancia que tiene la lactancia materna para la salud de los recién nacidos y las madres bolivianas.

El ministro de Salud, Fernando Antezana, en agosto del 2004 afirmó que la lactancia materna es utilizada como estrategia para disminuir los altos índices de desnutrición, morbilidad y mortalidad infantil, ya que esta leche contiene una importante cantidad de nutrientes, hormonas, anticuerpos y factores inmunológicos y antioxidantes que mejoran el desarrollo integral de los bebés y los protege de diarreas y otras enfermedades infecciosas agudas.

Según la Alianza Mundial pro Lactancia Materna (Waba), aun cuando están teóricamente protegidas por la Ley General del Trabajo (LGT) muchas mujeres no gozan de su beneficio por temor a perder su empleo o porque no trabajan a tiempo completo y la consecuencia son niños con menos ventajas en su nutrición.

Las leyes bolivianas dicen que las madres tienen derecho a una hora de permiso diario para amamantar a sus bebés, durante su primer año de vida, hecho que es casi totalmente desconocido por los empleadores y por las mismas madres por lo que no imponen los derechos que por ley les corresponde y eso influye directamente en la disminución de la lactancia materna (7).

Código del niño, niña y adolescente

ARTICULO 17° (LACTANCIA MATERNA): Es deber del Estado, de las instituciones publicas, privadas y de los empleadores en general, proporcionar las condiciones adecuadas para la lactancia materna inclusive en aquellos casos en que las madres se encuentran privadas de libertad (36).

2.4.Situación y promoción de la lactancia materna en Bolivia

Según el ENDSA 2003 (Encuesta Nacional de Demografía Y Salud 2003) Los patrones de alimentación del niño influyen en su estado nutricional, el que a su vez condiciona su potencial de desarrollo y crecimiento. En este sentido, la practica de la lactancia materna provee a los infantes de nutrientes adecuados y les brinda inmunidad para un gran numero de enfermedades comunes en la infancia. Sin embargo el inicio temprano de la complementación alimentaría sin medidas adecuadas de higiene y esterilización, limita lo valioso de la lactancia materna al exponer al niño a sustancias contaminadas por el ambiente. Los hábitos de lactancia y alimentación complementaria están muy relacionados con el grado de nutrición y con los riesgos de enfermedad y muerte.

Por otro lado, la duración y la intensidad de la lactancia en el periodo de posparto, influyen en el intervalo entre nacimientos y los niveles de fecundidad resultantes, los que, a su vez, condicionan a las posibilidades de supervivencia de los hijos futuros y de las madres. Asimismo, la alimentación inadecuada y la prevalencia e incidencia de enfermedades infecciosas son determinantes más importantes de los factores genéticos en el crecimiento de los infantes. Por ello, la desnutrición infantil es una de las variables más sensibles a las condiciones de vida.

A partir de las ENDSA 1994 se les pregunto a las madres sobre la práctica de la lactancia (La ENDSA 1989 no cuanta con esta información): su inicio, frecuencia y el uso de alimentación complementaria, el informe preliminar además incluye dos variables mas " liquido/agua/jugos " y " leche no materna " de cada hijo nacido vivo desde enero de 1998. (37) (41)(42).

A partir de información sobre la situación de la lactancia en las 24 horas antes de la encuesta, en el cuadro 1.0 se presenta la distribución porcentual de los niños sobrevivientes según los meses transcurridos desde el nacimiento: si están lactando o no; y si están lactando, si lo hacen exclusivamente o si reciben solo agua o complementación alimenticia. También se detalla por edad del niño, la prevalencia de la alimentación con biberón.

Aunque la Práctica de la lactancia materna es bastante extendida entre las madres bolivianas y se observa un ascenso en las cifras de lactancia exclusiva a medida que pasa los años comparando los datos de las ENDSAS anteriores con el informe preliminar del 2003 – según los últimos datos menos del 4 por ciento de los niños menores de 3 meses no reciben algún tipo de lactancia- los resultados evidencian que la complementación con otro tipo de alimentos se inicia muy tempranamente, lo cual se ha comprobado que disminuye significativamente los beneficios inmunitarios y nutricionales de la leche materna para el niño amamantado, tomando en cuenta que el porcentaje de menores de 6 meses que no están lactando a incrementado.

También es notorio que una significativa proporción de madres abandona la práctica a medida que el niño va creciendo, antes de que alcance el periodo mínimo recomendado de seis meses. Por ejemplo según el informe preliminar de la ENDSA 2003, mientras entre los niños menores de dos meses de vida el 70 por ciento recibía lactancia exclusiva y solo un cuatro por ciento no era lactado, entre los niños de 6-7 meses apenas el 17 por ciento recibe lactancia exclusiva. El principal complemento alimenticio temprano que reciben los niños que lactan es la leche no materna, práctica que asciende al 21 por ciento entre los menores de dos meses (37).

Cuadro 1.0. Situación de lactancia para niños menores de tres años Comparativa ENDSA 1994, 1998, y 2003

Distribución porcentual de los niños menores de tres años que viven con la madre por situación de lactancia y porcentaje de niños menores de tres años que usan biberón según edad en meses

NIÑOS QUE LACTAN

Edad en meses	Niños que no están lactando			Lactancia Exclusiva			Solo Agua			Líquidos (agua / jugos)			Leche no materna			Complementos			Total		
	94	98	03	94	98	03	94	98	03	94	98	03	94	98	03	94	98	03	94	98	04
<2	3.2	1.1	3.7	61.4	68.5	69.5	2.2	0.7	5.4			0.3			20.8	33.1	29.8	0.3			100.0
2-3	4.2	2.2	3.7	47.8	53.2	56.0	4.4	4.9	12.0			3.7			16.5	43.6	39.6	8.2			100.0
4-5	6.5	4.9	5.5	27.3	35.6	39.5	5.7	3.3	10.4			9.3			13.3	60.5	56.1	21.9			100.0
6-7	14.5	4.6	6.8	5.2	14.7	16.6	1.4	1.5	4.9			4.1			2.7	79.3	79.3	65.0			100.0
8-9	9.7	14.4	11.0	2.8	5.5	2.3	0.0	0.0	1.1			1.7			0.9	87.5	80.1	83.0			100.0
10-11	21.2	15.2	6.6	0.2	2.2	0.4	0.0	1.3	0.0			0.2			0.5	78.6	81.3	92.2			100.0
12-15	26.7	23.1	18.5	2.7	0.5	0.2	0.0	0.0	0.0			0.2			0.0	71.9	76.3	81.1			100.0
16-19	43.8	46.0	32.9	0.8	0.3	0.0	0.2	0.0	0.0			0.1			0.0	55.6	53.6	66.9			100.0
20-23	63.9	68.5	54.2	0.0	0.2	0.5	0.0	0.1	0.0			0.0			0.0	36.1	31.2	45.3			100.0
24-27	86.3	83.9	76.2	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0			0.0			0.0	13.5	16.0	23.8			100.0
28-31	91.9	90.5	78.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0			0.0			0.0	8.0	9.4	21.7			100.0
32-35	93.5	95.1	89.7	0.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0			0.0			0.0	5.9	4.9	10.3			100.0
<6		3.05	4.4		45.1	53.6		2.9	9.5			4.8			16.5		48.8	11.2			100.0
6-9		11.8	8.8		7.6	9.6		0.4	3.0			2.9			1.8		80.3	73.8			100.0

Nota: La ENDSA 1989 no cuenta con datos de Lactancia materna como tal, el ENDSA 1994 y 2003 no contemplan las variables Líquidos (agua / jugos) y Leche no materna. Se incluye el último nacido vivo de las mujeres entrevistadas, es decir, el niño más pequeño. La situación de la lactancia se refiere al periodo de 24 horas antes de la entrevista (el día o la noche anterior). Los niños clasificados como "lactan y sólidos o semisólidos". Aquellos niños que recibieron leche materna y otros líquidos, pero no recibieron alimentos complementarios fueron clasificados en categoría de líquidos aunque ellos hayan consumido agua también. Los niños que consumieron alimentos complementarios fueron clasificados en esa categoría solamente si también están siendo amamantados.

¹Incluye todos los niños menores de 3 años, no únicamente el mas joven.

Fuente: ENDSA 1994.1998 e Informe Preliminar 2003

De no tomarse medidas preventivas, se estima que Bolivia puede perder alrededor de mil millones de dólares solo en esta década por problemas nutricionales de su población y por no mantener la lactancia exclusiva durante los primeros seis meses de vida de los niños.

La cifra es resultado del estudio Análisis Profiles de la Situación Nutricional en Bolivia al Alba del Tercer Milenio, citado en el boletín de junio y julio de Acción Internacional por la Salud (AIS).

En el país, según cifras oficiales, más de 28 mil niños están expuestos a las consecuencias de una nutrición inapropiada (diarreas agudas, infecciones respiratorias agudas, problemas infectocontagiosos, gastroenteritis, etcétera), producto del destete precoz, "actitud alentada por agresivas campañas publicitarias, que anteponen los intereses comerciales a los intereses de la Salud Pública", denuncia AIS.

En estos spot publicitarios se promocionan diferentes fórmulas de leches en polvo sin aclararles a las madres la importancia de la lactancia materna.

Por otro lado, según un estudio divulgado esta semana por la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), más del 20 por ciento de los bolivianos padecen desnutrición crónica, no tanto por escasez de alimentos, sino por la falta de dinero para comprarlos.

Según el estudio, la mayoría de los países disponen de más de 2.200 kilocalorías por persona/día, que es el límite inferior antes que el aporte alimentario sea crítico. La excepción negativa a estas 2.200 kilocalorías son Bolivia, Guatemala y Haití. (39).

Al respecto, el viceministro de Salud, Óscar Larraín, aclara que el problema de la desnutrición en el país no sólo tiene que ver con el déficit de alimentos o la disponibilidad de dinero para comprarlos, sino también con aplicar una adecuada dieta balanceada.

La ocasión de la semana de la lactancia materna en Bolivia del 26 de Agosto del 2004 sirvió para que la Asociación Internacional por la Salud (AIS) y la Cámara de Diputados se comprometan a agilizar los trámites para que en esta gestión se apruebe una ley a favor del acto de amamantar.

La representante en Bolivia del Fondo de las Naciones Unidas Para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), Magaly de Ayala, asegura que la lactancia de pecho va perdiendo espacio frente a los reemplazantes de la leche.

Señalo que hace años esta práctica se mantenía por lo menos durante los primeros seis meses de vida del niño. En 1999, sólo el 30 por ciento de los lactantes que cumplieron los cuatro meses seguían siendo amamantados.

No hay ningún alimento más completo y, además, tiene la ventaja de servir como nexo único entre madre e hijo.

‘La lactancia materna es beneficiosa, también, para las madres porque les permite combatir mejor el cáncer y fortalecer sus defensas durante la lactancia además de favorecer el vínculo entre la madre y el hijo’, dijo la autoridad (7).

Con el objetivo de que la población y las madres en particular desarrollen una conciencia sobre la importancia de la lactancia materna, las instituciones de salud llevan adelante una campaña sobre el tema.

La noticia la dio la responsable del Programa de Nutrición y Alimentos del Servicio Departamental de Salud (Sedes), Romy Flores Paredes, al presentar la Semana de la lactancia materna, en la que se recomienda dar de lactar a los bebés, en lo posible hasta que éste cumpla dos años, exclusivamente hasta los 6 meses.

La profesional del área destacó la importancia del tema, debido a los muchos prejuicios que existen sobre la lactancia, tanto en el área rural como en el área urbana.

‘En nuestro medio, la gente dice que la leche materna después de los seis meses ya no va a servir al bebé, que hay que cortarle esta práctica dándole otros alimentos o que el niño va a crecer “wawalón” (consentido, infantilizado). Nada de esto es cierto’. En contrapartida, la leche materna tiene muchas ventajas tanto para el niño, como para la madre. ‘Para el niño, la leche materna representa obtener todos los nutrientes que necesita para su crecimiento y su desarrollo mental, no necesita nada más hasta los seis meses, además de que el contacto con la madre le genera una sensación de autoestima’. Del otro lado, fuera de las ventajas obvias para la progenitora de no tener que preparar la leche ni calentarla (pues ésta se adapta al medio ambiente), el dar de amamantar también ayuda a que la madre retrase la ovulación postergando de esa manera la posibilidad de un nuevo embarazo, explicó Flores (8) .

Por ello, las campañas se llevan adelante en los municipios con el apoyo de las Redes de Salud.

2.5.Sucedáneos en Bolivia

Según un reportaje de La Prensa en Agosto del 2003, de no tomarse medidas preventivas, se estima que Bolivia puede perder alrededor de mil millones de dólares sólo en esta década por problemas nutricionales de su población y por no mantener la lactancia exclusiva durante los primeros seis meses de vida de los niños.

Según el resultado del estudio Análisis Profiles de la Situación Nutricional en Bolivia al Alba del Tercer Milenio, entre el 28 y 35 por ciento de los bolivianos sufren algún tipo de desnutrición por deficiencia de yodo, hierro o retardo en el crecimiento.

Una de las causas principales y más frecuentes es la decisión de muchas madres de evitar la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, cuando son cada vez más los estudios científicos que señalan a esta práctica - dice AIS- como la medida e intervención fácil y de mayor impacto y beneficio para precautelar la vida y salud de los recién nacidos. (38)

En Bolivia, la Nestlé es acusada de contribuir indirectamente para la muerte de por lo menos 28 000 lactantes. La compañía sigue ofertando sus sucedáneos en Bolivia, como su producto NAN 1, con etiquetas que mencionan "desde el nacimiento". O sea va en contra de la promoción por el gobierno boliviano de una alimentación y nutrición adecuadas en los primeros meses a través de la lactancia materna exclusiva. (40)

Subsidio Prenatal

El Subsidio Prenatal consiste en la entrega a la madre gestante asegurada o beneficiaria de una asignación mensual en especie que consta de: leche entera, derivados lácteos y sal yodada fluorada, por un valor equivalente a un salario mínimo nacional. Comienza a partir del primer día del quinto mes de embarazo y fenece el día del nacimiento del niño.

Si el trabajador queda cesante forzosa o voluntariamente, continúa percibiendo el subsidio prenatal durante los dos meses computables desde el primer día del mes siguiente de cesantía. Toda mujer en período de gestación hasta un año del nacimiento del hijo(a) goza de inamovilidad en su puesto de trabajo en instituciones públicas o privadas (Ley 975 de 2 de marzo de 1989), en caso de trasgresión de esta Ley los empleadores están obligados sin perjuicio de las sanciones correspondientes a continuar otorgando la totalidad de los subsidios familiares por los períodos establecidos.

2.6.Método de lactancia y amenorrea (MELA)

También llamado el método de la amenorrea de la lactancia, es un método anticonceptivo natural apoyado por el Ministerio de Salud que se basa en el efecto fisiológico de amamantar para suprimir la ovulación.

Muchas mujeres informan que utilizan el MELA como método anticonceptivo. A pesar de que las mujeres creen que están empleando la lactancia como un medio anticonceptivo, los estudios muestran que, en realidad, el uso correcto del MELA es limitado (15), y aun a pesar de eso, se continúa promocionando su uso.

Para que una madre pueda usar el MELA, debe cumplir tres criterios:

- Estar amamantando a su bebé en forma exclusiva o casi exclusiva (que al menos 85% de las mamadas sean al pecho de la madre).
- No tener su período menstrual.
- Que hayan transcurrido menos de seis meses después del parto.

Si una mujer sexualmente activa no satisface estos criterios, no está practicando el MELA correctamente y, por ende, corre riesgo de tener un embarazo no planeado, a no ser que también utilice otro método anticonceptivo de refuerzo.

Este método no solo esta enfocado a la promoción de la planificación familiar, si no también a la promoción de la lactancia materna. Lamentablemente el uso inadecuado de este método da como resultado gran cantidad de embarazos no deseados, que en su mayoría se deben a la falta de información de los usuarios.

En la edición del periódico El Nuevo Día del 14 de marzo de 2005 ‘Dar de lactar al bebe no evita el embarazo’ se publico que entre el tres y el diez por ciento de

mujeres, que utilizó este supuesto anticonceptivo, quedó embarazada nuevamente, no es nada seguro (15).

El amamantamiento prolongado da cierta protección contra el embarazo porque durante este período no hay menstruación ni ovulación. No obstante, no se puede tener plena confianza de la lactancia materna como un anticonceptivo eficaz cuando se desea evitar un embarazo.

Se ha comprobado que entre el tres y diez por ciento de las mujeres se embarazan a pesar de estar dando el pecho a su bebé y aún sin haber tenido la menstruación. Igualmente, un estudio hecho en La Paz, realizado en 1.500 pacientes, comprobó que el dos por ciento se embarazó en esas condiciones. Esto se debe a que la mujer que da pecho a su bebé no puede predecir de manera exacta cuándo se reiniciará la menstruación y por tanto también la ovulación. Por ese motivo, cuando una madre lactante quiere evitar otro embarazo, debe consultar con el médico 30 días después del parto, para elegir algún método anticonceptivo eficaz que pueda ser utilizado.

En términos generales, la lactancia materna evita el embarazo en los primeros cuatro meses, siempre y cuando no se dé al bebé otro tipo de alimentación. Sin embargo, cuando la mujer está dando de lactar y se reinicia la menstruación, el embarazo se produce en un 22 % de los casos, inclusive dentro de los primeros tres meses. Buena parte de la población boliviana practica la planificación familiar por este método natural, que como se ha visto, no es completamente seguro.

La Encuesta Nacional de Salud (ENDSA), realizada en 1998 por el Instituto Nacional de Estadística, establece que la lactancia materna es de 16 meses, la amenorrea o ausencia de menstruación de 11 meses y la abstinencia voluntaria en el posparto de seis meses.

Por ello, cuando hay necesidad de planificar la familia es preferible consultar al médico un mes después de haber dado a luz para usar otros métodos anticonceptivos y evitar de esa manera un nuevo embarazo.

Respecto al lactancia materna existen tantos mitos que generalmente son aceptados por la creencia popular, pero que posteriormente caen como un baldazo de agua fría, por los resultados negativos que arrojan (15).

Siempre y cuando sea utilizado y orientado de la manera adecuada, este método de planificación familiar podría ayudar a asegurar una mejor salud para las madres, los lactantes y los niños.

2.7.Lactancia Materna y Alimentación Complementaria.

Un reciente artículo en la revista médica británica The Lancet del 01 de agosto, 2005 Con el patrocinio de la OPS subrayó que los esfuerzos para la promoción de prácticas óptimas de lactancia materna y de alimentación complementaria son dos de las tres acciones preventivas más eficaces para prevenir la mortalidad en la niñez, uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Los beneficios de la lactancia durante los críticos primeros dos años de desarrollo, aún en los ambientes más favorables, son irrefutables. Existen riesgos comprobados para los infantes no amamantados, incluyendo males diarreicos, infecciones respiratorias agudas y de oído, así como carencias en el desarrollo mental (9).

Para asegurar un comienzo sano de la vida la OMS, UNICEF y otras organizaciones de salud mundiales recomiendan: *‘6 meses de lactancia exclusiva e incorporación de alimentos complementarios continuando con la lactancia por dos años o más’*

El tema de esta Semana Mundial de la lactancia materna fue continuar amamantando con la incorporación de otros alimentos después de los 6 meses de edad. El lema apunta a concientizar sobre los 6 meses de lactancia exclusiva y a ayudar a hacer en forma amable y cuidadosa la transición entre la lactancia materna exclusiva y a amamantar y comer con el resto de la familia.

2.7.1. Continuar amamantando

La leche materna continúa siendo una importante fuente de nutrientes después de los 6 meses particularmente cuando las madres siguen amamantando mientras les dan otros alimentos. En promedio, los bebés de 6-8 meses obtienen alrededor del 70% de sus necesidades energéticas de la leche materna, a los 9-11 meses el 55 % y a los 12-23 meses el 40%. La leche materna es además, quien provee la mayor cantidad de proteína, vitaminas, minerales y ácidos grasos esenciales. La leche materna es un alimento rico en nutrientes y energía, brindando más calorías y nutrientes por mililitro que muchos otros alimentos (10). El desafío es como agregar otros alimentos de manera tal de contribuir con la riquísima fuente alimenticia de la leche materna sin remplazara.

2.7.2. Alimentación complementaria

Después de los 6 meses de edad, los niños necesitan otros alimentos además de la leche materna para cubrir sus necesidades alimenticias. Se denomina 'alimentación complementaria' a la incorporación de otros alimentos y bebidas a la leche materna. Los alimentos dados deberán complementar los nutrientes provistos por la misma.

Una alimentación complementaria óptima debería ser:

- **Oportuna:** comenzar en el tiempo justo, de tal manera de no disminuir los beneficios del amamantamiento.
- **Nutricionalmente adecuada:** proveer la energía y nutrientes adecuados para lactantes de más de 6 meses.
- **Segura:** ofrecida y preparada higiénicamente.
- **Perceptiva:** brindada en un marco de afecto respetando las necesidades del niño.

Los nutrientes esenciales que un lactante mayor de 6 meses necesita en cantidades tales que puedan ser provistos por la leche materna y por los alimentos complementarios comunes son el hierro y el zinc. En algunas comunidades también pueden ser de atención la vitamina A, B, C, el ácido fólico y el calcio (10).

2.7.3. Los Alimentos de la familia

Entre los 6 y 24 meses los niños crecen rápidamente, pero sus estómagos son relativamente pequeños (alrededor del tamaño de un puño). En este período ellos necesitan alimentos altamente nutritivos con alta densidad energética.

Hubo alrededor de la elección del tema de la Semana Mundial del 2005 un gran debate. Se decidió por 'los alimentos de la familia' porque en muchos hogares alrededor del mundo los niños se alimentan con los mismos alimentos que el resto de la familia. Esto no implica que los lactantes más grandes pasen de la lactancia exclusiva a la comida de los adultos. Los lactantes y los niños pequeños deben ser alimentados con los mejores bocados de los alimentos familiares como las legumbres, vegetales, pescados y carnes preparados (aplastados, cortados, triturados, etc) de tal manera de hacerlos adecuados a las habilidades alimenticias de ellos. Alrededor de los 12 meses, casi todos los niños son físicamente capaces de comer alimentos de consistencia similar a los que comen el resto de la familia. En algunas circunstancias la familia prefiere preparar separadamente alimentos específicos para sus niños.

Existen alimentos infantiles preparados comercialmente, los cuales están apropiadamente fortificados y con adecuadas cantidades de vitaminas y minerales que pueden ser útiles para aquellas familias que pueden comprarlos, pero generalmente son caros y suelen contener aditivos y conservantes inapropiados para la alimentación infantil.

2.7.4. Una transición cuidadosa

La incorporación de alimentos complementarios marca una nueva fase en el desarrollo social, emocional y de conducta y en las relaciones entre padres y las personas responsables del cuidado de los niños. La alimentación complementaria brinda oportunidades para el desarrollo de habilidades comunicacionales, motoras y de coordinación. La consistencia y textura de los alimentos, como son dados y las cantidades ofrecidas necesitan cambiar a medida que los niños crecen y aprenden a llevarse la comida a la boca, a masticar, a sostener alimentos, a usar la cuchara y alimentarse por sí mismos. Esta manera de alimentar es la que se denomina alimentación perceptiva e involucra a las personas responsables a cargo del cuidado infantil ayudando y animando a los niños a comer solos, sin forzarlos, alimentando despaciosa y pacientemente, experimentando con distintos alimentos, minimizando los factores de distracción de tal manera que comer se transforme en un tiempo de aprendizaje y amor. La alimentación complementaria y la continuación de la lactancia materna es parte de una transición cuidadosa de la lactancia exclusiva a los alimentos de la familia.

2.8.Aspectos Culturales

Más allá de la gran heterogeneidad de situaciones que viven las bolivianas, en un país pluricultural y multilingüe, donde dos de cada tres habitantes viven en regiones en las que predominan las culturas quechua, aymará o guaraní, diversidad que se acentúa con la creciente informalización de la política y la economía, hay trazos que unifican su experiencia desde el altiplano hasta los llanos orientales. Las raíces culturales fijan una forma de relación con los hombres en que la complementariedad de la pareja marca muchas veces sus prácticas organizativas, políticas y sociales.

La presente investigación abarco las dos regiones de Bolivia, para las que se tomaran dos grandes etnias existentes en el país, por su representatividad en las regiones objeto de estudio. Para la región Occidental se tomo como referencia la cultura quechua y para la región Oriental la cultura Guaraní.

En el presente acápite se describirán parte de las características de tales etnias, haciendo énfasis en el rol de la mujer como madre y en lo posible de su percepción dentro de su entorno cultural sobre la lactancia materna.

2.8.1. Quechuas

Hablar del pueblo quechua es introducirse a un mundo heterogéneo, que se basa en una raíz histórica común. Lo quechua en Bolivia es desde sus orígenes un espacio de mestizaje, y por lo tanto es muy difícil de unificar en un solo grupo cultural.

La sociedad, la cultura andina trata de resumir los elementos de un presente que, como pocos, tiene sus raíces en un pasado de siglos que aún no han sido totalmente develados.

La mujer juega un rol importante en la unidad doméstica andina. Es la encargada de seleccionar -por ejemplo- y de entender el proceso de producción, o sea, todo lo que es semillas, por ejemplo, está en el ámbito del conocimiento de la mujer y la transmisión del conocimiento como tecnología también le corresponde a la mujer porque ella es la que es la encargada de transmitir esto a la generación siguiente, En términos de la resistencia hacia lo foráneo, el papel de la mujer siempre ha sido importante, han sido las personas que han alimentado, han influenciado, han colaborado y contribuido a movilizar -por ejemplo- planes extensos de resistencia, que es lo que la historia oficial nunca ha recogido. Además porque al nivel de la sociedad campesina, los términos de igualdad son más frecuentes, digamos, o son como una especie de elemento definitorio de la sociedad campesina. La igualdad campesina de retribución es más notable, es más concreta que, por ejemplo, en la sociedad que está migrando a la ciudad o que se proletariza, que es cuando los roles devienen más definidos en términos de desigualdad.

La madre es el agente principal y básico para la socialización del niño. Hasta el año y medio de edad lo lleva cargado a la espalda si no lo esta amamantando y lo va cuidando mientras realiza sus actividades. Para las mujeres amamantar implica, además, traspasar una cosmovisión particular que sólo esta etnia tiene. Cuando la madre da pecho, el niño o niña aprende o presiente todo un mundo de hermosos mitos, un idioma, un cómo estar en el mundo, es decir, una cultura.

La que colabora en el cuidado de los niños menores es normalmente la hija mayor; esta es una de las funciones específicas que debe realizar a partir de los cuatro años de edad aproximadamente, quedan siempre junto a la madre, quien sigue influyendo en su comportamiento como mujer.

2.8.2. Guaraníes

Los Guaraníes o Tupí-Guaraní formaban una gran nación con los Tupinambá, Omaguá , Tapirapé , chiriguano y otros.

La palabra guaraní significa guerrero, porque constantemente se hacían la guerra para tomar prisioneros.

En todo el proceso de reorganización del pueblo guaraní las mujeres estuvieron luchando. Su lucha ha sido por la reorganización no solo en espacios públicos sino en las familias siendo las que manejen la sabiduría del pueblo, sus tradiciones y la conservación de las costumbres. Fue a través de sus tejidos que recuperaron los símbolos tradicionales de su cultura y permiten la reafirmación de su identidad, para enfrentar los nuevos cambios políticos y económicos del país tuvieron nuevos desafíos que asumir.

La artesanía en cerámica tejidos de palma tiene una larga tradición desde antes de las misiones, ahora es un ingreso económico que aportan las mujeres al hogar y que fortalece su autoestima.

La participación en espacios locales de decisión, es cada vez mayor por la toma de autoconciencia de la importancia de su participación al interior de la familia, la comunidad y la real magnitud de su aporte dentro de las mismas.

La sociedad guaraní avala y confirma continuamente el rol de productora y reproductora por excelencia de la mujer, no sólo en el ámbito económico y biológico, también, en la esfera propiamente cultural y social del complejo entramado de las relaciones pico-afectivas y éticas de reciprocidad y de nivelación de comportamientos individuales y comunales.

Cuando nace un niño la madre es quien lo acompaña durante los primeros años, en forma más directa que el padre, quién por su mismo rol socio-económico de cazador se mantenía alguna parte del tiempo ausente, sobre todo si se trataba de cacerías colectivas de venados o pecaríes. Ocasionalmente, cuando el grupo debía desplazarse a un ritmo más acelerado, el padre quién solía portar al niño sobre sus hombros y llevarlos a perseguir con él a las presas y sólo dejarlo con su madre al divisar huellas que indique la presencia de algún animal.

Generalmente la madre amamantaba al niño cada vez que éste se lamentaba, y lo hacía hasta que el mismo se tornaba relativamente grande (tres o cuatro años): No era extraño así observar amamantar a una madre a dos o más de sus hijos e inclusive a un pecarí o coatí, que criaban como mascota y a los que alimentaban como si formaran verdaderamente parte de la familia. Si por alguna razón la madre no quería amamantar a su niño, se colocaba en los pezones cera negra; en tal caso solía dársele la pechuga de algún ave, sin cocerla, para que el niño la succione.

Se puede decir que el niño Guaraní es sometido al ejercicio desde su nacimiento. No conoce faja, ni mucho abrigo, ni mucho reposo, porque la madre seguidamente le lleva consigo en sus diarias ocupaciones y en sus viajes, en espera de que el padre, si el hijo es varón, lo tome muy tempranamente a su cargo para que le acompañe en todo, que no sea el combate o en las reuniones públicas.

2.8.3. Aspectos estéticos y lactancia materna

Factores como las variaciones de peso y estropear la estética de los senos en la lactancia materna, son habitualmente los causantes de que cada vez son más las madres que rehúsan amamantar a sus hijos y optan por alimentarles con leches artificiales, nos lleva a realizar una descripción de la concepción de belleza que existen en nuestro país de acuerdo a la influencia cultural

Si en la modernidad, y en la corriente de la civilización occidental la estética privilegia la armonía de un cuerpo delgado, y con pechos elevados, la mujer bella de los pueblos originarios debe lucir rellena y fuerte, un concepto en función a la sobrevivencia, sin prestar mucha atención a que el pecho adquiriera el aspecto de caído

Alta, delgada firme y exótica. Estas que son las 'cualidades' de una mujer 'bella' para el mundo de occidente están lejos del concepto de belleza que las culturas ancestrales de Bolivia.

Una mujer apreciada y continuamente cortejada es, más bien, aquella que, sin necesidad de ser obesa, demuestra fortaleza para la reproducción, tanto como para la sobrevivencia. De hecho, para los pueblos nativos, la idea de belleza está en función a la abundancia y esto incluye la abundancia de leche al dar de lactar.

Muy poco se investigó y escribió sobre las nociones de estética en las naciones originarias. Estudioso de la organización social, política y económica de al menos 24 comunidades que pueblan la amazonia boliviana, el antropólogo Wigberto Rivero distingue dos elementos que armonizan con el paradigma de belleza.

El primero es que éstos son pueblos en permanente lucha por la sobrevivencia, ‘por eso la mujer flaca no es bella para ellos; lo es aquella gordita, rellenita, pero no obesa. El concepto de lo bello está en función a cierta ‘prosperidad’. La explicación está en que tratándose de comunidades itinerantes, que se mueven de un espacio a otro de manera planificada, es preciso que la mujer resista con fortaleza los continuos recorridos, siendo capaz de cargar sus pertenencias y a los niños.

El segundo elemento es la simbiosis entre naturaleza y mujer. El indígena oriental aprecia, tanto como a una mujer fuerte, una que luzca adornos en sintonía con la naturaleza, con la fauna y flora de la selva, es decir artesanías con semillas, dientes y plumas de animales y maderas. En lo que hace a la vestimenta, una mujer que lleva una falda de hojas o corteza de árbol es más apreciada, en realidad la mayoría no se cubre el pecho, lo tienen siempre expuesto y su relación con la gravedad no la tiene con la belleza. En la actualidad, este hábito sólo sobrevive en los pueblos más aislados, pues con el proceso de aculturación tiende a perderse, en el oriente, la artesanía, siempre en sintonía con la naturaleza, es un elemento que va más allá de lo decorativo

Igual de importante para el indígena de los Andes y Valles (región occidental boliviana, el altiplano de La Paz, Oruro, Potosí y Chuquisaca), particularmente es la forma en que la mujer luce la indumentaria.

Germán Guaygua, sociólogo, explica que esto tiene que ver con su constitución física. El uso de la pollera, la manta y el sombrero no es bien visto si quien lleva las prendas es una mujer delgada. ‘En la modernidad de la corriente occidental la estética privilegia la armonía del cuerpo, en el campo es a la inversa, pues implica que esa estética vaya orientada a la obesidad. La gordura y obesidad es un patrón muy fuerte vinculado al éxito’, la estética del pecho caído tiene muy poca o ninguna importancia, pues en este sentido lo bello y primordial es que abastezcan a los hijos del alimento necesario. Es decir la importancia de lucir un cuerpo fuerte que soporte las inclemencias del clima, que provea de alimento a los hijos y responda a las necesidades del trabajo en el agro, son los criterios de belleza. (16)

CAPITULO III

3. MARCO CONTEXTUAL

3.1.BOLIVIA

GENERALIDADES

Bolivia es un país mediterráneo ubicado en el centro de América del Sur, limita con Brasil, Argentina, Perú, Paraguay y Chile. Tiene una extensión territorial de 1.098.581 km² y una población de 8.274.351 habitantes, 50.16% mujeres; 62.4% de población urbana. Es un país unitario, dividido en 9 departamentos, 112 provincias y 327 municipios.

Grafico N°1. Mapa Situacional de Bolivia



GEOGRAFIA

Bolivia tiene un territorio de 1.098.581 km²; 25% de la superficie corresponde a la zona del Altiplano y la Cordillera de los Andes, 15% a los valles interandinos y 60% a los llanos y amazonia.

Los Andes con su cordilleras Occidental y Oriental ó Real, el Altiplano es una inmensa planicie, la más alta del mundo, que se encuentra entre ambas cordilleras y tiene una extensión de 785 km. de largo por 150 km. de ancho. En la zona norte está el Lago Titicaca, el lago navegable más alto del mundo. En la zona intermedia está ubicado el Salar de Uyuni cuenca endorreica a 3.660 metros sobre el nivel del mar (m.s.n.m.) con una superficie aproximada de 9.000 km² y una longitud máxima de 143 km. Y al sur del altiplano volcanes y lagunas con una flora y fauna propia del lugar. Los departamentos ubicados en esta región son: La Paz, Oruro y Potosí. La altura promedio es de 4.100 m.s.n.m. y temperatura de 8° centígrados. Los picos más altos son el Ancochuma, de 6.550 m de altitud, el Illimani, de 6.402 m de altitud y el Illampu, de 6.485 m de altitud.

Los Valles, zona intermedia entre la cordillera Real y los llanos Orientales con microclimas especiales que encierran innumerables riquezas, los departamentos ubicados en esta región son: Chuquisaca, Cochabamba y Tarija. También en la zona entre la cordillera y los valles están las regiones de los yungas zona muy húmeda donde las "Bosques Nublados" son una característica. La altura promedio es de 2.325 m.s.n.m. y temperatura de 18° centígrados.

Los Llanos, región con exuberante vegetación, gran cantidad de ríos y lagunas. Una diversidad biológica sin par y características tropicales permanente durante todo el año con ligeras variaciones en la época de Mayo a Septiembre. Al sur de los llanos está el "Chaco" región seca y semidesértica. La altura promedio es de 375 m.s.n.m. y temperatura de 27° centígrados.

Cada región con su diferente cultura, donde las costumbres, creencias y actitudes se observa son notoriamente particulares.

El 45% de la población nacional vive en el Altiplano, 30% en los valles y 25% en los llanos.

Una manera de clasificar a los pueblos indígenas en Bolivia es mediante una exposición antropológica coherente con el tratamiento ecológico. De este modo resultan los siguientes etnoconjuntos regionales:

- **Región Occidental** (Tierras altas: Altiplano, Cordillera de los Andes y Valles interandinos) Departamentos: La Paz, Chuquisaca, Potosí, Oruro y Cochabamba.

El quechua y el aymara son los idiomas indígenas más hablados y presenta un alto grado de mestización.

La forma de organización básica es el *ayllu*. Mediante un control económico directo y una ampliación en el uso y manejo de distintos nichos ecológicos se configuraron las Federaciones étnicas: Kolla, Lupaca, Pacaje, Charka, Yamparae, Lípez, Chicha, Killaca, etc. que en muchos casos tenían lengua propia y formaban parte del Kollasuyo: región político-administrativa del Tawantinsuyo Inca, y cuyo sistema de organización macrosocial y multinacional estaba basado en el control vertical máximo de pisos ecológicos.

El concepto de territorio fue socavado y fracturado desde la colonia, pasando por la república, hasta nuestros días.

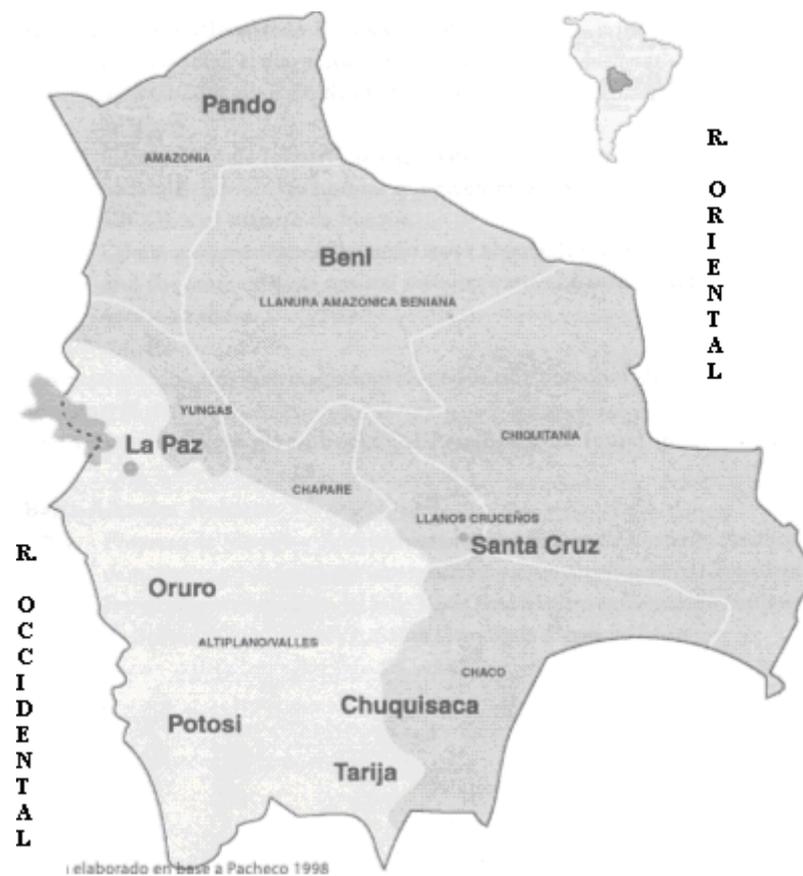
- **Región Oriental** (Tierras bajas: Llanos, Chaco y Amazonia norte y sur) Departamentos: Santa Cruz, Beni, Pando, Tarija, y parte de Chuquisaca.

En esta vasta región, que representa casi el 70% del territorio boliviano, es difícil establecer cuántos pueblos existieron antes de la colonia pues muchos desaparecieron con la conquista.

Todo el territorio de las tierras bajas fue ocupado por pueblos mayormente nómadas, pero también sedentarios.

La organización social y cultural, el acceso a bienes y servicios y el perfil de la morbilidad y la mortalidad son distintos en estas regiones.

Grafico N° 2. Mapa Regional de Bolivia



LA SALUD DE LOS INDÍGENAS: El Censo Indígena de Tierras Bajas (Oriente, Chaco y Amazonia) realizado en 1994 utilizó criterios de lengua, territorio y autoidentidad para identificar a los grupos indígenas. Existen tres grandes grupos lingüísticos: **aymarás**, **quechuas** y **guaraníes**, integrados a su vez por 35 grupos étnicos con identidad cultural propia. Se estima que en el siglo XX se han extinguido nueve etnias.

El grupo aymará representa 23,5 % de la población. El grupo quechua representa 34% de la población y sus niveles de salud son los más precarios: 9 de las 10 provincias más pobres son quechuas. El grupo guaraní, con 33 etnias, comprende pueblos indígenas del Chaco y Oriente y su población asciende a 150.483 habitantes. Estas poblaciones se encuentran particularmente expuestas a las enfermedades transmisibles y también son más vulnerables a ellas. La incidencia de tuberculosis en estos grupos es de 5 a 8 veces más alta que la nacional; el cólera tuvo una elevada letalidad entre los weenhayek (matacos) y los guaraníes. Las enfermedades gastrointestinales, en especial la diarrea aguda, constituyen la primera causa de muerte en la infancia y en niños menores de 5 años. El tétanos neonatal y el sarampión, afectan con mayor rigor a los niños indígenas, cuyas coberturas de inmunización son más bajas que las de los niños de las zonas urbanas. Los embarazos a muy temprana edad y su elevado número, los espacios intergestacionales cortos, la condición de lactante durante gran parte de su vida reproductiva, la atención deficiente del parto y el escaso acceso a la planificación familiar incrementan significativamente el riesgo de muerte de la mujer indígena.

Para tal caso se tomó como escenario para realizar la presente investigación en el departamento de Santa Cruz los municipios de Santa Cruz de la Sierra y Camiri, y en el departamento de Chuquisaca el municipio de Sucre.

3.2. DEPARTAMENTO DE SANTA CRUZ

El Departamento de Santa Cruz se encuentra en la parte oriental de la República, en la región amazónica, limita al este con la República Federativa del Brasil. Sus fronteras abarcan desde los llanos amazónicos, que constituyen la mayor parte de su territorio hasta las sierras andinas. Es una de las regiones de mayor crecimiento demográfico de Sudamérica y la zona económicamente más importante de Bolivia por su frontera agrícola en expansión, su floreciente agroindustria y sus singulares atractivos turísticos.

Sus principales ciudades son: Santa Cruz de la Sierra, Montero, Camiri, San Ignacio de Velasco, Mineros, Wárnes, Roboré, Puerto Suarez, Portachuelo, Cotoca, Villa Germán Busch, San José de Chiquitos, Ascención de Guarayos y Puerto Guijarro.

3.2.1. Santa Cruz de la Sierra

Geografía

La ciudad de Santa Cruz de la Sierra es la capital del Departamento y, a la vez, capital de la provincia Andrés Ibáñez, se encuentra. Está a 417 metros sobre nivel del mar

La ciudad de Santa Cruz de la Sierra está situada en la margen derecha del río Piraí a 416 metros sobre el nivel del mar. El promedio de temperatura anual es de 25°C

División Política

El área urbana fue concebida en el Plan Techin (en la década del 60) por el ex Consejo del Plan Regulador, que para un mejor ordenamiento del territorio planificaron la formación de anillos concéntricos y radiales (en la actualidad su urbanización está planificada hasta el octavo anillo), creándose así las unidades vecinales como espacios comprendidos entre dos anillos y dos radiales que a su vez constituyen la Unidad de Planificación Urbana. En este momento la ciudad comprende 12 Distritos Municipales y 3 Cantonales. Según la Ley de Municipalidades cada Distrito es el espacio en el que debe constituirse una SubAlcaldía pero el proceso de descentralización tiene dificultades para su implementación.

Este concepto de ciudad contrasta notoriamente con la influencia española que se expresa en los entornos en forma de damero en el casco antiguo de la ciudad. La plaza central 24 de septiembre, centro principal y axial, está situada precisamente en medio del conjunto edificado y circulado por grandes avenidas que conforman el primer anillo.

Gobierno Local

Las reformas estructurales implementadas entre 1994 y 1997 cambiaron radicalmente las estructuras políticas y administrativas del Estado boliviano. Dos de esas reformas, Participación Popular y Descentralización Administrativa, municipalizan el territorio nacional, transfiriendo desde el Estado central una serie de competencias y recursos a los gobiernos locales emergentes.

En 1985 fue promulgada la Ley Orgánica de Municipalidades en la que se contemplaba la elección de Concejales Municipales en la jurisdicción territorial correspondiente, definida entonces por la sección de provincia. Para el proceso de elección de autoridades ediles se establecieron procesos electorales con participación de los partidos políticos. El Concejo Municipal de la ciudad está compuesto por 11 Concejales de los partidos que consiguieron una votación que les permita tener representación.

La Ley establece que los candidatos a Alcalde deben ser elegidos en el Concejo Municipal, instancia donde se establece una serie de alianzas y acuerdos entre los partidos políticos para definir quien se ocupa de la conducción del Gobierno Municipal. Como toda negociación política, este proceso para la elección de las autoridades locales es complejo debido a las posiciones partidarias a momento de generar consensos.

En este instrumento legal el Concejo Municipal es la máxima autoridad y se constituye en el órgano representativo, deliberante y fiscalizador de la gestión municipal, y reconoce al Alcalde como máxima autoridad ejecutiva del Gobierno Local.

Dinámica Poblacional

Clima y Temperatura

Tiene un clima húmedo tropical, con una temperatura media de 26° C. En invierno las temperaturas caen hasta 10° C, entre los meses de junio a agosto; en verano las temperaturas se elevan hasta 38° C en los meses de diciembre a agosto.

Grupos Étnicos

El acelerado aumento poblacional cruceño es consecuencia del crecimiento vegetativo de la población y, sobre todo, del comportamiento de las variables del fenómeno de la migración. La particularidad del fenómeno en las últimas décadas es que la masiva inmigración proviene principalmente de Chuquisaca, Potosí y Cochabamba, compuesta mayormente por gente de ascendencia indígena quechua, quienes traen consigo su cultura; por su lado, la población nativa tiene su cultura, o sus propias culturas. Inmigrantes y oriundos, por el intercambio cultural, adoptan nuevas pautas culturales, no obstante persisten y se recrean pautas propias de los diferentes colectivos de inmigrantes y de la población oriunda blanco-mestiza e indígena de Santa Cruz.

Flora

El clima favorece el crecimiento de abundante **flora** e intensa vida social al abierto, sobre todo en horas nocturnas. Este condicionante, que debió inspirar y guiar todas las definiciones urbanísticas de zonificación, de arborización y de creación de áreas verdes, no ha influido como debiera, y los políticos y administradores municipales no le han asignado la necesaria prioridad.

Recursos Hídricos

La cuenca alta del río Piráí está ubicada en una faja de escarpadas montañas cubiertas de bosques húmedos tropicales, que se interponen entre los Valles Mesotérmicos y los Llanos. Es una zona de laderas con una pendiente muy fuerte. Su geología y su régimen de lluvias hacen que esté muy sujeta a significativas erosiones, tanto naturales como debidas a la acción del hombre. Periódicamente los ríos que fluyen desde estas montañas arrastran enormes cantidades de agua y sedimentos hacia la llanura y, a menudo, provocan grandes inundaciones causando pérdidas de vidas y cuantiosos daños a las propiedades. En realidad, en estos últimos años, el río Piráí se ha transformado en la mayor amenaza para la economía y la seguridad del millón de personas que viven en la ciudad de Santa Cruz y en las zonas rurales aledañas dedicadas a la agricultura.

Idiomas

Español como idioma oficial. En algunas regiones se habla el Guaraní, Ayoreo y Chiquitano

Economía

Capital del departamento más extenso del país, posee infraestructura de servicio público, hotelera y de telecomunicaciones. Al tener una activa vida comercial y de negocios es sede de numerosas bancos y empresas petroleras internacionales que están instaladas en el país una de las más extensas redes de comunicación en toda Bolivia.

Santa Cruz se considera como la ciudad económicamente dinámica. Aunque en su ambiente todavía conserva el encanto de la época colonial española así como el hábitat natural de sus animales y plantas.

La economía de la ciudad es próspera en relación a otras ciudades de Bolivia, debido a que está en medio de un territorio con importantes recursos naturales y una industria agropecuaria que ha sido el motor del desarrollo regional e inclusive nacional. Esto también se expresa en la consolidación de una zona en el noreste de la ciudad destinada a actividades fabriles, para este efecto se ha construido un Parque Industrial

Vías principales, secundarias

Santa Cruz tiene dos aeropuertos (EL Trompillo y Viru Viru Internacional). Las líneas ferroviarias conectan Santa Cruz hacia el este con Puerto Suárez en la frontera con el Brasil y hacia el sur con Yacuiba en la frontera con la Argentina. Santa Cruz está conectada por carreteras con Cochabamba, Yacuiba en la frontera con la Argentina, por el norte con el Departamento Beni y con el resto del país. El tráfico de pasajeros está centrado desde la Terminal Bimodal de ferrocarriles y autobuses.

Desde el punto de vista urbanístico la ciudad se halla delimitada por una red principal de calles trazadas bajo el tradicional estilo español con la plaza situada al centro del casco viejo y planificada por avenidas circundantes llamadas anillos de los que nacen otras avenidas que se dispersan en múltiples direcciones llamadas radiales.

Historia

La ciudad fue fundada por el capitán español Ñuflo de Chávez el 26 de febrero de 1561, tras una expedición integrada por 158 españoles y unos 1500 nativos que marcharon desde Asunción Paraguay, el cual llamó Santa Cruz de la Sierra en honor a su ciudad natal de Extremadura España. Esta fundación se realiza a orillas del arroyo el Sutós, en la serranía de Chiquitos, como una avanzada al este de los territorios ocupados por España, próximo a donde se asienta San José de Chiquitos. La ciudad tuvo dos traslaciones; cuando Ñuflo de Chávez preparaba una expedición para llegar a territorios de los Moxos, fue muerto en el mes de septiembre de 1568 por un Cacique de la tribu itatín. Por avatares históricos, después de muchas penurias, los pobladores de la primigenia ciudad, en 1604 se trasladaron a otra localidad en lo que es ahora el Santuario de Cotoca. En 1621 la mayor parte de los cruceños llegados de la Chiquitanía, siguen viaje hasta San Lorenzo Real de la Frontera, donde se asientan definitivamente, imponiendo el nombre de su ciudad natal Santa Cruz de la Sierra. Una pequeña parte de esa gente cruceña se quedó en Cotoca. San Lorenzo Real de la Frontera fue fundada por el Capitán español Gonzalo Solíz de Holguín en territorios de los Llanos de Grigotá el 21 de mayo de 1595. Santa Cruz de la Sierra, en el lugar de su primera fundación, en la Chiquitanía, tuvo una existencia de 44 años. Cuando estos cruceños eran trasladados por disposición de la Audiencia de Charcas a San Lorenzo Real de la Frontera, antes de llegar se resistieron y se establecieron en lo que ahora es Cotoca. Después de 17 años de vivir en Cotoca, parte de su gente aceptó a los padres Jesuitas y al entonces Gobernador Don Nuño de la Cueva, trasladarse al lugar donde hoy es la ciudad de Santa Cruz de la Sierra.(11)

3.2.2. Camiri

Geografía

Camiri es la Sexta Sección municipal de la Provincia Cordillera, distrito Indígena Kaami, ubicado al sudeste de Bolivia, constituyéndose en la capital de la sexta sección de la Provincia Cordillera del Departamento de Santa Cruz de la Sierra.

Sus límites son: Al Norte: con los Municipios de Lagunillas y Gutiérrez, al Este: con el Municipio de Charagua, al Oeste: con los Municipios de Lagunillas y Cuevo, al Sur: con los Municipios de Cuevo y Boyuibe.

Geográficamente, el Municipio de Camiri se encuentra ubicado entre las coordenadas 63° 34' 20" de longitud occidental y los 20° 03' 00" de Latitud Austral del Meridiano de Greenwich. Situado en la parte sub-oriental de Bolivia, al pie del cerro Sararenda.

División Política

El Gobierno municipal de Camiri ante la necesidad de implementar un instrumento adecuado que permita optimizar la planificación en la gestión municipal, planteo la división funcional de su territorio denominada Distritación, de acuerdo con los criterios establecidos por la Ley de Municipalidades; para efectos de desconcentración de la administración de los servicios públicos, en sus diferentes niveles jerárquicos.

La finalidad fue la de promover la eficacia de la gestión administrativa del municipio dentro de su ámbito territorial, en cuanto al manejo eficiente y adecuado de los recursos técnicos, humanos y financieros.

La Distritación consiste en la organización del territorio del Municipio en 5 distritos, 3 Urbanos, 1 Urbano – Rural (Choreti) y el Distrito Indígena – KAAMI, que comprende una unidad Socio cultural compuesta por 16 comunidades guaraní y agrupadas en la Capitanía denominada KAAMI. (Ver mapa en ANEXOS)

El Distrito N° 1 comprende la mancha urbana central de la ciudad, actualmente saturada por el crecimiento urbano, además de un área de expansión con población semi dispersa y que se desplaza hacia el norte.

Cuenta con 9 OTBs reconocidas y consolidadas: 16 de Marzo, Avaroa, San Francisco, Bartos Parapeto, Distrito N° 2, Antezana, Barrio Lindo, 13 de Mayo y Copacabana.

El Distrito N° 2 se encuentra ubicado en la zona Oeste de la ciudad y se desarrolla a lo largo de Camiri, de Norte a Sur, esta conformado por 13 OTBs: San José, Cordillera Sur, Cordillera Norte, Peñas Blancas, Panamericano, Urkupiña, San Antonio ,Arnulfo Peña, Petrol Caja, 7 de Septiembre, 21 de Diciembre, La Williams y Bartos-zona Urkupiña

El Distrito N° 3 comprende parte de la zona central y un área de expansión Sur con población dispersa.

El área de influencia abarca 12 OTBs San Juan Tajibos, Barrio Obrero, Junin Grande, Municipal, Central Oeste, Iturralde, Zona Sur ,Ex – Granja, Kauqueguazú, Sararenda ,San Luis y La Quiaca

El Distrito N° 4 El distrito de Choreti, se encuentra ubicado en la zona norte de la ciudad. En el área de influencia de este distrito se encuentra comprendido todo el sector que corresponde al Cantón Choreti.

Este sector ha pasado a integrar la mancha urbana de la ciudad, a raíz del crecimiento urbano de ésta; administrativamente siempre ha sido dependiente del Gobierno Municipal de Camiri, puesto que a pesar de tener la categoría de Cantón en la distribución política del Departamento no a podido subsistir con vida propia.

El Distrito cuenta aproximadamente con una población de 264 habitantes, que conforma una sola OTB y están representadas administrativamente por un agente cantonal.

La zona urbana esta compuesta por 63 has y una zona rural organizada en una cooperativa agrícola y una asociación de fruticultores y horticultores.

El Distrito N° 5 denominado Kaami, propuesto por la capitanía que representa a los habitantes originarios de la región, esta conformado por 16 comunidades guaraníes y un sector productivo, dedicado a la ganadería y la agricultura.

Camiri es la Sección Municipal comprende 16 comunidades Guaraníes y agrupadas en la Capitanía denominada Kaami, distribuidos en 5 distritos, siendo Camiri su centro poblado más importante, ubicado a 295 Km. De la ciudad de Santa Cruz sobre la carretera Santa Cruz - Camiri - Yacuiba.

Las comunidades son: Alto Camiri, Rodeo, Guirarapo, Campo Camiri, Pipi, Guapoy, Urundaiti, Cañón de Segura, Pipi Santa Rita, Yobatitindi, Puente Viejo, Piedritas, Itanambikua, Guasuigua, Itakise, Imbochi

Dinámica Poblacional

Tasa de Natalidad

La Tasa Global de Fecundidad para el Municipio de Camiri es de 6.50, lo que nos demuestra que las mujeres tienen muchos hijos en toda su vida fértil. Esta tasa es similar a la del área rural del Departamento.

La tasa Global de Natalidad es de 5.9 en el área rural del Municipio y representa el número de nacimientos en un año con relación a la población media del mismo año.

Tasa de mortalidad: general, materna e infantil

La mortalidad infantil para la Sexta Sección Municipal Camiri de la Provincia Cordillera del Departamento de Santa Cruz es de 40 por cada mil nacidos vivos

Tasa de crecimiento poblacional

Este indicador expresa que la tasa de crecimiento poblacional es de 2.33% a nivel Nacional y 3,10% a nivel Departamental.

Salud

Medicina Convencional: Estructura Institucional: Número, tipo (públicos y Privados) y cobertura de los establecimientos.

Después de la implementación de la Ley de Participación Popular, las acciones de salud se hallan integradas al accionar de los Municipios a través de su representación local por medio de las Direcciones Locales de Salud (DILOS).

El municipio de Camiri cuenta con un hospital de referencia y 9 postas dentro de la ciudad y un puesto sanitario en Chorety.

En el Distrito Kaami, se cuenta con cinco postas, cuatro centros de salud comunitario, situados en alto Camiri, Itaquise, Itanambikua y Pipi Parirenda. Dos centros de salud sectoriales situados en: Guasuigua, Inyeca y salinas.

Estos servicios están organizados en torno al distrito de salud de cordillera que depende de la secretaria regional de salud de Santa Cruz y coordina con el vicariato de Cuevo.

Este distrito tiene su sede en Camiri y su radio de acción abarca Camiri y Chorety.

Clima y Temperatura

El clima del Municipio de Camiri, siguiendo la clasificación, se define como clima sub húmedo, seco, con nulo o pequeño acceso de agua. La temperatura media anual es de 24.6° C

Grupos Étnicos

La población es principalmente de origen guaraní, seguida de inmigrantes de otros departamentos del país.

Los guaraníes llegaron a la Cordillera en diversas oleadas migratorias provenientes de la República del Paraguay. De acuerdo a diversos historiadores, probablemente el proceso se inicio en el siglo XV y prosiguió a lo largo del siglo XVI. Las razones de estas sucesivas migraciones han sido explicadas a partir de diversas hipótesis como ser: económicas (insuficientes campos de cultivos), religiosas (búsqueda de una tierra sin mal), tensiones sociales y políticas entre que la hace flexible y móvil en cuyo interior se desarrollan sus festividades, creencias religiosas y forma de organización.

Idiomas

La población del área urbana habla el castellano y la población que habita en el área rural del Municipio es fundamentalmente de origen Guaraní, siendo este el idioma más hablado en las mismas.

Flora

La zona del Chaco es característica también por la presencia de muchas especies vegetales de importancia forrajera para la crianza de ganado vacuno.

Otras son de importancia económica por ser potencial para la producción de madera y leña de buena calidad; otras son útiles para la curación de enfermedades y otras brindan una gama de productos secundarios como gomas, fibras, tanino, etc.

En el Chaco existen importantes recursos genéticos naturales como el maní y el tabaco, que podrían ser explotados como cultivos nativos dentro de un programa de desarrollo sostenible.

Las especies vegetales en general cumplen funciones vitales para la actualidad del ecosistema como la conservación del suelo la regulación del régimen hídrico y de temperatura extremas la conservación del clima y la bio – diversidad.

Fauna

La fauna de vertebrados del Chaco cumple un rol importante en diversas funciones ecológicas, participan en la polinización de las plantas, otros actúan como dispersores de semillas, algunos controlan mediante su alimentación, el excesivo re – poblamiento de especies vegetales, finalmente los animales predadores también tienen un rol importante en el control de las poblaciones animales que favorecen al equilibrio del ecosistema.

Por otro lado la fauna ha sido y es la fuente principal de obtención de proteína animal para los pobladores de origen guaraní de la zona. También los animales silvestres podrían generar recursos económicos a través del fomento al ecoturismo.

Recursos Hídricos

El eje central de la cuenca de las aguas superficiales es el río Parapetí y sus flujos de alimentación, las cuales junto a las aguas subterráneas dan vida y unidad al conjunto del ecosistema.

Una intensa explotación y modificación no planificada del sistema hídrico sería peligrosa no solo para el aprovechamiento de los recursos por parte de los pobladores de la zona sino también para la permanencia del ecosistema chaqueño.

Dentro del Municipio de Camiri se tiene los siguientes riachuelos popularmente conocidos como quebradas, todos ellos tributarios del río Parapetí:

- Al Norte Itakua.
- Al Sur Imbochi, Alto Camiri, Yuti, Guirarapo, Itinipi.
- Al Noroeste Guapoy, Taminga "El Chorro" con 50 Lts./Seg.

En Guasuigua se tiene afloramiento de agua permanente aprovechable como norias.

Economía

La actividad agrícola se practica en forma dispersa en pequeños y medianos valles. Existen productores individuales y otros agrupados en comunidades campesinas. Pese a algunas limitaciones por la escasez de agua, el principal cultivo es el maíz, en menor proporción el maní, yuca, caña de azúcar y fríjol.

El maíz es el cultivo que genera más recursos; es destinado en su mayoría a la industria molinera y en menor proporción al consumo doméstico.

La producción pecuaria está abocada a la cría de animales mayores y menores; la mayor parte de la producción es comercializada en la misma ciudad de Camiri a excepción de la carne de pollo que se vende en Yacuiba. La producción avícola es la actividad pecuaria que genera más ingresos monetarios

En lo que respecta a la artesanía, se fabrican tinajas de barro y sombreros, que son comercializados o destinados al uso doméstico. Otra parte de la población trabaja en las empresas petroleras de la zona y una gran mayoría se dedica al comercio.

El municipio es considerado uno de los lugares más ricos en especies de floresta seca, recursos forestales, plantas medicinales y fauna silvestre. En el Municipio se encuentra el mayor centro de servicios de la empresa capitalizada Yacimientos Petrolíferos Fiscales Bolivianos (YPFB); por este motivo Camiri fue designada como capital petrolera de Bolivia.

Camiri tiene lugares de interés turístico e histórico, relacionados con la guerra del Chaco. En esta ciudad también se encuentra asentada una división del Ejército boliviano. Camiri es uno de los municipios más importantes del Chaco boliviano, por lo que se constituye en un polo de atracción para numerosas actividades comerciales y prestación de servicios (educación, salud y otros) de esa extensa zona del Sudeste boliviano.

Vías principales, secundarias

Los resultados del estudio de mapas temáticos nos da una franja de carreteras de 39,83 hectáreas aproximadamente y una franja de caminos vecinales de 33,32 hectáreas aproximadamente que unen a las 16 comunidades

Historia

Camiri fue creada el 12 de julio de 1935, mediante decreto supremo promulgado por el Presidente José Luís Tejada Sorzano, quien dio la orden de expropiar 300 Has de propiedad que era del Italiano David Vanucci, quien llevo a esta tierra en 1835. Fue en esta superficie que el pueblo recibió su certificado oficial de existencia.

Al establecerse en la Zona la empresa petrolera Norteamericana Estándar Oil, instaló una Bomba de agua a orillas del Río Parapetí para el aprovisionamiento del liquido vital. Por eso al comienzo se llamo "la bomba", nombre que mas tarde fue cambiado por el de Camiri, derivado de los vocablos Guaraníes K-Mbiri, que significa "monte de regular tamaño" y "monte bajo", según estudios realizados por el profesor Arnulfo Peña.

La importancia geopolítica de la consolidación de Camiri, como población, se demostró no solamente por haberse convertido en un centro de la producción petrolera del país, si no en el hecho de haber jugado un papel importante durante la Guerra del Chaco.

Cuando brotó la "fiebre del oro negro", llegaron a esta tierra gente de todas las latitudes del planeta: Quechuas, Aymarás, Guaraníes, Españoles, Italianos, Árabes, ingleses, Alemanes y entre otros. Este territorio concentro expectativas de mejores perspectivas de vida. Sin embargo más de medio siglo de explotación petrolera no sirvió para el desarrollo de Camiri. Esta región impulsó la superación de otras jurisdicciones, como Santa Cruz por ejemplo, que durante decenios percibió las regalías por el petróleo explotado del subsuelo Camireño.

Actualmente Camiri se encuentra en una situación difícil por la capitalización de Y.P.F.B. la misma que provocó un considerable desempleo, disminuyendo de esta manera la movilidad económica en la región.

Pero la más ansiada de sus reivindicaciones tanto de sus autoridades y habitantes es el asfaltado de la carretera ABAPÓ - CAMIRI y convertir a Camiri en una ciudad de servicio.

3.3.DEPARTAMENTO DE CHUQUISACA

El departamento de Chuquisaca está ubicado al sur de la República de Bolivia; limita al norte con los departamentos de Potosí, Cochabamba y Santa Cruz; al sur con el departamento de Tarija; al oeste con el departamento de Santa Cruz y la República de Paraguay y al oeste en el departamento de Potosí.

3.3.1. Sucre

Geografía

Municipio de Sucre ubicada en la provincia Oropeza del departamento de Chuquisaca (Sección Capital), ciudad del sur de Bolivia, capital constitucional de la nación. Está situada en el Altiplano andino, a 2.835 m de altitud.

Sus principales ciudades son: Sucre, Yotala, Zudañes, Padilla, Monteagudo, Tarabuco, Camargo y Villa Serrano.

División Política

La sección Municipal de Sucre cuenta con trece cantones, distribuidos en ocho distritos municipales, de los cuales cinco corresponden a la ciudad de Sucre, y tres al área rural del municipio. Siendo el área rural mayor en extensión con 1843 Km² que el área urbana con solo 34 km². Estos cinco distritos Urbanos aglomeran a una población de 207,381 habitantes.

Clima y Temperatura

Su clima es seco y templado y la temperatura promedio es de 18° C

Grupos Étnicos

Situada en medio de comunidades indígenas, sin embargo, es también una ciudad con gran concurrencia de pobladores campesinos de los alrededores, lo cual la hace aún más pintoresca y atractiva por el colorido de las vestimentas de estos pueblos originarios.

Los campesinos de esa región actualmente viven organizados en comunidades autónomas, desde luego no existen evidencias de diversidad de procedencias y si más bien de una unidad cultural que se extiende por toda la zona. Esta unidad es perceptible de inmediato por las características de la vestimenta y sobre todo lo que más se destaca es el uso de una "montera" (similitud con el casco español), que llevan tanto los hombres como las mujeres.

Idiomas

La población del área urbana habla el castellano y la población que habita en el área rural del Municipio es fundamentalmente quechua parlante, siendo este el idioma más hablado en las mismas.

Flora

Las especies vegetales que se encuentran en el distrito son Eucalipto, Pino, Tipa, Algarrobo, Tacko, Willca, Molle, Higuerrilla, Sauce, Sunchu, Cactus, etc.

Recursos Hídricos

Entre los recursos hídricos que se encuentran en el municipio están: el Rio Quirpinchaca, con algunas quebradas que recorren el mismo, que por sus características se la considera con aguas servidas, lo cual es muy perjudicial para los que habitan cerca de su cauce ya que producen enfermedades infectocontagiosas.

El río Quirpinchaca se constituye en el colector principal de la red de alcantarillado de la ciudad, a éste fluyen las aguas residuales aportadas por las quebradas de barrios periféricas.

El principal abastecedor de agua es el canal de Ravelo, también esta el río Chico

Economía

Sucre tiene una economía basada en la agricultura, ganadería, agroindustria, minería, fabricas de cemento, chocolates, sombreros, cigarrillos, artesanías, producción y refinación de hidrocarburos.

La economía tradicional de la ciudad se basa en la minería (plata y cobre) y la agricultura (cereales, frutales, patatas y hortalizas). La pérdida de las funciones administrativas supuso un freno al desarrollo de la ciudad. Desempeña también una importante función comercial y cultural, ya que en la ciudad se encuentra la prestigiosa Universidad Real y Pontificia de San Francisco Xavier, que, creada en 1624, constituye una de las instituciones de educación superior más antiguas de América del Sur, lo que la establece como una ciudad estudiantil.

Vías principales, secundarias

Terrestre: Servicio diario de buses que realizan conexiones desde las capitales de departamento hacia la ciudad de Santa Cruz.

Aérea: Desde las ciudades más importantes de Bolivia con el LAB y AeroSur y conexiones internacionales a capitales europeas y sudamericanas mediante servicio directo del Lloyd Aéreo Boliviano (LAB), Aerolíneas Argentinas (AR), American Airlines (AA), Varig (RG), Lan Chile (LA), Aeroperú (PL).

Férrea: Acceso directo desde y hacia Puerto

Historia

Sucre es la ciudad en que se dio el primer grito libertario de América, el 25 de mayo de 1809, y donde se firmó el Acta de la Independencia del dominio español, el 6 de agosto de 1825. Años después, se la designa Capital de Bolivia. Sucre es también llamada la ciudad de los 4 nombres, correspondiendo cada uno de ellos a un período de su vida.

Charcas

Charcas, que habitaban esparcidas en las orillas de los ríos y en los terrenos bajos, teniendo su ciudad y residencia de sus más prestigiosos caciques, jampiris, hechiceros, sacerdotes y capitanes en CHOQUE-CHACA, población de algunos miles de habitantes (crónicas del siglo XVII).

La Plata

"En la provincia de los Charcas, tierra tan favorecida por el cielo que llamándola de fértiles comarcas, la hizo erario de su riquezas, fue fundada por el capitán Pedro Anzures, por mandato del Marqués Don Francisco Pizarro, el año de 1538 la noble villa y poco después ciudad de La Plata" (de la Calancha, 1638). "El 25 de mayo de 1809, se presentó en el teatro de las venganzas el intrépido pueblo de La Plata y después de dar a todo el Perú la señal de alarma desenvainó espada, se vistió de cólera y derribó al mandatario que lo sojuzgaba, abriendo así la primera brecha al mundo colosal de los tiranos" (El Mártir libre, mayo de 1812).

Chuquisaca

"Desde 1776, dado el estado político del Perú, en el que habían repercutido fuertemente los grandes acontecimientos que se desarrollaban en Norteamérica vino hacerse práctica en los criollos, cual si se tratara de establecer un control a las costumbres de otrora, no designar a la ciudad con su verdadero nombre, sino con el de Chuquisaca, contradicción modificatoria de Choquechaca como la llamaban los originarios a la capital de su territorio" (Jáuregui Rosquellas). "La ciudad de Chuquisaca, en la parte austral de América, fue la primera que alzo el pendón de la insurrección" (García Gamba, 1817).

Sucre

La Asamblea General del Alto Perú, reunida en Chuquisaca decretó el 11 de agosto de 1825: Art. 1º La denominación del nuevo estado es y ser en los sucesivo "REPÚBLICA DE BOLIVAR" HOY BOLIVIA, en el Art. 14º, se decreta "La ciudad capital de la República y su departamento se denominar en los sucesivo SUCRE" (Luis Paz). "Y fue así con estos acontecimientos y por estos procedimientos como las agricultura, plácida y teocrática CHOQUECHA, de los tiempos anteincásticos; la clerical, caballeresca y judiciaria LA PLATA de las épocas heroicas; la académica, revolucionaria y guerrera CHUQUISACA del 25 de mayo de 1809, vino a trocarse en la parlamentaria, administrativa y diplomática SUCRE" (Jáuregui Rosquellas, 1924).

CAPITULO IV

4. MARCO METODOLOGICO

4.1. Enfoque y Tipo de investigación

El estudio se enfoca desde el punto de vista predominantemente **Cualitativo**, ya que brinda la oportunidad de entender a profundidad aspectos contextuales y emocionales de la respuesta humana.

El abordaje cualitativo al tema de la percepción materna de la lactancia caracterizada por regiones en nuestro país, no sólo fue una opción, sino que fue una manera de darle voz a lo que a menudo permanece callado, priorizando así el conocer en profundidad lo subjetivo del tema, comprender e interpretar las diferentes actitudes, creencias, motivos y comportamientos presentes en las mujeres de ambas regiones, ante su situación de madres responsables de la decisión de alimentar a sus hijos con su propia leche o no y los momentos tanto anteriores como posteriores que circundan este hecho.

La investigación se adscribe al tipo **fenomenológico** pues lleva a conocer parte de la vida de las participantes de la investigación así como su propio mundo, relacionados con el fenómeno en estudio. Es decir que el punto de partida es la vida de las personas, se enfoca en cómo las experiencias, significados, emociones y situaciones en estudio son percibidos, aprendidos, concebidos o experimentadas y adquirir una comprensión de las estructuras esenciales de estos fenómenos (19)

Sin embargo también se han descrito efectos de la relación interpersonal de las madres, sus hijos, sus familias y entorno social, utilizando la **aproximación etnográfica**.

El enfoque cualitativo se ha complementado con el cuantitativo, para poder expresar en cifras la información obtenida que posteriormente fue codificada y sometida a análisis estadístico con el propósito de apoyar de manera **Cuantitativa** la descripción del fenómeno estudiado.

La investigación fue de tipo **Fenomenológico, Exploratorio y Transversal**.

4.2.Área de Estudio

En vista de la pluriculturalidad y multiétnica del país, se eligió como áreas de estudio la región Occidental representada por la ciudad de Sucre del departamento de Chuquisaca y las ciudades de Santa Cruz de la Sierra y Camiri, en la región Oriental ubicadas en el departamento de Santa Cruz. En ambas regiones se incluyeron áreas urbanas y rurales.

4.3.Población y Muestra

La población estudiada fueron las mujeres madres en edad adolescente y en edad adulta con hijos menores de 2 años.

El proceso de toma de muestra se realizó según corresponde al muestreo cualitativo. Se ubicaron a las madres a través de zonas blanco como son los centros de salud y sus áreas de cobertura, y por el método de la bola de nieve donde el investigador aprovecha el primer contacto con una persona entrevistada para ubicar al próximo contacto a través de relaciones personales o amistosas.

Se iniciaron las entrevistas en profundidad, en la ciudad de Sucre correspondiente al área Urbana, donde se tomo como primer escenario la posta de salud del mercado central, en el consultorio de odontología, previa autorización del responsable de dicha institución e información del tema de investigación, por ser este un lugar de gran afluencia de gente de diferente estrato social, económico y cultural, y además por contar con la ventaja de que las madres llevan a sus hijos a la consulta odontológica y mientras el profesional encargado en esta rama realiza su actividad la madre se queda esperando pacientemente y no le es inconveniente una conversación del tipo casual y amigable, como la que se trato de brindar para la recopilación de datos de esta investigación.

De igual manera se procedió en otras instituciones de salud de la ciudad de Sucre como son el Hospital Cristo de las Américas y en el Hospital Santa Bárbara que están dentro de área Urbana.

Se realizaron las entrevistas de igual manera en las dos áreas urbanas pertenecientes al departamento de Santa cruz, en la ciudad de Camiri en sus centros de salud del mercado Central, Villa Fátima y San José Obrero y en Santa Cruz de la Sierra en el centro de Salud de Villa Primero de Mayo y centro de Salud del mercado Abasto.

Para el área Rural en departamento de Chuquisaca, se tomo como escenario La localidades cercanas a la ciudad de Sucre ya consideradas como áreas rurales como Yotala, Ñucchu y La Palma, donde se utilizó el método de la bola de nieve, las entrevistas se realizaron en los hogares de las mujeres que voluntariamente aceptaron ser parte de la investigación, cabe recalcar que en algunas oportunidades se requirió de la ayuda de un traductor del idioma quechua, que muy acertadamente trató de traducir la manera mas fidedigna posible las respuestas de las madres entrevistadas.

En el departamento de Santa Cruz se realizaron las entrevistas en las comunidades de El Torno y La guardia por Santa Cruz de la Sierra, y Pipi, Alto Camiri, y Piedritas por camiri, con el mismo método que en el área rural de Chuquisaca, con la diferencia de que el traductor en este caso era del idioma guaraní pero en muy escasas ocasiones, por que por lo general podían comunicarse en castellano.

El tamaño de la muestra para la parte cualitativa fue definido durante el proceso de toma de datos, estuvo regido según la saturación de la información. Es decir el muestreo se suspendió cuando la información se repetía y no había aportes novedosos, en total se entrevistaron 80 madres y el tiempo de duración de las entrevistas variaba entre 25 a 90 minutos dependiendo de la predisposición de la entrevistada.

Por la parte cuantitativa, la muestra fue no probabilística y no aleatoria, pues el procedimiento de selección fue informal de tipo casual, intencionado o por conveniencia y voluntario, ya que se recabo información de forma paralela al enfoque cualitativo, pero aportó con datos numéricos a la investigación haciéndola mas completa.

4.4.Técnicas de Recolección de Información

Para la recolección de datos se utilizaron las entrevistas a profundidad en base a la que se elaboro un cuestionario de preguntas serradas para el análisis cuantitativo, y un diario de campo.

Entrevistas en profundidad a las madres. Se utilizó una guía de entrevistas que toca los puntos siguientes: (La entrevista en profundidad completa ver en ANEXOS)

- Las percepciones de las madres sobre la lactancia materna y sus características.
- Las ventajas y desventajas que las madres perciben para la salud de sus niños y para la salud de ellas mismas
- Los factores que influyen en la percepción de las madres sobre la lactancia Materna.

- Cuestionarios de preguntas cerradas con opciones dicotómicas y múltiples, para los que se obtuvo los resultados codificando las respuestas de las entrevistas en profundidad.
- Se utilizó la técnica de la observación que se registró en un diario de campo. (Un fragmento se encuentra en el ANEXO)

4.5.Triangulación

Para asegurar la validez de los resultados obtenidos en la investigación, se realizó la triangulación siguiente:

- **De Datos** Utilizando como fuentes las entrevistas a las madres de la región Occidental Urbana, Occidental Rural, Oriental Urbana, Oriental Rural.
- **De Técnicas** Utilizando la entrevista, el cuestionario y la observación.

4.6.Parte Cuantitativa: Variables.

Se obtuvieron las variables en base a las preguntas de la guía de entrevista en profundidad, codificando las respuestas de acuerdo al cuadro de variables. (Ver en ANEXO)

4.7.Limitaciones

Entre las limitaciones que se encontraron durante el periodo en que se realizó el estudio tenemos las siguientes:

No se encontró información de estudios similares previos o relacionados al tema, que tomaran en cuenta la posición de las madres en cuanto a la lactancia materna en su entorno cultural, que permitieran profundizar y enriquecer el presente estudio.

Definitivamente la falta de registros serios y confiables de las mujeres lactantes, no permitió un trabajo cuantitativo riguroso.

El desconocimiento de la lengua materna de las diferentes regiones impidieron una comprensión auténtica en ciertos casos, donde la conversación es la mejor herramienta para detallar a profundidad las opiniones y percepciones de los actores de la investigación, a pesar del mejor espíritu de colaboración de los interpretes.

Es importante señalar que la inexperiencia de la investigadora en el campo de la investigación, y más aun en la investigación cualitativa por la que se pudieron omitir detalles que tal vez aportarían a la conceptualización mas profunda del tema de estudio.

4.8.Análisis de datos

Una vez concluido el trabajo de campo en el cual se recabó la información, se procedió a un análisis sistemático del conjunto de datos obtenidos.

Se realizo inicialmente una revisión superficial de las entrevistas manuscritas, luego se procedió a sacarles 5 fotocopias a cada una de ellas por un solo un lado de la hoja y así mantener los originales intactos, posteriormente con la ayuda de marcadores de colores se marcaron las respuestas por temas relacionados de la guía de entrevista a profundidad y se tabularon en una base de datos de acuerdo al orden de las preguntas.

Se entrelazaron los datos más usuales, y se sacaron un común de todas las entrevistas, este tipo de análisis se realizó pregunta por pregunta y luego se procedió a hacer lo mismo con los datos inusuales, sacando conceptos claros acerca del tema. En varias ocasiones se tuvo que leer y releer las entrevistas para encontrarle el verdadero sentido.

Se obtuvo un concepto básico de todos los factores involucrados en el estudio y se realizó una comparación entre los resultados obtenidos en ambos grupos poblacionales (Región Occidental y región Oriental) distinguiendo las diferencias características de ambos.

En muchos casos los comentarios iban más allá de las preguntas y de los objetivos de la investigación, saliendo a la luz aspectos no previstos que se tomaron en cuenta para posibles investigaciones futuras.

Se procedió a la codificación de las respuestas de la base de datos siguiendo el esquema del cuestionario cuantitativo, que se creó en base a la guía de entrevista a profundidad. (Ver ANEXO) y se tabuló en una base de datos estadísticas para la posterior realización de cálculos estadísticos simples, ya que por tratarse de un muestreo no probabilístico, no se pudo calcular el error estándar (nivel de confianza), ni hacer generalizaciones de los resultados (inferencias).

Finalmente se analizaron los resultados cuantitativos y se procedió a la elaboración de cuadros y gráficos representativos.

CAPITULO V RESULTADOS

En este capítulo se presentará en primera instancia los resultados cualitativos, apoyándolos luego con los resultados cuantitativos para los que se elaboraron frecuencias y distribuciones.

5. RESULTADOS CUALITATIVOS

5.1. Percepción de la lactancia materna

Percepción de las características de la lactancia

- *Según su opinión ¿cuándo una madre debe dar de lactar a su hijo?*
 - La mayoría de las madres entrevistadas coincidieron en la opinión de que la lactancia materna debe iniciarse inmediatamente después del nacimiento del niño, en lo que difieren es en la opinión del momento hasta el cual hay que seguir dando de lactar, algunas piensan que por lo menos hasta que el niño cumpla su primer año.

Se a descrito el inicio de la lactancia y duración según perciben las madres, pero la información que ellas tienen, todo se basa en conocimiento, ninguna se sustenta en algo específico excepto en el consejo del médico y que es bueno para sus hijos para emitir tales afirmaciones.

*“Hay que darle siempre, mínimo hasta 1 año”
(OrR,30,Co,2)¹⁸.*

“Siempre, desde que nace, es lo que siempre nos han inculcado, por mi lo ideal es darle por lo menos hasta el 1 año” (OcU,29,D,1)³⁶.

“Desde que se tiene a la wawa hay que darle pecho, hasta por lo menos después de su añito” (OcR,26,Co,2)⁵⁴.

- Hubo algunas declaraciones en madres de la región occidental en el área rural que llamo la atención, afirmando que los niños no deben tomar la primera leche de la madre, por que les causa problemas digestivos, según su percepción habría que desecharla, y mientras tanto darle alguna infusión para mantener al niño tranquilo.

“La leche ni bien nacen no hay que darles, es leche mala, les hace doler su barriguita y les da quenchalera, hay que ordeñarse y botar, se le da matesito para que no llore de hambre, después se le da la teta no mas hasta sus 2 añitos por lo menos pues” ((OcR,39,S,2)⁵⁸

- Las madres de las áreas Rurales de ambas regiones, se declaran a favor de un tiempo mas prolongado de lactancia materna en relación con las madres del las área Urbanas.

“Desde que nacen, hasta sus 2 añitos” (OcR,28,Co,3)⁷¹.

“Hay que darle siempre, mínimo hasta 1 año, yo le di a mis hijos hasta sus 3 años” (OrR,23,C,2)³².

- Después de una intervención quirúrgica como es la cesárea, a pesar del trauma de la cirugía las madres piensan que primero es la alimentación del bebe ni bien salgan del quirófano ya debería dársele de lactar al niño, pues en su gran mayoría tienen la percepción de que nacen con hambre, con diferentes opiniones de hasta cuando.

“Desde que sale de la cirugía si es cesárea, ni bien llegue a la sala por lo menos hasta los 9 meses” (OrU,36,C,3)⁵.

- Una madre de la región Oriental, área Urbana opinó que mientras se cumpla condiciones adecuadas y cómodas para la madre se podría dar de lactar al niño hasta su primer año.

*“Siempre y cuando la madre tenga tiempo y no se desgaste demasiado, mínimo 6 meses, máximo 1 año”
(OrU,28,C,1)².*

- ***¿Cuándo iniciar otros alimentos? ¿Cuáles? ¿A qué edades?***

- Existe mucha diversidad de respuestas según la percepción de cada madre y las indicaciones del medico y otras personas cercanas, acerca de cuando iniciar con otros alimentos fuera de la leche.

Hubo madres que comenzaron a los 8 meses, otras a los 6 meses, 4 meses, 3 meses y una sola que inicio con otros alimentos a solo los 13 días para hacer probar a sus hijos diferencia en sabores.

Es casi totalmente coincidente con respecto a cuales alimentos se les integro en su nueva dieta, la mayoría son jugos de frutas, papillas de verduras cocidas y frutas, sopitas coladas.

Las madres de las áreas Rurales también los alimentaban con producciones del lugar como caldo de fréjol, papa cocida aplastada.

Algunas madres de las áreas Urbanas pudieron incorporar algunos alimentos elaborados como frascos de alimentos industrializados, cereales industrializados (Nestun, Cerelac) y yogurt.

Muy pocas madres complementaban estos alimentos con pedazos pequeños de carne de ave o vacuna, avena, sémola y leche de soya.

8 meses: *“Manzana, papillita de zapallo, jugo de fréjol, espinaca y acelga pisada” (OrR,30,Co,2)¹⁸.*

6 meses: *“Frutas semicocidas, verduras cocidas al vapor, papilla, avena, sémola” (OcU,35,C,2)⁴⁰.*

6 meses: *“Jugo de naranja papilla de zanahoria y de zapallo yogurt, juguitos Ades de manzana” (OrU,36,C,3)⁵.*

4 meses: *“Caldito, arroz quetita, pedacitos de pollo, papa aplastadita, y la fruta que hubiera aplastadita también” (OcR,37,Co,4)⁷³.*

4 meses: *“Fracos de alimentos, papilla de frutas” (OcU,29,S,2)⁴⁷.*

3 meses: *“Papillas de zapallo, zanahoria, nestun, jugos de frutas” (OrU,23,S,1)¹⁴.*

13 días: *“Jugos, sopas coladas, pero pequeñas cantidades, nunca les di leche artificial, les daba leche de soya por que tengo las tablas de los índices de crecimiento y eso los mantenía en lo normal, también les daba avena, a pesar de que el medico me decía que no le de le daba juguito para vayan diferenciando los sabores” (OrU,29,C,2)⁴.*

- ***¿Cuándo (razones, motivos o circunstancias) piensa usted que se puede combinar con leche artificial?***

- La mayoría de las madres de ambas regiones coinciden en que se debe combinar la leche materna con artificial en caso de escasez o ausencia de la primera.

“Cuando no alcanza la leche de una hay que ayudarse nomás con biberón” (OcR,24,Co,2)⁵⁷.

“Depende de la cantidad de leche que tenga la madre, obviamente hay que ver que dice el pediatra, creo que si falta hay que ir acostumbrándolo poquito a poquito a otro tipo de leche” (OrU,38,D,5)⁶.

“Cuando no alcanza la leche y el muchacho pide más” (OrR,30,Co,2)¹⁸.

- Otra razón en la que existe coincidencia es por diferentes ocupaciones de la madre que no le permiten dar lactancia materna exclusiva.

“Cuando uno estudia o trabaja no hay tiempo para dar solo pecho” (OcU,29,D,1)³⁸.

“Cuando hay que trabajar no se puede dar solo pecho” (OcR,24,Co,3)⁶⁰.

- La tercera razón coincidente son las heridas producidas en los pezones que imposibilita a las madres a dar de lactar exclusivamente leche materna.

“Yo combine con leche de soya por que mis pezones estaban lastimados y no se podían curar, y dolía mucho” (OrU,35,C,3)³.

- La diferencia entre regiones radica en que la región Occidental Rural existe mayor resistencia en combinar la leche materna con la artificial, pues consideran mayor el beneficio de la leche materna para la salud y el desarrollo de sus hijos.

Un considerable número de las entrevistadas se resisten a dejar la exclusividad de la leche materna.

“Hay que darle nomás pecho, para que combinar, después comidita hay que darle” (OcR,26,Co,2)⁵⁴.

- Algo que llama la atención es la recomendación dada por un especialista en pediatría de combinar la leche materna con la artificial con la justificación de cuidar la salud de la madre.

“El pediatra me recomendó que combinara, por que el decía que cuidaba primero a la madre y después al niño” (OrU,29,C,2)⁴.

- ***¿Cuándo (razones o motivos) no debería dar de lactar a su hijo?
¿Cuáles serían las razones o motivos?***

- Coinciden en la mayoría de las entrevistadas de ambas regiones que no se debería de dar de lactar a sus hijos en caso de poder transmitir algún problema al niño por medio de la leche materna, en este caso tenemos los siguientes:
 - Respuestas que tienen que ver con la posibilidad de que sustancias ingeridas (medicamentos, alcohol) puedan pasar a al leche materna.

“Puede ser a veces no tienen leche y están con medicamentos antibióticos y eso les hace secar, he escuchado que a veces tiene mala leche, ósea le hace mal a la wawa la leche lo he escuchado al doctor decir eso una vez” (OcR,35,C,1)⁵⁸.

“No fui al baño 2 días y tome laxante, no le di de lactar por miedo a que el laxante le haga mal, otra vez tome vino y no le di por lo mismo, también cuando renegaba varias veces, prefería ordeñarme como vaca y votar la leche a dársela a la bebe, por si acaso le hacia mal” (OrU,27,C,1)¹.

“Puede ser a veces no tienen leche y están con medicamentos antibióticos y eso les hace secar, he escuchado que a veces tiene mala leche, ósea le hace mal a la wawa la leche lo he escuchado al doctor decir eso una vez” (OcR,35,C,1)⁵⁸.

- Respuestas relacionadas con enfermedades sistémicas que podrían ser infectocontagiosas, cabe recalcar que no todas tienen conocimiento de que tipo y cuales enfermedades se trata.

“Solamente que una madre este enferma de alguna enfermedad que se pase con la leche, no me acuerdo el nombre, o que no tenga leche” (OcR,24,Co,3)⁶⁰.

“En cuestión de enfermedades me dijeron que cuando uno tiene chagas no se les debe de dar a los niños” (OcU,34,C,1)³⁷.

“No se debería de dar de lactar cuando la madre esta enferma con una enfermedad que le pueda contagiar al niño, o cuando se toma medicamentos por le que puede pasar por la leche” (OrR,30,C,5)³¹.

- Respuestas relacionadas con situaciones maternas, emocionales que pueden producir efectos negativos n el niño (rabia, miedo, etc.)

“No se debería de dar pecho cuando la madre se asusta, la leche es mala, y le puede pasar al muchacho, después estará asustado el también y no deja de llorar, mejor es esperar a que se le pase el susto a la mamá unos días” (OrR,30,C,5)³¹.

“Cuando algún problema que la mujer tenga rabia fuerte, a veces he escuchado decir que se le pasa a la wawa por la lache y se enferma grave con diarrea” (OcR,30,C,2)⁷⁵.

- Se observa que en ambas áreas Rurales existen varias opiniones de las entrevistadas que no deberían existir razones para no darles de lactar a los niños en franco apoyo a la lactancia materna, cosa que no se observa en las áreas Urbanas.

“No hay motivos para no dar de mamar al niño” (OcR,26,Co,2)⁵⁴.

“No hay motivo para no darles pecho” (OcR,24,Co,2)⁵⁷.

“Creo que se le debe dar siempre el pecho al niño, no existe excusa para no dárselo” (OrR,41,C,9)²¹.

“Solo las mujeres flojas no les dan teta a los niños, la leche de la madre es lo mejor, no tendría que haber un por que no darle” (OrR,39,D,3)²⁸.

- Estas respuestas pueden estar influidas por la falta de conocimiento en que las mujeres de las áreas rurales se encuentran sobre situaciones que pueden ser nocivas para el niño que lacta, y ya que no se cuenta con información adecuada que sustente esta suposición, se la menciona como posible tema de investigaciones futuras.
- En las ambas áreas Urbanas existe un motivo adicional para no dar de lactar a los niños, se refiere al cuidado del estado físico de las madres que en ocasiones prefieren cuidar su figura que dar de lactar, aspecto casi imperceptible en las áreas Rurales.

“Muchas madres no les den de lactar a sus hijos por cuidar su físico y por comodidad” (OrU,36,C,3)⁵.

“Cuando una se vuelve a embarazar, hay que quitarles el pecho a veces por la figura también cuidan y no dan el pecho” (OcU,27,C,2)⁴³.

- Las creencias o temores que existen de las madres con respecto a la figura, depende específicamente de el criterio de belleza que ellas y su entorno posean y el como la lactancia podría perjudicarla.

En el Marco Teórico existe un acápite específico dedicado a la concepción de belleza de las mujeres bolivianas, por la gran contradicción que existe con respecto a este tema dependiendo de las áreas de estudio.

- Es de destacar la declaración de una de las madres que admite que por ser jóvenes a veces las madres son mezquinas con el pecho sobre todo por el dolor que ocasiona la acción de dar de lactar a los niños.

“A veces las madres somos muy jóvenes y medio mezquinamos el pecho porque duele mucho” (OrU,29,C,2)⁴.

5.2. Ventajas y Desventajas

Ventajas

- *¿Cuáles son según su opinión las ventajas o beneficios de dar de lactar a los hijos para el niño?*

- Existe una gran coincidencia en las dos regiones con respecto a las ventajas que tiene dar de lactar para el niño, en el aporte nutricional completo sin necesidad de hacer ninguna preparación que favorece al mejor desarrollo, además de las propiedades inmunológicas que adquieren con la leche materna.

“No se enferma la wawa, mas sanita es la leche, pienso por que la otra leche, por ahí esta mal cuando la guardo, en cambio mi pecho aunque sea de rato en rato no hay ese temor de que se arruine.” (OcR,39,C,8)⁶⁹.

“Para el niño ya se sabe que la leche materna contiene todos los componentes necesarios para el crecimiento y defensas” (OrR,35,D,4)³⁴.

“No tiene cólicos, la leche sale como debe ser, cuando la preparas a veces se te pasa la mano y los estriñes” (OrR,24,Co,3)²⁵.

- En las áreas Urbanas reconocen que existe un contacto mas intimo entre madre e hijo formando lazos psicológicos que favorecen al niño, cosa casi inmencionada en las áreas rurales

“Se establece un lazo mas intimo, hay una unión psicológica entre la madre y el niño” (OrU,31,C,3)¹⁵.

- El que las madres de las áreas rurales no mencionaran este tipo de contacto se debe posiblemente a que no pueden expresar en palabras estos sentimientos, pero definitivamente si se observó como ellas casi en su generalidad, valoran en gran medida este contacto con sus hijos.
- Algunas madres piensan que existe diferencia en el desarrollo intelectual que dice observar en sus hijos donde según ella, existe superioridad en el niño que fue amantado frente al que fue alimentado con leche artificial.

“Yo noto la diferencia entre mis hijos, al que le di de lactar al mayor es mas inteligente que el mas chico es mas leri leri” (OrU,36,C,2)¹³.

- Es interesante el comentario que puntualiza una madre que piensa que de cierta manera es una forma de obligar a la mamá a pasar tiempo al lado del niño obteniendo de esta manera lazos sentimentales entre ambos haciendo que los niños crezcan con personalidades más seguras.

“Mas son las ventajas para el niño, por que te obliga a tener momentos con tu hijo y cumplirlo, también para el crecimiento por supuesto yo he visto y comparado con los otros, a los que le daban mamadera son mas cariñosos los míos y no así como dicen que los niños se hacen inseguros con el pecho, al contrario mis hijos son súper seguros” (OrR,33,Co,3)³⁰.

- ***¿Cuáles son según su opinión las ventajas o beneficios de dar de lactar a los hijos para la madre?***

- Existe una gran coincidencia respecto a la comodidad y practicidad de la lactancia materna, por la facilidad de administración, además de contar la leche con lo justo y adecuado para darle al niño sin necesidad de preparación y sin la incomodidad de cargar todos los implementos que requiere la leche artificial.

“Para mi más fácil darle teta, por que la leche hay que preparar” (OcR,26,Co,2)⁵⁴.

“Es súper fácil para mi por que así nunca sufrí de desvelo por que es fácil sacar la teta y darle, para la madre por las noches no hay problemas para prepararles la leche, una duerme bien, no corretea ni siquiera con gastos médicos por que no se enferman” OrR,30,Co,2)¹⁸.

“Es práctico no tener que andar con la mamadera, con el termo, solo te bañas y listo esterilizada, estaba feliz por darle de amamantar, te hace la vida mas fácil, cuando yo le combine la leche tuve que cargar con todo y se me complico la vida, puedes amamantar cualquier hora, estés donde estés, la teta esta protegida hasta de las mosca” (OrU,36,C,3)⁵.

- La satisfacción y el disfrute de la madre al dar de lactar se hizo presente también como un resultado de la investigación.

“Hasta es agradable a los ojos te da paz interior, es relajante, tranquilizante, te enternece” (OrU,36,C,3)⁵.

“Para la madre más que nada en el aspecto sentimental, por que es maravilloso ver lactar a tu hijo, verlo alimentarse de ti” (OcU,29,D,1)³⁸.

- En el área Urbana, el bajar de peso por el aspecto estético es considerada una ventaja de dar de lactar a sus hijos.

“No necesité hacer dieta, por que así me enflaquecía, además el vinculo o lazo que se forma con el bebe” (OrU,27,C,1)¹.

“He bajado de peso, uno recupera mas rápido el peso que tenia antes de embarazarse” (OrU,36,C,3)⁵.

- Algunas madres coinciden en que la certeza de tener un hijo saludable y feliz por estar vinculado a su madre es la mayor ventaja que tiene la madre con la lactancia materna.

“Para mi no hay ventaja, para mi solo que se que mi wawa va a ser feliz y sanito, saber que no se va a enfermar por que a veces la mamadera da infección” (OcR,37,Co,5)⁶⁴.

“Seguridad de que tu hijo esta ahí, y la satisfacción de que tu hijo este sano” (OrU,28,S,1)¹⁰.

- Existe coincidencia en el pensamiento de que dar de lactar previene enfermedades propias de la mujer como es el Cáncer de mama y los quistes ováricos.

“Para nosotros las madres me han dicho que se puede evitar el cáncer de mama” (OcR,35,C,1)⁵⁸.

“Evita riesgo de enfermedad de cáncer de mama y de quistes” (OcU,27,C,2)⁵³.

- Otra razón muy difundida es la de medio anticonceptivo, muchas madres aprecian la lactancia por que según ellas es un método seguro para no volverse a embarazar.

“Tiene todas las ventajas habidas y por haber incluso como medida anticonceptiva me decían que es mejor amamantar únicamente” (OrU,36,C,3)⁵.

- ***¿Qué otros beneficios percibe?***

- Este punto es coincidente casi totalmente, que otro de los grandes beneficios de la lactancia materna, es el factor económico pues la leche materna no representa gasto alguno, mientras que la artificial es una inversión muy considerable sobre todo en las madres del área rural donde los recursos económicos son menores y a veces muy escasos, además evita enfermedades que implicarían adicional gasto de dinero.

“Economizar el gasto, porque hoy en día no se puede dar el lujo de comprar leche, preferible es la leche materna que es mas económica y mas segura para que no se enferme el niño ya si uno se evita también de gastos , porque cuándo se enferma también es otro gasto” (OcR,38,C,7)⁶⁵.

- *¿Qué piensa su pareja?*

- En todas las regiones la mayoría de las respuestas en cuanto a la percepción de las parejas fueron a favor de la lactancia materna exclusiva dado al reconocimiento del beneficio de la misma.

*“Siempre estuvo de acuerdo en que le de el pecho”
(OcU,35,C,2)⁴⁰.*

*“Piensa también que es económico, cómodo y saludable”
(OrU,37,C,5)¹⁷.*

“Mi pareja siempre dijo que era bueno porque mejor es la leche de la madre” (OcR,31,C,2)⁵⁶.

- En el área Rural es marcado el pensamiento del padre en lo beneficioso en la economía, pues así ahorran bastante dinero, tomando en cuenta los elevados precios de la leche artificial y los implementos necesarios para su preparación.

“El pensaba que era mejor siempre el pecho, por que la leche muy cara salía” (OcR,26,Co,2)⁵⁴.

*“Mi marido feliz, por que le cuidaba el bolsillo”
(OrR,31,C,4)²⁷.*

- En las áreas Urbanas existen algunas mujeres que declararon indiferencia por parte de sus parejas en opinar en cuanto a si debían a o no darles solo leche materna a sus hijos

“Mi marido no se metía, directamente se hizo a un lado, dejaba a mi cargo todo, el directamente se borro en ese aspecto” (OrU,31,C,3)¹⁵.

“Mi marido nunca dijo nada, yo solo le daba mi pecho y el no se metía nunca” (OcU,37,C,4)⁵².

- Además hubo un comentario en que era la madre que no dejaba opinar a su pareja en cuanto a la alimentación del niño, negándole la participación en la toma de esa decisión, pues a su parecer en ese campo la dedición era exclusiva de la mujer.

“El era neutro, es de los padres que no se meten, claro que siempre quiso que le este dando teta, teta, teta, pero yo en ese sentido no lo dejaba opinar” (OrU,29,C,2)⁴.

- Algunos esposos les agrada el hecho que sus esposas ganen volumen en las mamas cuando están dando de lactar, las encuentran mas atractivas.

“Lo bueno que veía era que me veía mas pechugona” (OrU,30,C,3)¹².

- En algunos casos los maridos eran los que trataban de influenciar a sus esposas para combinar la leche materna con leche artificial para la supuesta mejor alimentación de sus hijos.

“Mi marido decía que la wawa no se hartaba y quería que se le de mamadera con leche en polvo mas, por eso siempre hemos tenido problemas con mi marido” (OcU,31,C,3)⁴⁴.

- En caso de la mayoría de las madres solteras, no convivieron con ninguna pareja, criaron a sus hijos sin su apoyo y no tuvieron su opinión, por lo que tomaron una decisión propia o influenciadas por otras personas.

“No viví con mi marido, por eso nunca opino” (OcR,39,S,2)⁵⁵.

Desventajas

- *¿Qué desventajas tiene el dar de lactar a los hijos para el niño?*

- La mayoría de las madres opinaron que no piensan que existan desventajas para el niño al dar de lactar, al contrario solo existen beneficios.

“Para el bebe ninguno, mas bien ha sido algo positivo para ella” (OrU,27,C,1)¹.

“Para el niño ninguna desventaja” (OrR,23,S,1)²⁶.

- Algunas madres de las áreas urbanas piensan que la dependencia que desarrollan los niños a la madre al darles de lactar representa una desventaja, sobre todo en el momento de tratar de quitarles el pecho que se hace muy dificultoso y hasta traumático para el niño.

“Desventaja para el niño solo la costumbre que adquieren, no se los puede destetar, esa dependencia de estar con su madre todo el tiempo” (OrU,36,C,2)¹³.

“Acostumbrarse a ser dependientes de la madre y no poder actuar solos, además desacostumbrarlos después del primer año es un lío por que quieren seguir teniendo su leche materna” (OcU,27,C,2)⁴³.

- Solo una madre comento que es una desventaja para el niño que cuando reniegan les dan cólicos a los niños.

“Cuando uno reniega mucho le pasa al bebe por la leche, o también cuando come algo picante le da cólico” (OcU,34,C,1)³⁷.

- Algo que llama la atención es el comentario de una madre, que desde su punto de vista cuando la mujer tiene cáncer en la lactancia esta enfermedad se transmite por la leche materna.

“Cuando la madre tiene cáncer de mama puede absorber el niño, después todo es bueno” (OcR,30,C,2)⁷².

- *¿Qué desventajas tiene el dar de lactar a los hijos para la madre?*

Se clasificaron las desventajas respecto a:

❖ **Figura de la madre**

- El factor estético es desde el punto de vista una desventaja para las madres de las áreas Urbanas, la caída de los senos causada por dar de lactar es un problema que observan con mucha frecuencia y también el crecimiento de un seno más que el otro, por la comodidad de dar de lactar de un seno más que del otro, dependiendo de cada una de las madres.

“Para mí la única desventaja es que me crecía una teta más que la otra, por que por comodidad siempre le daba más de la izquierda” (OrU,27,C,1)¹.

“Los pechos se caen, quedan muy flácidos y desiguales” (OrU,37,C,5)¹⁷.

- La contradicción está presente, independientemente de la región, algunas madres aunque en su mayoría de las áreas Rurales, se quejan de bajar de peso como una gran desventaja.

“Estaba adelgazando mucho, sentía que mi hija me estaba chupándome todo” (OrU,28,C,1)².

“Uno no puede hacer sus diligencias, una tiene que estar pendiente a que hora dar de mamar, además uno se enflaquece mucho” (OrU,36,C,2)¹³.

“Pienso que la madre se enflaquece cuando da de lactar, pero que se puede hacer es por su hijo no?” (OcR,32,Co,4)⁵⁹.

- Mientras que otras madres sobre todo de las áreas Urbanas dicen que subir de peso y no conseguir perderlo fácilmente para llegar a su peso antes del embarazo es la principal desventaja de dar de lactar a sus hijos.

“Te cansas, el agotamiento es terrible, además yo subí de peso una barbaridad, hasta ahora no puedo volver a lo de antes sigo gorda” (OrU,36,C,3)⁵.

“El engordarse y deformarse” (OcU,37,C,4)⁵².

“Uno no puede estar bien arreglada, siempre se ve algo desaliñada, y no hay fuerza de voluntad para arreglarse por que esta débil, además que andas chorreando de leche” (OrU,27,S,2)¹⁶.

❖ Salud de la madre

- El desgaste físico es otra desventaja en la que coinciden madres de ambas zonas, cosa que no les permite desenvolverse como normalmente lo harían y que interfiere en sus actividades cotidianas.

“Para la madre hay muchas desventajas, cuando el niño comienza a amamantar en mayor cantidad he sentido debilidad, cansancio y deshidratación. Al principio los primeros días un dolor insoportable por que no había pezón, otro que se partieron mis pezones, cuando están muy bebes los pechos se te llenan y los niños no consumen todo, ósea que tenia que sacármela” (OcU,27,Co,3)⁵⁰.

- Solo existió un comentario en el que una madre cree que una desventaja es perder Calcio por la leche materna.

“Las madres a veces se descalcifican” (OcU,27,C,2)⁵³.

❖ Tiempo libre.

- Otra desventaja en la que coinciden consiste en la no disponibilidad libre de tiempo para realizar otras actividades, por que el dar de lactar implica la responsabilidad de estar constantemente si no es en casa, por lo menos con el hijo cerca.

“Uno no puede salir, por que uno tiene que hacer el esfuerzo de quedarse en la casa por que no hay leche que quede” (OcR,37,Co,4)⁷³.

- ***¿Qué desventajas tiene el dar de lactar a los hijos para la relación de pareja?***

- Algunas madre piensan que incomodidad del continuo manchado de prendas íntimas e incluso blusas con la leche, representa una desventaja para la relación de pareja, por la misma estética y el olor desagradable que producen estas manchas con el pasar del tiempo, mayor aun en las zonas orientales por el intenso calor.

“Te embadurnas con la leche que chorrea, peor cuando tu hijo llora, eso es medio feo que vea tu marido” (OrR,23,C,2)³².

- El descuidar a la pareja con respecto a tiempo y atenciones en la etapa en la que se le da de lactar a los hijos en las madres de las áreas Urbanas es una desventaja que observan muchas madres en su relación con su conyugue.

“Como pareja eso te quita un poco de tiempo, por que vos te embelezas con tu hijo y no le das mucho tiempo para el” (OrU,31,C,3)¹⁵.

“A veces tienden a tener celos de los bebes por que se les da mas a atención que a ellos” (OcU,25,C,1)⁴¹.

- Las interrupciones en la intimidad por el llanto del niño para que le den de lactar, es una desventaja que observan las madres solo en la región Oriental en el área Urbana.

“Con mi pareja era un poco incomodo por el agotamiento, la molestia del niño, en pleno ajetreo de intimidad se pone a llorar y hay que darle pecho, además te duelen los pechos, estas sensible y cualquier cosa te hace llorar” (OrU,36,C,3)⁵.

- En el área Urbana en ambas regiones piensas que es una desventaja el aspecto estético en la relación de pareja, por que los esposos resienten los cambios en el físico de las madres que están dando de lactar, siendo menos atractivo.

“Mi pareja resintió un poco el cambio de mi físico, decía que estaba muy flaca y además que mis senos se cayeron un poco” (OcU,29,D,1)³⁸.

- En el las áreas Rurales de ambas regiones, pero especialmente de la región Occidental, las madres no percibieron casi ningún inconveniente en su relación de pareja, caso contrario de lo observado en las áreas Urbanas.

“Mi marido no decía nada, no tenía ningún problema en que le de pecho a mis wawas” (OcR,39,C,8)⁶⁹.

- Solo algunas madres pensaron que lejos de representar una desventaja para la pareja la lactancia materna sirvió para fortalecer lazos con su conyugue.

“No hubo ninguna desventaja, al contrario, nos unió como pareja” (OcU,27,C,2)⁵³.

- En el caso de madres solteras por no convivir con sus parejas, no les es posible opinar.

“No viví con mi pareja ósea que no hubo problemas” (OcR,39,S,2)⁵⁵.

5.3. Factores Externos

Influencia de Factores externos

- *¿Cuales comentarios (vecinos, amigos, conocidos, población en general) han llegado a usted acerca de la lactancia materna?*

Se describirá primero las personas que con mayor frecuencia aconsejan u orientan y luego los consejos clasificados en adecuados y/o pertinentes y en consejos equivocados.

❖ Personas que con mayor frecuencia aconsejan

- Las entrevistadas en su mayoría en ambas áreas recibieron el consejo de sus madres, sobre todo a favor de la lactancia materna, y algún otro dato en busca de orientar a sus hijas en lo referente a este aspecto.

“Mi mama me decía que le de el pecho porque ayuda a que el muchacho crezca sano” (OrR,25,S,2)²⁹.

- También existe coincidencia en el consejo por parte de amigas con diversos comentarios en relación a la lactancia materna de la manera de dar de lactar y lo bueno que es para los niños.

“Tuve una amiga que tuvo su bebe 2 meses antes que yo, ella me daba las pautas, consejos y comentarios, me decía que le de siempre leche materna, que era lo mejor, porque así no se enferman los bebes, que tiene mas defensas, les da mas protección a las infecciones por las mamaderas, además me dijo que era mas cómodo y mas higiénico” (OrU,27,C,1)¹.

- En menor frecuencia los maridos también participaban dando consejos y comentarios a favor de la lactancia materna.

“Mi marido me decía que le de todo lo que quisiera y cuando quisiera el bebe” (OcU,27,C,2)⁵³.

- Por supuesto también refieren comentarios por parte de sus médicos, algunos a favor de la lactancia materna.

“Solo del medico que me dijo que había que dar leche materna por lo menos los primeros 3 meses, porque es lo mejor para el niño” (OrU,27,S,2)¹⁶.

- Algo interesante que refieren algunas madres que en algunas unidades educativas en el área Rurales imparten charlas a favor de la lactancia materna.

“Desde la escuela nos enseñaban lo importante de la maternidad y dar leche a los hijos” (OcR,21,Co,2)⁷⁰.

- Otra cosa que llama la atención en la región Occidental Rural es la referencia de las madres, que en los medios de comunicación, puntualmente en radio y televisión existen campañas a favor de la lactancia materna.

“Propagandas en la radio y en la tele decían que el pecho es mejor, que es más higiénico que la mamadera, también las enfermeras y el Dr. de la posta decían que es mejor el pecho” (OcR,28,Co,3)⁷¹.

❖ Consejos adecuados

- Las madres aconsejaban las medidas de higiene que se debían tomar para dar de lactar.

“Mi mama me enseñó a higienizarme los pechos antes de dar de lactar y trate de formar los pezones apretándolos un poquito” (OrU,36,C,3)⁵.

- También recibieron consejos por parte de la suegra acerca de la lactancia materna y la ingesta de alcohol.

“También me decía mi suegra que si uno toma alcohol pasa a través de la leche y el niño se embriaga, eso es cierto, mi niño durmió toda la tarde y la noche” (OcU,31,C,3)⁴⁴.

❖ Consejos inadecuados

- Las madres de la región Oriental declaran que recibieron consejos de amigas en contra de la lactancia materna por el bien de la estética, ya que las mamas sufren cambios en la lactancia materna.

“Cuando estaba embarazada me decían mis amigas que era malo dar de lactar porque se estiran las teticas, pero yo no hice caso” (OrU,25,Co,2)¹¹.

“A los 6 meses me decían mis amigas que ya no le de teta, se te van a descolgar las tetas y se te va a volver malcriado” (OrR,23,S,1)²⁶.

- El consejo de personas aledañas que recomendaban la manera de llevar el horario de la lactancia materna y creencia de las medidas que se deberían tomar con la leche como no desecharla por la cañería por que se secaba.

“Me decían mis conocidas que no le de a cada rato o cuando el quiera porque lo acostumbraría mal y que no le de en la calle por que se me chorrearía la leche, pero igual terminaba manchada” (OcU,30,C,3)⁴⁶.

“Mi suegra me decía que si me exprimía no tenía que echarla directamente al cañería, tenía que echar un poco de agua primero y después botarla, porque si no se me secaba la leche” (OcU,29,D,1)³⁶.

- Algunos pediatras, cuyo consejo llama la atención, porque se ubica en contra de la exclusividad de lactancia materna.

“El pediatra me recomendó que combinara la leche materna, porque el decía que cuidaba primero a la madre y después al niño”(OrU,29,C,2)⁴.

- ***¿Cuales han influido en usted acerca de la lactancia para los hijos?***

- Refieren la mayoría de las entrevistadas de ambas regiones que le comentario mas influyente definitivamente fue el proveniente de sus propias madres.

“Le hice caso a mi mama, ella sabía más que yo, tenía más experiencia” (OrR,23,S,1)²⁶.

“Los consejos de mi madre influenciaron en mi y por supuesto los de mi medico pediatra” (OrU,36,C,3)⁵.

- Los comentarios del pediatra fueron el siguiente en mayor influencia para las madres entrevistadas sobre todo del área Urbana.

*“Lo que me dijo el doctor influyo en mi”
(OrU,38,D,5)⁶.*

“Hice caso a los consejos por que era por el bien de mis hijas” (OrU,29,C,2)⁴.

- Es importante observar la referencia de una de las madres del área Rural de la región Occidental de la influencia de los medios de comunicación en su decisión de dar de lactar a su hijo.

*“Lo que decían en la tele y en la radio me influyo”
(OcR,28,Co,3)⁷¹.*

- Llama la atención que algunas madres a pesar de recibir consejos a favor o en contra de la lactancia materna, decidieron que no influyan en ellas, tomando sus propias decisiones.

“No influenciaron en mi, yo actuaba de acuerdo a lo que me sentía en ese momento, le di leche NAN, finalmente nadie me la va a vivir mi vida” (OrU,28,C,1)².

“Ningún comentario influyo en mi, sobre todo los malos, porque yo he comprobado que iba a ser bueno para mis hijos” (OrU,36,C,2)¹³.

5.4.Prácticas

Aprendizaje

- *¿Cómo aprendió usted a dar de lactar? ¿Quién le enseñó?*

- La mayoría de las entrevistadas declararon aprender a dar de lactar por las indicaciones de sus propias madres.

“Mi mamá me enseñaba que ponga la boquita en el pezón, que ella agarraría sola, pero no succionaba y me asuste, luego ya pudo solita chupar sin problema” (OrU,23,S,1)¹⁴.

“Mi mamá me iba diciendo como poner la cabeza, como poner el pezón con mi mano en su boquita” (OrR,33,Co,3)³⁰.

- Existió coincidencia en ambas regiones de las enseñanzas del personal de salud como médicos y enfermeras de la manera como deberían de dar de lactar a los niños

“Me enseñó el doctor y la enfermera, no tenía pezones, lo hice hambrear un día entero, me enseñó a hacer masajes, sentate un poco hasta que agarre el niño me decía, además con lo que vi en la tele a veces en los programas de cocina van pediatras que explican y te dan orientación y en la radio mas” (OcR,28,Co,3)⁷¹.

“El doctor me enseñó que la agarre a la wawa de una forma bien nada más” (OcR,32,Co,4)⁵⁹.

- Coincidieron también varias madres en que el instinto fue la mejor escuela para aprender de dar de lactar, sin necesidad de recibir más indicaciones.

“Solo lo puse en el pecho y listo, todo era puro instinto, lo puse en la teta y chau Paris” (OrU,35,C,3)³.

“En el hospital el doctor me insistió a que le de ese mismo rato, y fue algo natural a la madre le nace” (OrR,30,Co,4)²⁴.

- Algunas madres se guiaron en el aprendizaje por observaciones anteriores de personas ya sean de su familia o ajenas que veían dando de lactar a los niños.

“Me acordaba como alguna vez yo la vi a mi mamá con mis hermanos menores” (OrU,28,C,1)².

“Viendo a las personas mayores que yo” (OcU,27,C,2)⁵³.

- Hubo algunas madres a las que la suegra les enseñó la manera de dar de lactar.

“Mi suegra me enseñó que debo agarrarlo de la cabecita” (OcR,24,Co,2)⁵⁷.

- Solo una madre de la región Occidental, área Urbana declaró tomar un curso psicoprofiláctico con una obstetra que le enseñó todo acerca de la lactancia materna.

“Tome un curso en el embarazo de preparación psicoprofiláctica con mi obstetra, nos mostraban videos y enseñaban a hacer ejercicios para sacar el pezón, fue muy interesante por que tenias que asistir con tu pareja” (OcU,29,D,1)³⁶.

- ***¿Estuvo satisfecha con las indicaciones? ¿O le hizo falta algún otro conocimiento?***

- La mayoría de las entrevistadas que recibieron algún tipo de indicación de la manera de dar de lactar, se declaró conforme con estas, sobre todo las que fueron guiadas por sus madres y sobre todo por personal de salud.

“Estuve satisfecha con lo que me dijo el doctor, no me hicieron falta ninguna explicación” (OrR,24,Co,3)²⁵.

“Estuve conforme con lo que me dijo el doctor, estaba bien no mas” (OcR,26,Co,2)⁵⁴.

“Quede súper satisfecha por que le perdí miedo al parto y al dar de lactar, no me hizo falta nada mas de conocimiento” (OcU,29,D,1)³⁶.

- Las señoras que declararon que es el instinto la que las guiaba, aseveraron lo innecesario que seria recibir explicaciones de algo que es natural para las mujeres como es la lactancia materna.

“No es necesario que te enseñen, es sacar la teta y listo” (OrR,30,C,5)³¹.

“No me hizo falta ninguna explicación es algo natural a la madre le nace” (OrR,30,Co,2)¹⁸.

- Hubo algunas madres que ni siquiera sabían que era necesario recibir algún tipo de orientación para dar de lactar a sus hijos.

“No. Sabía lo que necesitaba saber nomás” (OcR,37,Co,4)⁷³.

- Un pequeño número de entrevistadas declaró que efectivamente le hicieron mucha falta indicaciones acertadas y profesionales del modo más adecuado de dar de lactar a sus hijos.

“Si me hicieron falta muchas explicaciones a lo largo del tiempo que di de lactar” (OcU,35,C,2)⁴⁰.

Técnica de la lactancia

- ***¿Que cuidados toma usted para dar de lactar a su hijo para usted misma?***

- La gran mayoría de las madres declaran no tomar ningún cuidado para ellas mismas en la lactancia materna, en especial las de las áreas Rurales.

“Para mi no tomaba ninguna precaución” (OrU,27,C,1)¹.

“Para mi ningún cuidado, solo para mi hijo, el era lo importante, yo no” (OcR,39,C,6)⁶³.

“Para mi ninguna precaución” (OrU,29,C,2)⁴.

- En las áreas Urbanas hubo coincidencia en el factor estético en el cuidado de las mamas sobre todo con respecto a la aparición de estrías, y también en la posición de dar de lactar para evitar en lo posible el descenso de la mama.

“Me ponía pomadas para las estrías y trataba de comer mucho por que estaba muy flaca” (OrU,28,C,1)².

“Me ponía crema a los senos para que no me salgan estrías” (OrU,38,D,5)⁶.

“Trataba de darle el pecho de echada, para que no se me descolgaran tanto los pechos” (OrU,23,S,1)¹⁴.

- Un número menor coincidió en cuidarse en la alimentación para el bienestar de ellas mismas.

“Tomaba multivitaminas” (OcU,22,Co,1)⁴⁸.

“Me alimentaba para no estar débil” (OcU,27,C,2)⁵³.

- Un pequeño número de las madres entrevistadas coincidió en extraer los excesos de leche para evitar dolores posteriores por descomposición de la leche.

“Me exprimía cuando tenía mucha leche, porque si no me dolía” (OcR,37,Co,5)⁶⁴.

“Cuando no me vaciaba el pecho me ordeñaba, porque si no se agriaba y duele harto” (OcR,28,Co,3)⁷¹.

- Muy pocas madre declararon tomar cuidado en la posición en la que daban de lactar a los niños para evitar dolores de espalda.

“Para mi solo estar bien sentada para que no me duela la espalda” (OrR,24,Co,3)²⁵.

- Solo en el área Urbana las madres utilizaban protectores de senos para evitar manchas de leche y los posteriores olores desagradables de estas y en caso de estar en público cubrirse el pecho en el momento de dar de lactar.

“Utilizaba protectores para senos, sentía como se chupaban toda la leche que chorreaba sobre todo cuando hacia calor” (OcU,31,C,3)⁴⁴.

*“Si estaba en la calle me tapaba con un pañito”
(OrU,28,S,1)¹⁰.*

- Solo una madre de todas las entrevistadas declaró hacer lo posible para relajarse tomando agua, sentándose cómodamente y buscar un lugar adecuado para su tranquilidad.

“Antes de darle la teta me tomaba un vaso de agua para relajarme y no sentirme mal, me sentaba en un lugar tranquilo y trataba de estar bien apoyada para estar cómoda y no me cansé de darle” (OrU,35,C,3)³.

- ***¿Que cuidados toma usted para dar de lactar a su hijo para el niño?
(higiene, posición del niño, alimentación y otros)***

- La mayoría de las madres entrevistadas que dio de lactar a sus hijos coincidieron en que cuidaban su alimentación e hidratación para que se mantuviese o mejorara la cantidad de leche, dependiendo del área de procedencia es variable el tipo de alimentación, por ejemplo en el Oriente la chicha sin alcohol y el somó son comunes, en el Occidente en cambio el tojorí, el caldo de ojo de vaca y de gallina criolla son mas comunes.

*“Consumía muchos líquidos, jugos, sopas, tojori”
(OcU,27,C,2)⁴³*

“Me hacía unos baldes de chicha para que me haga producir leche” (OrU,31,C,3)¹⁵.

“Me alimentaba bien comía coco, verduras, leche, somo, bastante líquido para tener mas leche” (OrR,41,C,9)²¹.

“Comía mas para alimentar a mis wawas, trataba de comer verduras y caldo de ojo de vaca y me lavaba las manos y el pecho antes de darle la teta” (OcR,28,Co,3)⁷¹.

“Cuando podía hacia hervir una gallinita criolla para tener mas leche” (OcR,37,Co,4)⁷³.

- Es denominador común en ambas regiones con sus respectivas áreas, pero no muy frecuente sobre todo en la región Occidental Rural cuidar la posición y el horario en la lactancia materna.

“Me enseñaron que no le diera pecho cuando duerma que lo podía asfixiar, que tenia que tener cuidado en no tapar la nariz” (OrR,23,S,1)²⁶.

“Cuidaba la posición, que las fosas nasales estén pegadas al pecho, pocas veces le daba en la cama, casi siempre en los brazos, tomaba un poquito y descansaba por que si no se atragantaba” (OcU,29,D,1)³⁸.

“Trataba de controlar los horarios, cada 3 horas, pero a veces le daba a cada rato” (OcU,31,C,3)⁴⁴.

- En las señoras del área Urbana existe la opinión de cuidarse de alimentos que podrían dañar el bienestar de los niños a través de la leche como picantes, café, duraznos, etc., cosa que no se observa en las entrevistas del área Rural.

“No comía picantes, no tomaba gaseosas por los carbonatos, no tomaba café, trataba de no comer embutidos por los conservantes” (OrU,31,C,3)¹⁵.

“No comía mani duraznos ni ají” (OcU,31,C,3)⁴⁴.

- La limpieza de los pezones antes de dar de lactar, es observable también solo en la área Urbana y no así en el área Rural de ambas regiones.

“Limpiaba el pezón con algodón y agua” (OrU,23,S,1)¹⁴.

“Desechaba las primeras gotas de leche hacia una limpieza del pezón y ya podía empezar” (OcU,27,C,2)⁴³.

Duración de la lactancia

- ***¿Cuánto tiempo en promedio ha dado de lactar a sus hijos?***

¿Cuáles serían las razones o motivos?

- Existe en esta pregunta en particular mucha diversidad de respuestas, el tiempo de lactancia exclusiva varió mucho de acuerdo a la percepción de las madres y los consejos e indicaciones sobre todo de los médicos.

Hubo madres que les dieron solo lactancia exclusiva hasta los 3 meses, y luego combinaron con fórmula artificial por escasez de leche materna.

“Le di hasta los 3 meses solo pecho, luego combiné con biberón, no podía más ya no tenía leche” (OcU,29,D,1)³⁶.

- A partir de los 4 meses en adelante ya recibieron indicaciones por parte del personal de salud en implementar sólidos a la dieta de los niños.

“Puro pecho hasta sus 4 meses, después lo que yo comía le hacía probar, hasta su año y medio” (OcR,21,Co,2)⁷⁰.

“Yo le di hasta sus 6 meses solo leche, después los calditos, pero le seguí dando hasta sus 2 años” (OcR,31,C,2)⁵⁶.

“Le di hasta más de su 1 añito, pero solo pecho hasta los 6 meses, por que a los 6 meses le vas a dar comidita me dijo el doctor” (OcR,26,Co,2)⁵⁴.

- En área Urbana de ambas regiones fue muy común que las madres no dieran lactancia materna exclusiva en ningún momento a sus hijos, combinaron con formula artificial desde que nacieron, sobre todo por percepción de falta de leche y también por el factor estético, opinión casi inexistente en las áreas Rurales.

“Exclusivamente leche materna no le di porque desde que nació combine, porque tenia muy poca leche. Le di mi pecho hasta el 1 añito, le corte porque ya era muy grande, ya estaba aprendiendo a hablar y yo estaba muy flaca, el pelo se me estaba cayendo” (OrU,27,C,1)¹.

“Le combine desde que nació porque yo estaba adelgazando mucho pues, y solo le di leche materna hasta los tres meses, después solo mamadera” (OcU,27,Co,3)⁵⁰.

- Llama la atención la declaración de una madre que combinó la lactancia materna con la artificial por consejo específico de su pediatra con el fin de cuidar a la madre antes que el niño.

“Les di en promedio hasta los 4 meses pero siempre combinando porque me lo recomido el pediatra. El pediatra me recomendó que combinara, por que el decía que cuidaba primero a la madre y después al niño” (OrU,29,C,2)⁴.

- Otra declaración que ya se destacó anteriormente, es la de no dar lactancia materna exclusiva por incluir alimentos de otro tipo a los 13-15 días con el fin de enseñar al niño la diferencia entre sabores haciendo caso omiso a las recomendaciones del médico.

“En promedio hasta el 1 año me parece buena edad, además ya están comiendo, pero ya a los 13 -15 días yo ya hacía probar a los niños otras cositas para que sepan el sabor” (OrU,35,C,3)³.

CAPITULO VI

6. Resultados Cuantitativos

6.1. Análisis cuantitativo de la Información

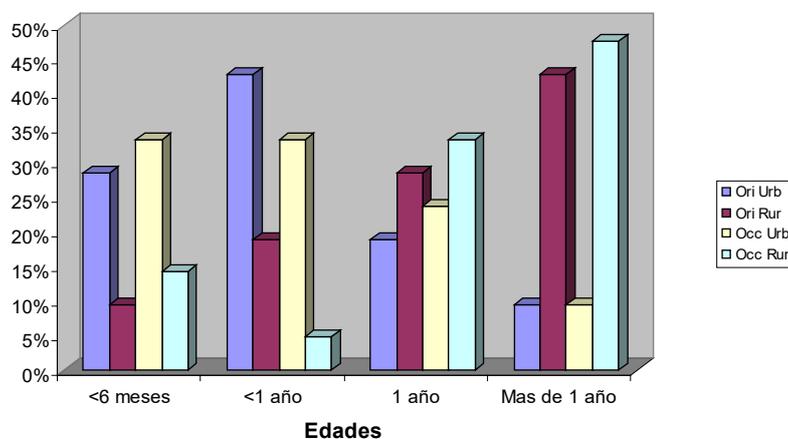
6.1.1. Características de la lactancia materna

6.1.1.1. Edad límite de lactancia materna

Tabla No 1. Edad Límite de Lactancia Materna

Región	<6meses	<1 año	1 año	Mas de 1 año	TOTAL
Oriental Urbana	6 28,6%	9 42,9%	4 19,0%	2 9,5%	21 100,0%
Oriental Rural	2 9,5%	4 19,0%	6 28,6%	9 42,9%	21 100,0%
Occidental Urbana	7 33,3%	7 33,3%	5 23,8%	2 9,5%	21 100,0%
Occidental Rural	3 14,3%	1 4,8%	7 33,3%	2 9,5%	21 100,0%
TOTAL	18 21,4%	21 25,0%	22 26,2%	23 27,4%	84 100,0%

En el cuadro N° 1 se observa que una mayor proporción de madres en áreas rurales dan de lactar a sus hijos mayor tiempo que madres de áreas urbanas. Las madres de la zona occidental urbana, son quienes dan menos tiempo la leche materna (menos de 6 meses) y quienes dan mayor tiempo (más de 1 año) son las madres de la zona oriental rural.

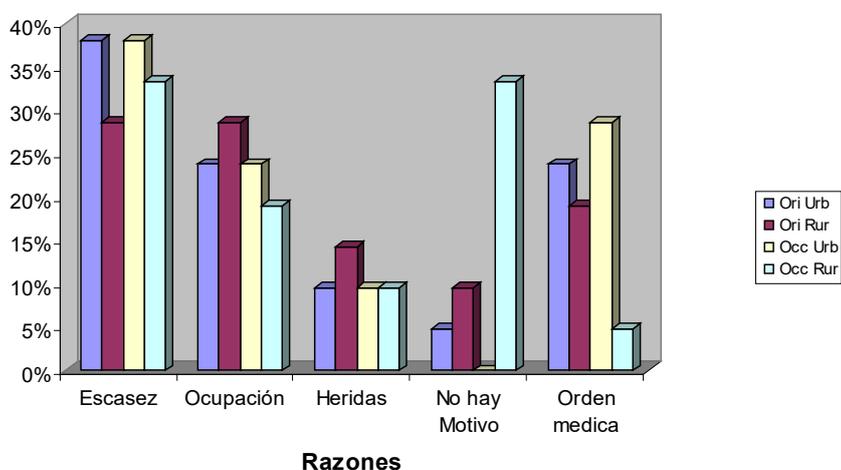
Gráfico No1 Edad límite de lactancia materna

6.1.1.2. Razones para combinar leche materna con artificial

Tabla No 2 Razones para combinar leche materna con artificial

Región	Escasez	Ocupación	Heridas	No hay razón para combinar	Orden medica	TOTAL
Oriental Urbana	8 38,1%	5 23,8%	2 9,5%	1 4,8%	5 23,8%	21 100,0%
Oriental Rural	6 28,6%	6 28,6%	3 14,3%	2 9,5%	4 19,0%	21 100,0%
Occidental Urbana	8 38,1%	5 23,8%	2 9,5%	0 0,0%	6 28,6%	21 100,0%
Occidental Rural	7 33,3%	4 19,0%	2 9,5%	7 33,3%	1 4,8%	21 100,0%
TOTAL	29 34,5%	20 23,8%	9 10,7%	10 11,9%	16 19,0%	84 100,0%

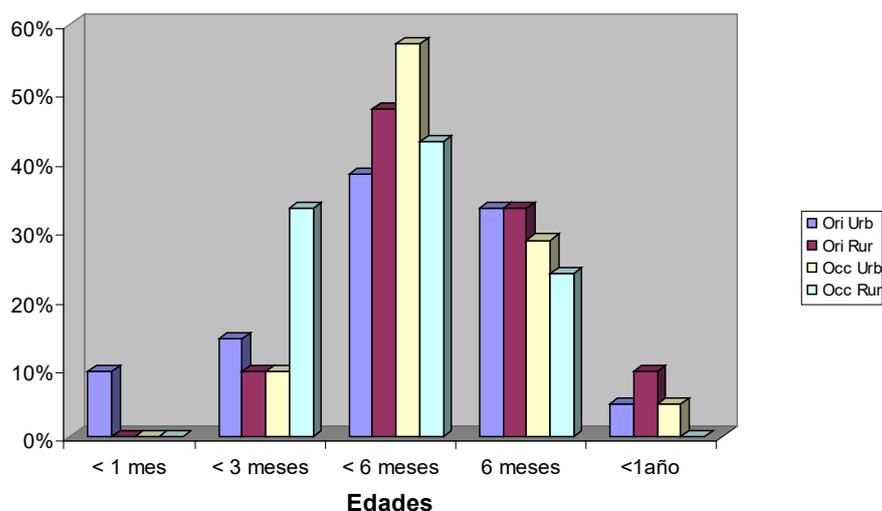
En el cuadro No 2 En todas las regiones y áreas, la razón principal para combinar leche materna con leche artificial, es la percepción que tienen las madres de que la producción de su leche es escasa y no llega a satisfacer a su bebe. La ocupación de las madres es la razón que aparece en segundo lugar en todas las zonas y áreas estudiadas.

Gráfico No 2. Razones para combinar leche materna con artificial**6.1.1.3. Inicio de otros alimentos****Tabla No 3. Cuando se inicio otros alimentos**

Región	< 1 mes	< 3 meses	< 6 meses	6 meses	<1año	TOTAL
Oriental Urbana	2 9,5%	3 14,3%	8 38,1%	7 33,3%	1 4,8%	21 100,0%
Oriental Rural	0 0,0%	2 9,5%	10 47,6%	7 33,3%	2 9,5%	21 100,0%
Occidental Urbana	0 0,0%	2 9,5%	12 57,1%	6 28,6%	1 4,8%	21 100,0%
Occidental Rural	0 0,0%	7 33,3%	9 42,9%	5 23,8%	0 0,0%	21 100,0%
TOTAL	2 2,4%	14 16,7%	39 46,4%	25 29,8%	4 4,8%	84 100,0%

En el cuadro No 3 se observa que la mayoría de las madres entrevistadas iniciaron con una alimentación diferente a la leche antes de los 6 meses de edad, en la región oriental urbana se inicio a menor edad, en la región occidental rural con mayor frecuencia.

Gráfico No 3. Inicio de otros alimentos



6.1.1.4. Razones para no dar de lactar

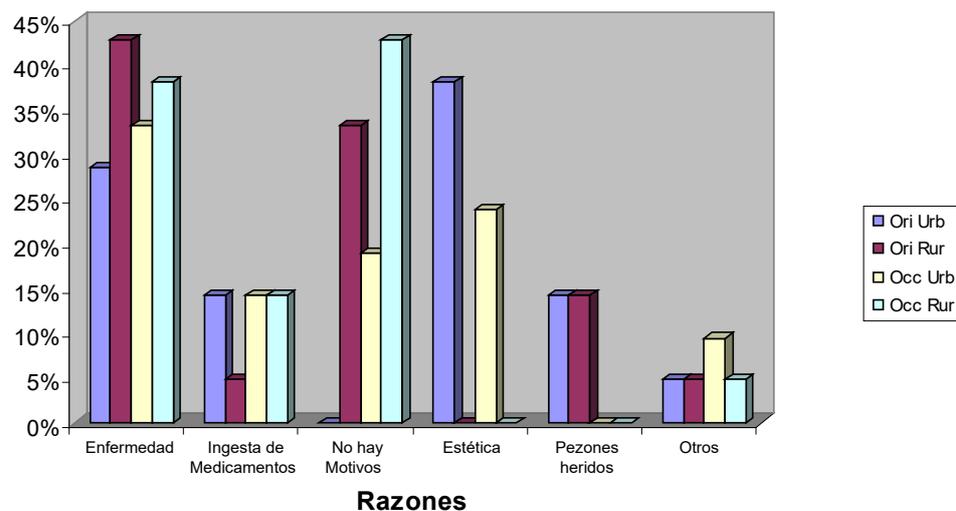
Tabla No 4. Razones para no dar de lactar al niño

Región	Enfermedad	Ingesta Medicamentos	No existe razón para no dar de lactar	Estética	Pezones heridos	Otros	TOTAL
Oriental Urbana	6 28,6%	3 14,3%	0 0,0%	8 38,1%	3 14,3%	1 4,8%	21 100,0%
Oriental Rural	9 42,9%	1 4,8%	7 33,3%	0 0,0%	3 14,3%	1 4,8%	21 100,0%
Occidental Urbana	7 33,3%	3 14,3%	4 19,0%	5 23,8%	0 0,0%	2 9,5%	21 100,0%
Occidental Rural	8 38,1%	3 14,3%	9 42,9%	0 0,0%	0 0,0%	1 4,8%	21 100,0%
TOTAL	30 35,7%	10 11,9%	20 23,8%	13 15,5%	6 7,1%	5 6,0%	84 100,0%

En el cuadro No 4 se observa, que en la región oriental urbana existe una mayor proporción de madres que piensan que no se les debería dar de lactar a los niños, por motivos estéticos; en el área oriental rural, se observa que la mayoría por motivo de enfermedad.

En la región occidental urbana el mayor porcentaje de madres piensan que no se les debería dar de lactar a los niños por motivos de enfermedad de la madre; en la región occidental rural, piensa que no existen motivos para no dar de lactar a sus hijos.

Gráfico No 4. Razones para no dar de lactar al niño



6.1.2. Prácticas de alimentación

Gráfico No 4.1. Alimentación por edades en general

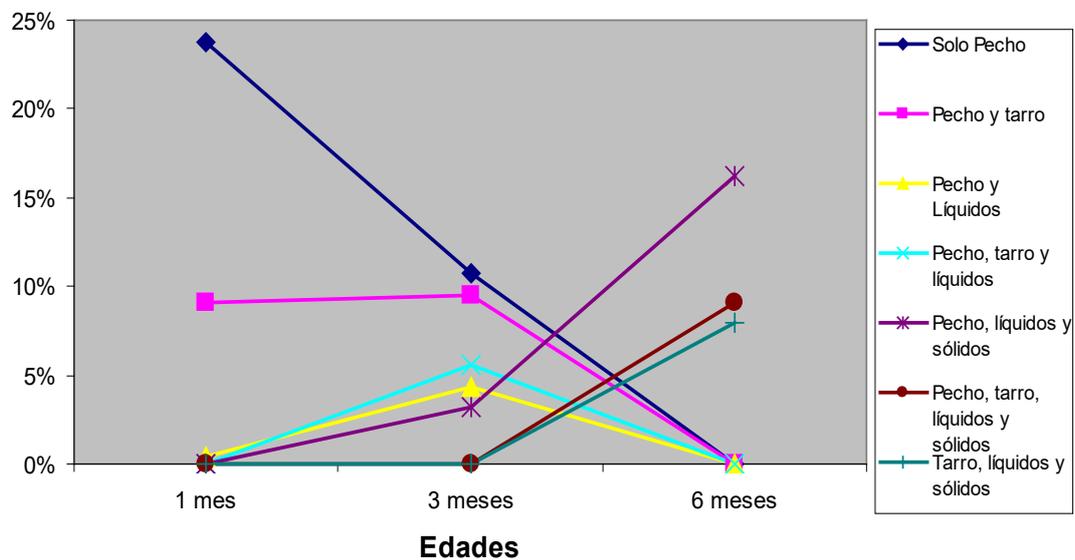


Gráfico No 4.2.. Alimentación por edades por regiones y sus zonas

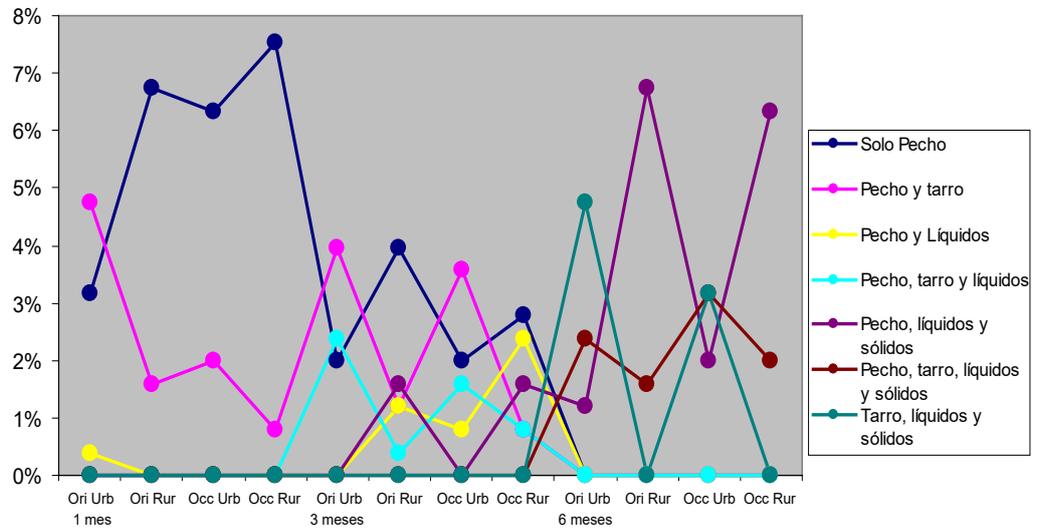
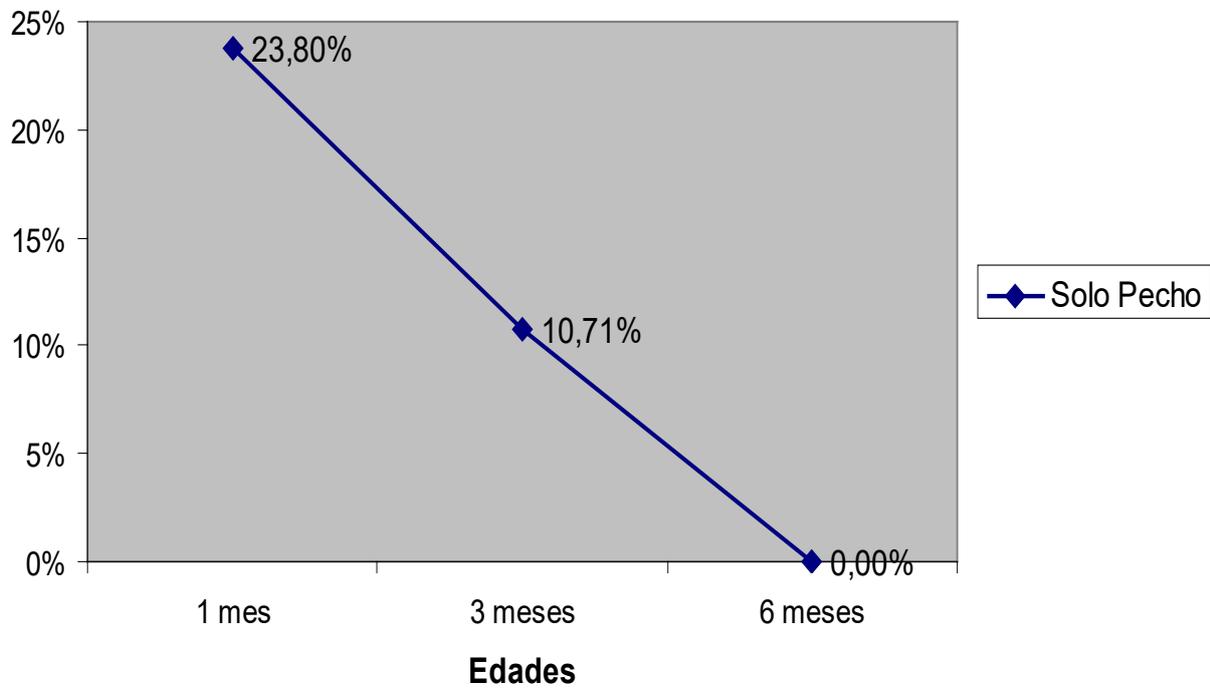


Gráfico No 4.3. Comportamiento de la lactancia exclusiva

Prácticas de lactancia exclusiva al 1, 3 y 6 meses



6.1.3. Ventajas y Desventajas

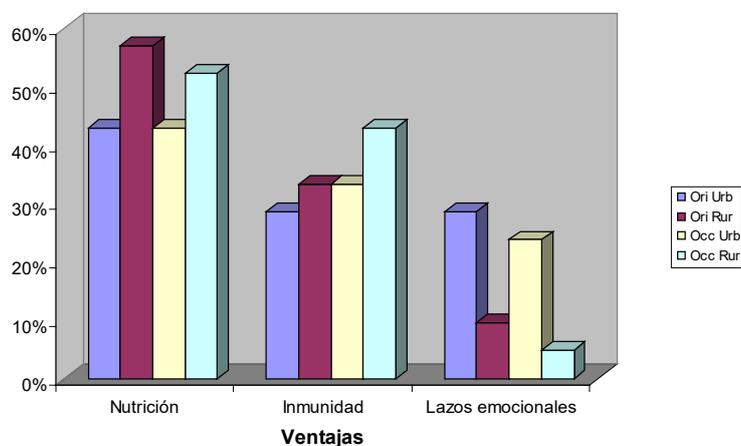
6.1.3.1. Ventaja de lactar para el niño

Tabla No 5. Ventajas de dar de lactar para el niño

Región	Nutrición	Inmunidad	Lazos emocionales	TOTAL
Oriental Urbana	9 42,9%	6 28,6%	6 28,6%	21 100,0%
Oriental Rural	12 57,1%	7 33,3%	2 9,5%	21 100,0%
Occidental Urbana	9 42,9%	7 33,3%	5 23,8%	21 100,0%
Occidental Rural	11 52,4%	9 42,9%	1 4,8%	21 100,0%
TOTAL	41 48,8%	29 34,5%	14 16,7%	84 100,0%

En el cuadro No 5. Se observa que para la mayoría de las madres de todas las regiones, la mayor ventaja para sus hijos de la práctica de la lactancia materna es la nutricional

Gráfico No 5. Ventajas de dar de lactar para el niño



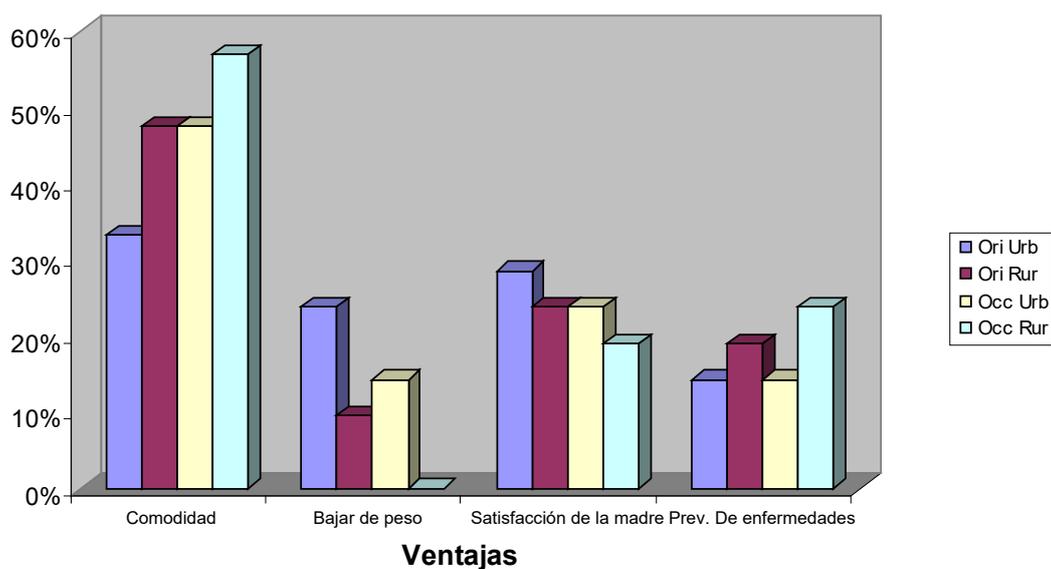
6.1.3.2. Ventaja de dar de lactar para la madre

Tabla No 6. Ventajas de dar de lactar para la madre

Región	Comodidad	Bajar de peso	Satisfacción de madre	Prev. enfermedades	TOTAL
Oriental Urbana	7 33,3%	5 23,8%	6 28,6%	3 14,3%	21 100,0%
Oriental Rural	10 47,6%	2 9,5%	5 23,8%	4 19,0%	21 100,0%
Occidental Urbana	10 47,6%	3 14,3%	5 23,8%	3 14,3%	21 100,0%
Occidental Rural	12 57,1%	0 0,0%	4 19,0%	5 23,8%	21 100,0%
TOTAL	39 46,4%	10 11,9%	20 23,8%	15 17,9%	84 100,0%

En el cuadro No 6. Se observa que el mayor porcentaje de las madres piensa, que la mayor ventaja para ellas mismas de la práctica de la lactancia materna es la comodidad.

Gráfico No 6. Ventajas de dar de lactar para la madre



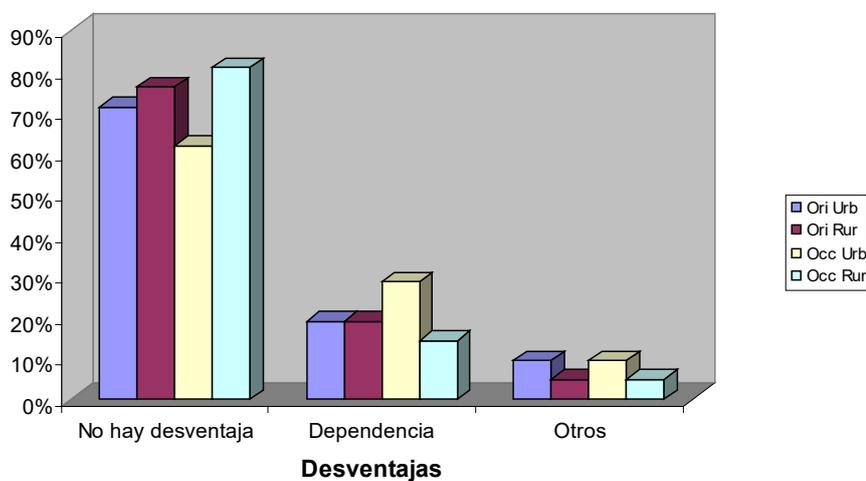
6.1.3.3.Desventaja de lactar para el niño

Tabla No 7. Desventajas de lactar para el niño

Región	No hay desventaja	Dependencia	Otros	TOTAL
Oriental Urbana	15 71,4%	4 19,0%	2 9,5%	21 100,0%
Oriental Rural	16 76,2%	4 19,0%	1 4,8%	21 100,0%
Occidental Urbana	13 61,9%	6 28,6%	2 9,5%	21 100,0%
Occidental Rural	17 81,0%	3 14,3%	1 4,8%	21 100,0%
TOTAL	61 72,6%	17 20,2%	6 7,1%	84 100,0%

En el cuadro No 12. Se observa que el mayor porcentaje de las madres piensa, que no existen desventajas para el niño en la práctica de la lactancia materna.

Gráfico No 7. Desventajas de lactar para el niño



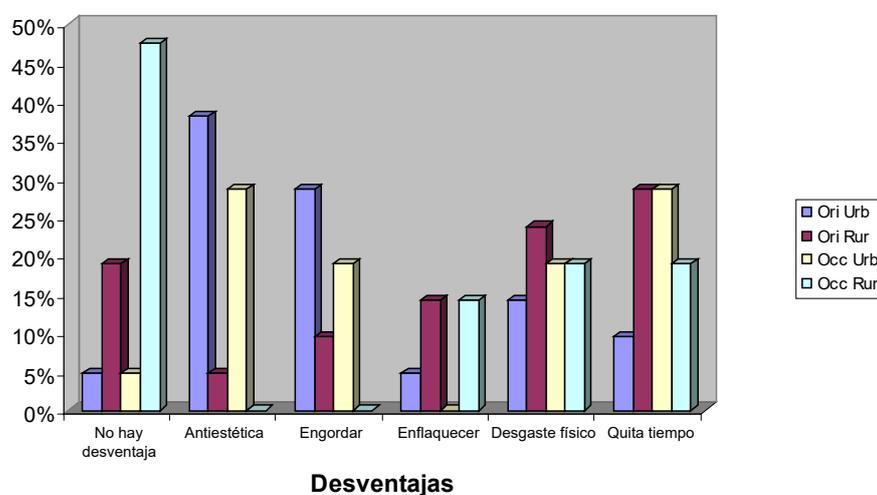
6.1.3.4.Desventaja de dar de lactar para la madre

Tabla No 8. Desventajas de dar de lactar para la madre

Región	No hay desventaja	Antiestético	Engordar	Enflaquecer	Desgaste físico	Quita tiempo	TOTAL
Oriental Urbana	1 4,8%	8 38,1%	6 28,6%	1 4,8%	3 14,3%	2 9,5%	21 100,0%
Oriental Rural	4 19,0%	1 4,8%	2 9,5%	3 14,3%	5 23,8%	6 28,6%	21 100,0%
Occidental Urbana	1 4,8%	6 28,6%	4 19,0%	0 0,0%	4 19,0%	6 28,6%	21 100,0%
Occidental Rural	10 47,6%	0 0,0%	0 0,0%	3 14,3%	4 19,0%	4 19,0%	21 100,0%
TOTAL	16 19,0%	15 17,9%	12 14,3%	7 8,3%	16 19,0%	18 21,4%	84 100,0%

En el cuadro No 8. Se observa que las madres de la región oriental urbana la mayoría piensa que la mayor desventaja de dar de lactara para la madre es el factor antiestético; en la región oriental rural piensan que la mayor desventaja es el que quita tiempo; en la región occidental urbana existe una equivalencia, donde las madres piensan que esta practica es desventajosa en el factor antiestético y que quita tiempo; finalmente en la región occidental rural la mayoría de las madres piensa que no representa ninguna desventaja.

Gráfico No 8. Desventajas de dar de lactar para la madre



6.1.4. Influencia de Factores externos

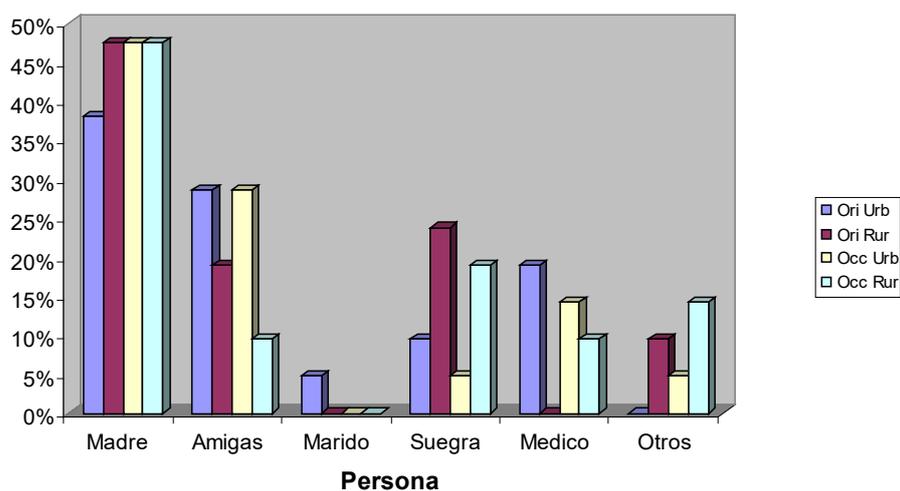
6.1.4.1. Persona que aconsejó sobre la lactancia materna

Tabla No 9. Persona que aconsejo sobre la lactancia materna

Región	Madre	Amigas	Marido	Suegra	Medico	Otros	TOTAL
Oriental	8	6	1	2	4	0	21
Urbana	38,1%	28,6%	4,8%	9,5%	19,0%	0,0%	100,0%
Oriental	10	4	0	5	0	2	21
Rural	47,6%	19,0%	0,0%	23,8%	0,0%	9,5%	100,0%
Occidental	10	6	0	1	3	1	21
Urbana	47,6%	28,6%	0,0%	4,8%	14,3%	4,8%	100,0%
Occidental	10	2	0	4	2	3	21
Rural	47,6%	9,5%	0,0%	19,0%	9,5%	14,3%	100,0%
TOTAL	38	18	1	12	9	6	84
	45,2%	21,4%	1,2%	14,3%	10,7%	7,1%	100,0%

En el cuadro No 9. Se observa en la mayoría de las madres que los consejos o sugerencias sobre la lactancia materna fueron emitidos por sus propias madres.

Gráfico No 9. Persona que aconsejo sobre la lactancia materna



6.1.5. Prácticas y aprendizaje

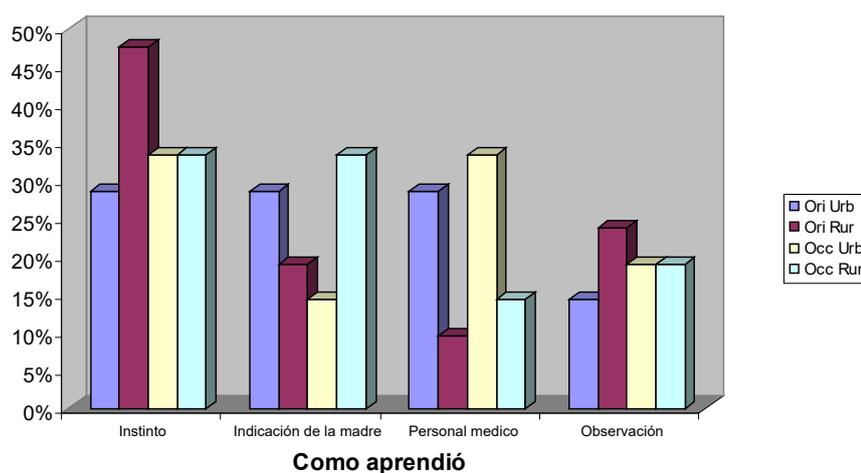
6.1.5.1. Aprendizaje de la lactancia materna

Tabla No 10. Aprendizaje de la lactancia materna

Región	Instinto	Indicación madre	Personal médico	Observación	TOTAL
Oriental Urbana	6 28,6%	6 28,6%	6 28,6%	3 14,3%	21 100,0%
Oriental Rural	10 47,6%	4 19,0%	2 9,5%	5 23,8%	21 100,0%
Occidental Urbana	7 33,3%	3 14,3%	7 33,3%	4 19,0%	21 100,0%
Occidental Rural	7 33,3%	7 33,3%	3 14,3%	4 19,0%	21 100,0%
TOTAL	30 35,7%	20 23,8%	18 21,4%	16 19,0%	84 100,0%

En el cuadro No 10. Se observa que el mayor porcentaje de las madres aprendieron de dar de lactar por instinto o por consejo de la madre, en la región occidental urbana también por indicación del personal medico.

Gráfico No 10. Aprendizaje de la lactancia materna



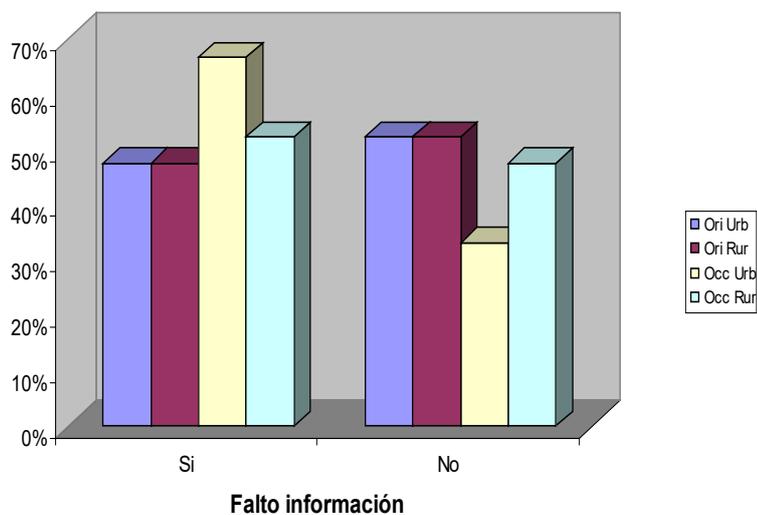
6.1.5.2.Falta de información

Tabla No 11. Falta de información

Región	Si	No	TOTAL
Oriental Urbana	10 47,6%	11 52,4%	21 100,0%
Oriental Rural	10 47,6%	11 52,4%	21 100,0%
Occidental Urbana	14 66,7%	7 33,3%	21 100,0%
Occidental Rural	11 52,4%	10 47,6%	21 100,0%
TOTAL	45 53,6%	39 46,4%	84 100,0%

En el cuadro No 11. Se observa que la mayoría de las madres de la región oriental, perciben que no les hizo falta información sobre la manera de dar de lactar. Al contrario, en la región occidental perciben que les hizo falta información sobre la técnica de dar de lactar.

Gráfico No 11. Falta de información



6.1.5.3.Cuidados para la madre

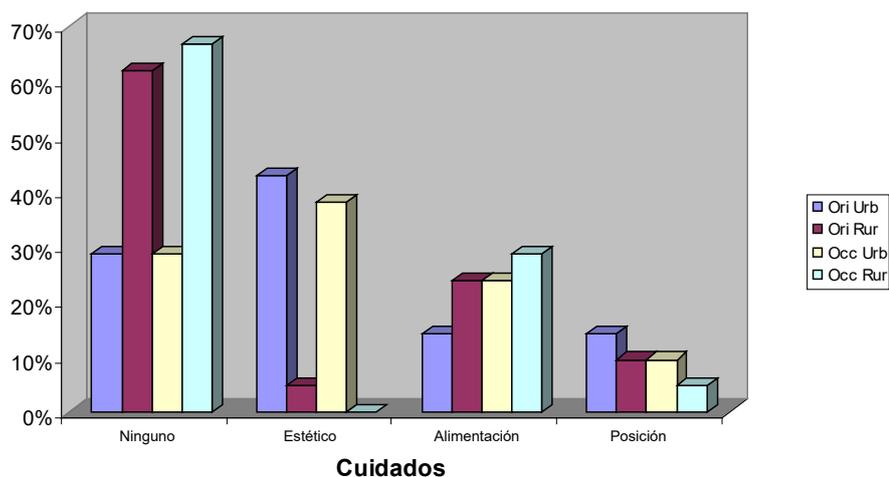
Tabla No 12. Cuidados para la madre

Región	Ninguno	Estético	Alimentación	Posición	TOTAL
Oriental Urbana	6 28,6%	9 42,9%	3 14,3%	3 14,3%	21 100,0%
Oriental Rural	13 61,9%	1 4,8%	5 23,8%	2 9,5%	21 100,0%
Occidental Urbana	6 28,6%	8 38,1%	5 23,8%	2 9,5%	21 100,0%
Occidental Rural	14 66,7%	0 0,0%	6 28,6%	1 4,8%	21 100,0%
TOTAL	39 46,4%	18 21,4%	19 22,6%	8 9,5%	84 100,0%

En el cuadro No 12. Se observa que el mayor porcentaje de las madres de las áreas urbanas, tomaron cuidado para si mismas en relación al factor estético.

En las madres de las áreas rurales no tomaron ningún cuidado para si mismas en la practica de la lactancia materna, lo cual puede significar que muchas madres de las áreas urbanas tomen la decisión de combinar la leche materna con sucedáneos con el fin de tomar cuidados para si mismas al dar de lactar sobre todo por el factor estético, al contrario de las madres del área rural.

Gráfico No 12. Cuidados para la madre



6.1.5.4. Cuidados para el niño

Tabla No 13. Cuidados Para el niño

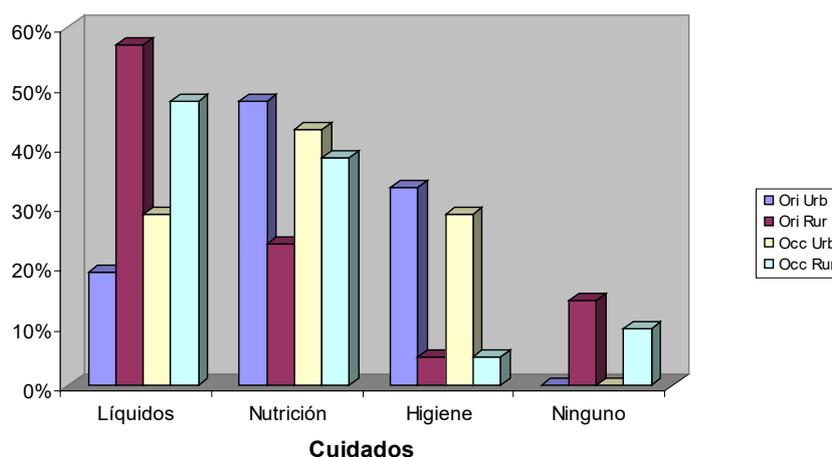
Región	Líquidos	Nutrición	Higiene	Ninguno	TOTAL
Oriental Urbana	4 19,0%	10 47,6%	7 33,3%	0 0,0%	21 100,0%
Oriental Rural	12 57,1%	5 23,8%	1 4,8%	3 14,3%	21 100,0%
Occidental Urbana	6 28,6%	9 42,9%	6 28,6%	0 0,0%	21 100,0%
Occidental Rural	10 47,6%	8 38,1%	1 4,8%	2 9,5%	21 100,0%
TOTAL	32 38,1%	32 38,1%	15 17,9%	5 6,0%	84 100,0%

En el cuadro No 13. Se observa que el mayor porcentaje de las madres de las áreas urbanas, tomaron cuidado para su adecuada nutrición para el bienestar de su hijo.

En las madres de las áreas rurales tomaron mayor cuidado con adecuada hidratación de si mismas a través de líquidos para la supuesta mayor producción de leche que este hecho conlleva por el bienestar de sus hijos. **EXPLICAR MEJOR SOBRE ESTE CONCEPTO DE MEJOR CUIDADO CON LA DOTACION DE LÍQUIDOS EN CUANTO ESTOS SUSTITUYEN A**

LA LECHE MATERNA, FRECUENTEMENTE LA DESNUTRICION PRECOZ COMIENZA POR LA SSUTITUCION DE LECHE POR AGUA, PROBGABLEMENTE ESTE NO ES EL CASO PERO DEBE ACLARAR MEJOR. (En realidad la hidratación es para si mismas , no para los niños, pues piensan que al hidratarse mas, producen mas leche)

Gráfico No 13.Cuidados Para el niño



CAPITULO VII

7. CONCLUSIONES

Sin lugar a dudas el análisis de la lactancia materna y la percepción que tienen las madres de las regiones occidentales en comparación con las orientales, ambas en sus áreas urbanas y rurales, revelaron interesantes resultados, es fundamental recalcar que las mayores diferencias se observaron en las áreas más que en las regiones en si.

Si bien a un principio se quisieron dilucidar las diferencias entre las regiones geográficas estudiadas, que se caracterizan por un gran contraste cultural; al momento de realizar las entrevistas y su posterior análisis se observó que las áreas urbanas se encuentran fuertemente influenciadas por la modernidad, y la corriente de la civilización occidental, hecho que conlleva a una gran similitud entre sí, aunque no equivalencia exacta, de tendencias **tradicionales y culturales** en la práctica de la lactancia materna.

En las áreas rurales sin embargo, pese a la gran heterogeneidad de situaciones que viven los bolivianos, en un país pluricultural y multilingüe, prevalecen las tradiciones ancestrales que unifican su experiencia cultural desde el altiplano hasta los llanos orientales. Las raíces culturales presentes que por siglos influyeron en la educación y formación de las madres, que al verse en la situación de dar de lactar acuden a ellas

En la percepción de las madres sobre la lactancia, se expresa la falta de información suficiente, científica y actualizada sobre aspectos básicos, en la producción de la leche y la saciedad del niño, muchas madres piensan que una razón para combinar la leche materna con leche artificial o simplemente dejar de dar de lactar es la escasez de leche, denominador común en todas las áreas.

La naturaleza y beneficios del calostro, en las áreas rurales de la región occidental las influencias culturales imponen la creencia de que el calostro debe desecharse, que lejos de ser un alimento primordial, al contrario es perjudicial para los niños causándoles disfuncionalidades fisiológicas, creencias que ancestralmente provienen de la cultura quechua, también las heridas en los pezones y el dolor que producen al dar de lactar originan una dificultad en el normal procedimiento de alimentación por medio de la lactancia.

En cuanto a su duración, en la lactancia materna existen muchas contradicciones y variaciones con respecto a su finalización, sin lugar a dudas en varios puntos no se pudo profundizar la información, ya que las respuestas no se sustentan en datos específicos o científicos, es solamente lo que perciben es lo correcto, la mujer occidental del área rural es muy arrecia a la posibilidad de la existencia de motivos para combinar la leche materna con la artificial, probablemente se deba a la falta de conocimiento en que las mujeres de las áreas rurales se encuentran sobre situaciones que pueden ser nocivas para el niño que lacta, y ya que no se cuenta con información adecuada que sustente esta suposición, se la menciona como posible tema de investigaciones futuras.

La mayor inserción de la mujer en el mercado de trabajo en todas las áreas de nuestro país, tanto en el sector de trabajo informal que no gozan de beneficios de ley por parte de un empleador, como las que pertenecen al sector formal que por desconocimiento o falta de cumplimiento de las normas laborales que amparan las licencias por maternidad y gozo de tolerancia para dar de lactar a sus hijos, además de los horarios de trabajo restringidos, se han visto en dificultad para revitalizar la práctica de la lactancia materna, razón por la que muchas madres a pesar de tener la ilusión y la voluntad de alimentar a sus hijos con su propia leche, se ven en la necesidad de recurrir a los productos artificiales.

A pesar de tener información sobre el tipo de alimentos complementarios que deben consumir los niños, por la pobreza, muchas madres no pueden acceder a ellos, generalmente las madres al comenzar con otro tipo de alimentos diferente a la leche recurren en la utilización primero de líquidos para la posterior inclusión de semisólidos de acuerdo a las posibilidades económicas y a la accesibilidad dentro del propio medio de estas, son las madres de las áreas urbanas quienes tienen mayor diversidad en la elección de los tipos de alimentos que le ofrecen sus hijos, no así las de las áreas rurales, que solo lo hacen con lo que les es accesible por su propia condición económica que generalmente es menor. La diferencia de valores en este tema, siempre presente, más que en regiones geográficas, en las zonas de asentamiento.

Sin lugar a duda, las madres piensan que es aconsejable y necesaria la inmediata iniciación de la lactancia materna después del parto, consideran que lo primordial es cubrir las necesidades alimenticias del niño, en el tiempo promedio de lactancia a los niños existe en particular mucha diversidad de refutaciones, el tiempo de lactancia exclusiva varió mucho de acuerdo a los hábitos del entorno social, criterios propios o influencia de opiniones externas.

En las áreas urbanas fue muy usual que las madres no dieran lactancia materna exclusiva en ningún momento a sus hijos, combinando con fórmula artificial desde que nacieron, sobre todo por discernimientos sociales de ser una práctica muy común y acertada.

Fue en el área rural donde se observó que la lactancia exclusiva tiene una mayor prevalencia, aunque tampoco se cumplen los seis meses antes de que se incrementen otros alimentos a la dieta del niño, pues las madres comienzan mucho antes.

La conciencia de las madres de lo beneficiosa que es la leche materna para sus hijos es general, varían los criterios del porque, pero es coincidente su apreciación.

El beneficio más mencionado es el aporte nutricional completo, que favorece al mejor desarrollo, además de las propiedades inmunológicas que adquieren con la leche materna. Hasta se llegó a hacer la inferencia de que ayuda a un mejor desarrollo intelectual.

En las áreas Urbanas reconocen que existe un contacto mas intimo entre madre e hijo formando lazos psicológicos que favorecen al niño. El que las madres de las áreas rurales no mencionaran este tipo de contacto se debe posiblemente a que no pueden expresar en palabras estos sentimientos, pero definitivamente si se observó como ellas casi en su generalidad, valoran en gran medida este contacto con sus hijos.

La afirmación de que de cierta manera es una forma de obligar a la madre a pasar tiempo al lado del niño obteniendo de esta manera lazos sentimentales entre ambos haciendo que los niños crezcan con personalidades más seguras, es un aporte directo para una posible campaña de promoción de la práctica de la lactancia materna.

La comodidad y practicidad de la lactancia materna, por la facilidad de administración, además de contar la leche con lo justo y adecuado para darle al niño sin necesidad de preparación y sin la incomodidad de cargar todos los implementos que requiere la leche artificial, la satisfacción y el disfrute de la madre al dar de lactar teniendo la certeza de tener un hijo saludable y feliz por estar vinculados a su madre fueron las mayores ventajas de dar de lactar para las madres que percibieron las mujeres en esta investigación.

También existe coincidencia en el pensamiento de que dar de lactar previene enfermedades propias de la mujer como es el Cáncer de mama y los quistes ováricos. Otra razón muy difundida es la de medio anticonceptivo, muchas madres aprecian la lactancia por que según ellas es un método seguro para no volverse a embarazar.

En el aspecto económico, la lactancia materna es considerada un gran beneficio para cuidar la economía del hogar, pues la lactancia artificial representa una inversión que muchas familias no están en condiciones de afrontar, incluso para el propio padre, la lactancia materna representa un gran beneficio, tanto para la salud y bienestar de sus hijos como para la economía del hogar.

En este último punto de la economía, sobre todo para los del área rural es muy importante, aunque en ciertos grupos culturales la percepción es que la crianza y educación de los hijos, es responsabilidad entera de las madres, como es el de la cultura quechua, el padre guaraní por el contrario se interioriza más, participando muy de cerca en el cuidado de los niños al respecto.

En las áreas urbanas, los maridos también piensan que la lactancia materna sirve para fortalecer los lazos conyugales, pues la alimentación de un fruto de la pareja, para algunos padres es algo muy emotivo y fundamental, pero la mayoría no siempre cuentan con el tiempo o con el interés para aportar opiniones a la decisión de dar o no de lactar al niño, pero existen algunos casos los maridos tratan de influenciar a sus esposas para combinar la leche materna con leche artificial para la supuesta mejor alimentación de sus hijos.

Las percepciones de que existan desventajas para el niño al darles de lactar son muy limitadas, son muy pocas las mujeres del área urbana que piensan que podría acontecer una patológica dependencia del niño a su madre por darle el pecho y eso tornaría el riesgo de que el destete sea algo traumante para él.

Un comentario que llamó la atención fue que el cáncer se podría transmitir por la leche materna, evidencia la falta de conocimientos adecuados, creando ideas falsas que obstaculizan la lactancia.

Al contrario del anterior criterio, si se perciben muchas desventajas para la madre, el desgaste físico y la no disponibilidad libre de tiempo para realizar otras actividades por dar de lactar, es una gran desventaja en la que coinciden madres de ambas zonas, arguyendo que no les permite desenvolverse como normalmente lo harían y que interfiere en sus actividades cotidianas, pues implica la responsabilidad de estar constantemente si no es en casa, por lo menos con el hijo cerca.

Descuidar a la pareja con respecto a tiempo y atenciones en la etapa en que se le da de lactar a los hijos para las madres de las áreas urbanas.

La mayoría de las madres de ambas áreas recibieron el consejo de sus madres a favor de la lactancia materna tratando de orientar a sus hijas en esta práctica, también las amigas, en menor frecuencia los maridos y la suegra intercedieron a favor de esta.

Además de la radio que en las áreas rurales son un medio muy difundido en los diarios quehaceres, motivo por el que goza de gran audiencia y popularidad, se tuvo conocimiento emite campañas a favor de la práctica de la lactancia materna que producen gran impacto entre las madres que la escuchan y también en las unidades educativas imparten charlas informativas.

A pesar de cualquier comentario o consejo acerca de la lactancia materna existen madres que decidieron tomar sus propias decisiones, haciendo caso omiso a las opiniones de otras personas o entidades.

En cuanto a como aprendieron las madres a dar de lactar, estuvo determinado a la persona que le dio las primeras pautas de la manera supuestamente adecuada de hacerlo, en su mayoría aprendieron a dar de lactar a través de los consejos de sus propias madres (abuela de los lactantes) que en base a su propia experiencia aconsejaron a sus hijas como dar de lactar a sus nietos y las discípulas se declararon satisfechas con las indicaciones recibidas.

La observación también sirvió de escuela para realizar la practica de la lactancia materna y finalmente muchas de las madres simplemente actuaron de la manera ancestralmente conocida: 'por instinto'.

Sin embargo es imprescindible hacer resaltar la existencia de declaraciones que denotaba la gran falta de indicaciones acertadas y profesionales del modo mas adecuado de dar de lactar a sus hijos, pues en el momento de hacerlo sintieron muchas inseguridades, en general las madres que manifestaron estas carencias son del área urbana, por que en el área rural se denota el gran grado de desconocimiento de la existencia de la existencia de una técnica para una adecuada forma de dar de lactar a los niños.

La adecuada alimentación e hidratación son los mayores cuidados que tomaron las madres para el bienestar de sus hijos y de ellas mismas y una suficiente hidratación para que se mantuviese o mejorase la cantidad de leche, dependiendo del área de procedencia es variable el tipo de alimentación, de acuerdo a sus posibilidades económicas y al accesibilidad de ciertos alimentos en las diferentes regiones.

En el área urbana cuidar la posición y el horario en la lactancia materna asimismo existe la opinión de cuidarse de alimentos que podrían dañar el bienestar de los niños a través de la leche y la higiene de los pezones antes de dar de lactar.

Una vez mas la diferencia de percepciones varia según el área donde se sitúan estas madres, culturalmente para las madres de las áreas rurales la lactancia materna que a pesar de ser una practica muy natural, tiene una gran significación en la supervivencia del niño, pero no necesita de cuidados extraordinarios o específicos para su realización fuera de una buena alimentación.

En cuanto al sector salud, se observó que en las áreas urbanas el medico tiene una gran influencia en las conductas que vayan a adoptar las madres en la practica de la lactancia materna, por su misma accesibilidad y la formación social que promueve ir al medico como algo bueno, es lamentables que algunos de los cuales emitieran consejos en contra de la exclusividad de lactancia, aunque estos no tienen la misma influencia en le área rural, donde la opinión mas influyente es en este caso de la madre.

Llama mucho la atención las recomendaciones por parte de profesionales médicos a una combinación de la leche materna con la artificial, o a la iniciación temprana de otros alimentos a partir de los 4 meses, pese a lo recomendado por los organismos internacionales de salud, que fomentan a una lactancia exclusiva por lo menos hasta los 6 meses de edad del niño.

Cabe recalcar que la participación del personal de salud en la enseñanza de las técnicas adecuadas para la realización de una correcta lactancia fue de una manera muy superficial, a pesar de que deberían de ser los pilares fundamentales para la enseñanza de esta, aun así, las madres que recibieron dicha orientación se declararon conformes, seguramente por el desconocimiento de la existencia de estas técnicas para dicha práctica.

Si bien el tema de la estética no estaba dentro de la planificación del estudio inicial, se juzgó conveniente incluirlo como una recopilación de datos de los anteriores cuestionamientos, pues es muy importante para un mejor entendimiento de la percepción de la belleza de las mujeres de las diferentes zonas, y su influencia en la decisión de la práctica de la lactancia materna, y se llegó a las siguientes conclusiones:

Otro de los motivos por los que la lactancia materna corre el riesgo de ser afectada es factor estético, en nuestro país con su pluriculturalidad existen conceptos diferentes de lo que es la belleza, en las áreas urbanas donde existe una corriente de la civilización occidental y modernista, la estética privilegia la armonía de un cuerpo delgado, y con pechos elevados, que las madres a veces prefieren no dar lactancia materna exclusiva en ningún momento a sus hijos y combinan con fórmula artificial desde que nacen, para mantenerse dentro de su conceptualización de belleza.

El cambio visual de los senos causado por dar de lactar, como la caída de su posición normal de antes de la lactancia ya sea de ambos o de uno solo debido a el crecimiento de un seno mas que del otro por la comodidad de dar de lactar de un seno mas que del otro, se conceptualiza como una desventaja estética de las que muy frecuentemente se quejan las madres de las áreas urbanas.

Es también común la inconformidad de las madres de estas áreas, el que la lactancia materna dificulta o entorpece el conseguir llegar a su peso antes de el embarazo, ya sea por sentir en la mayoría de los casos que subieron de peso y no consiguen perderlo, o en muy escaso porcentaje, ya demasiado delgadas y no poder ganarlo.

La mayoría de las madres de las áreas urbanas toman mucho cuidado en el factor estético, recurren a la utilización de productos para evitar la aparición de estrías, tomando las precauciones posibles para mantener la estética de la mama y utilizando protectores de senos para evitar manchas indeseables con la leche sobre todo en la región oriental, por el calor intenso, el continuo manchado de prendas íntimas e incluso blusas con la leche y su posterior olor desagradable, hecho que puede representar un inconveniente estético y para la relación de pareja según su propia percepción.

En relación a lo que piensa su pareja, en las áreas urbanas existen variedad de opiniones, algunas madres perciben que a sus parejas les agrada el hecho que sus esposas ganen volumen en las mamas cuando están dando de lactar, las encuentran mas atractivas, al contrario otros resienten los cambios físicos con respecto al aumento o disminución de peso haciéndolas menos atractivas.

Mientras que en las áreas rurales, la mujer bella de los pueblos originarios debe lucir rellena y fuerte, para que demuestre fortaleza para la reproducción, un concepto en función a la sobrevivencia, sin prestar mucha atención a que el pecho adquiriera el aspecto de caído, se quejan de bajar de peso como una gran desventaja al dar de lactar.

A manera de enriquecimiento del estudio de la percepción materna de la lactancia, se plantea como tema de posible investigación futura, la conducta que adopta la mujer que migra de provincia áreas urbanas en sus prácticas de lactancia materna, ya que la influencia de la ciudad puede estimular el abandono de las tradiciones culturales con respecto a dicha practica.

En el mercado farmacéutico, lamentablemente, se desconoce las normas del código de sucedáneos, puesto que a simple vista se ha observado que el fomento a uso de leches artificiales y mamaderas esta a vista del consumidor en sus vitrinas, se recomienda por lo tanto capacitar al personal farmacéutico en el cumplimiento ala código internacional, de esta manera se puede fomentar a las reglas estatales.

8. RECOMENDACIONES

Bolivia en su condición de país multicultural, multiétnico y multiecológico, posee muchas diferencias sociales tradicionales y culturales que varían de acuerdo a su situación geográfica, y donde las mujeres juegan roles trascendentales, uno de los más importantes el ser madre con la responsabilidad de alimentar adecuadamente a sus hijos para un apropiado desarrollo. La lactancia materna es un irremplazable ambiente facilitador para el éxito de esta tarea, además de permitir al bebé tener permanente contacto con su madre.

Si bien existe una ley Boliviana que ampara a la madre el dar de lactar, lamentablemente en algunas oficinas públicas y privadas, el empleador no reconoce los términos de este artículo, ya además la madre habitualmente desconoce la existencia de tal ley, por lo que generalmente opta por continuar con su trabajo y emplea la implementación de los sucedáneos.

En base a este criterio se recomienda adoptar medidas que aseguren a la madre que esta lactando y a su niño gocen de esta protección legal referida a la lactancia exclusiva entre empleador y empleado, mediante campañas de información y de monitorización en las empresas empleadoras.

Los resultados de esta investigación muestran que si bien existen campañas generales de fomento a la lactancia materna (campañas televisivas, spots radiales, afiches colocados en los centros de salud) es recomendable enfocar estas actividades dentro de un marco pluricultural y multiétnico que involucre las tradiciones, actitudes y creencias de las mujeres bolivianas dentro de su contexto cultural, tratando de dilucidar con ello los preconceptos y mitos equivocados en contra de la dicha práctica, que se deben frecuentemente a la falta de adecuada información.

En vista de que la estética juega un papel muy importante en la decisión de las madre en dar de lactar se propone una estrategia informativa que ponga en conocimiento de la población no solamente las ventajas de dar de lactar para la madre y para el niño, si no también las precauciones y cuidados que se pueden tomar tanto en el embarazo como en la etapa de lactancia para mantener a la madre saludable y con buena figura, sobre todo enfocadas para las zonas urbanas donde mayor interés le brindan a este punto.

Con respecto a la MELA (Método de lactancia y amenorrea), (Pág.23-24) es recomendable brindar una adecuada información a la madre en forma detallada sobre su correcto uso:

- Estar amamantando a su bebé en forma exclusiva o casi exclusiva (que al menos 85% de las mamadas sean al pecho de la madre).
- No tener su período menstrual.
- Que hayan transcurrido menos de seis meses después del parto.

Es de menester mencionar que en este ultimo punto, que este método tan promocionado en nuestro medio como que el amamantamiento prolongado da cierta protección contra el embarazo porque durante este período no hay menstruación ni ovulación, no debería representar seguridad absoluta como anticonceptivo eficaz cuando se desea evitar un embarazo, pues existen estudios que han demostrado un gran índice de ineficacia.

Cuando la percepción de la madre esta unida a una información apropiada, la decisión de la lactancia materna por parte de las madres, estará mejor enfocada a lo ventajoso de esta practica para sus hijos como para ella misma y no así **distorsionada** por supuestos propiedades anticonceptivos.

La experiencia de otros países ha visto apropiado para la madre que esta dando de lactar, el tener una lugar específico donde la madre que generalmente trabaja en industrias cumple con derechos de lactancia para sus niños utilizando tales instalaciones, por lo cual se recomienda que en las industrias donde el trabajo obliga a

no salir de sus fuentes de trabajo, busquen la creación de estos ambientes que fomente a la lactancia materna cumpliendo así con los derechos de legales de las madres.

Se sugiere crear una estrategia de lactancia materna no solo dirigida a la madre, si no a la pareja, ya que los resultados del estudio demuestran un comportamiento aislado de la figura paterna, o en su caso la obstaculización por parte de la madre, que no le permite participar en la decisión del tipo de alimentación que tendrá su hijo, logrando indirectamente el fortalecimiento de lazos conyugales.

En el área de salud asombrosamente existe una gran contradicción en las indicaciones y recomendaciones por parte de profesionales médicos en la combinación de la leche materna con la artificial, o a la etapa de iniciación de otros alimentos, pese a lo recomendado por los organismos internacionales de salud, que fomentan a una lactancia exclusiva por lo menos hasta los 6 meses de edad del niño, se observa que en muchos casos pareciera desconocerse tal recomendación o se hace caso omiso de la misma, incitando a dejar la exclusividad de la lactancia materna mucho antes de lo indicado, por lo que se recomienda una capacitación y normatización adecuada de las indicaciones de los profesionales responsables de tales practicas en el tiempo de iniciación de otros alimentos y en el uso correcto de los sucedáneos de la leche materna, cuando éstos sean necesarios, que este de acuerdo con una nutrición segura y suficiente para el niño, protegiendo y promoviendo la lactancia natural y asegurándola sobre la base de una información adecuada.

En el mercado farmacéutico, lamentablemente, se desconoce las normas del código de sucedáneos, puesto que a simple vista se ha observado que el fomento a uso de leches artificiales y mamaderas esta a vista del consumidor en sus vitrinas, se recomienda por lo tanto capacitar al personal farmacéutico en el cumplimiento ala código internacional, de esta manera se puede fomentar a las reglas estatales.

Frente a los resultados que citan que por parte del personal de salud, la madre no recibe una instrucción adecuada sobre la técnica que existe para la practica del amamantamiento ni antes ni después del parto, se sugiere realizar una capacitación al personal de salud (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermeras y responsables populares de salud) sobre las técnicas de amamantamiento. Es importante recalcar que

se debería realizar un monitoreo sobre el fomento de la lactancia materna en los diferentes centros de salud.

A manera de enriquecimiento del estudio de la percepción materna de la lactancia, se plantea como tema de posible investigación futura, la conducta que adopta la mujer que migra de provincia áreas urbanas en sus prácticas de lactancia materna, ya que la influencia de la ciudad puede estimular el abandono de las tradiciones culturales con respecto a dicha práctica.

El ideal sería emplazar a la lactancia materna exclusiva como una *norma social*. Para poder amamantar exclusivamente, y resistir las presiones y la tentación de dar otras comidas, las madres necesitan tener conocimiento preciso y un ambiente de apoyo favorable. Esto solo será posible cuando todos, incluidos profesionales de la salud, familiares y miembros de la comunidad sean informados con precisión y cuando la lactancia materna exclusiva se convierte en una *norma social*.

9. DISCUSIÓN

La lactancia materna es la continuación normal del nacimiento a la niñez, no necesita validación y ha sido demostrado una y otra vez y que constituye la piedra angular de la salud infantil. Las practicas de alimentación infantil, sean optimas o inadecuadas, tienen repercusiones a largo plazo.

De los millones de infantes que nacen en el mundo cada año, demasiados mueren como resultado de no haber sido amamantados y muchos mas sufrirán posteriormente de desnutrición que la lactancia materna pudo haber evitado, ofreciéndoles una protección inalcanzable por otro tipo de vías.

La percepción de las madres en la producción de leche, esta muy transgiversada de la realidad, la mayoría de las madres dejan de dar lactancia exclusiva a sus hijos por la percepción de que su leche no esta siendo producidas en cantidades suficientes o en su caso por que el niño no queda completamente satisfecho con solo la leche de su pecho y quiere seguir lactando. La teoría basada en estudios científicos muestra que la madre produce leche de acuerdo a la necesidad del niño, la producción de leche, se da en función de la demanda del niño, lo aconsejable, es que se deje elegir al niño cuánto y cuándo quiere comer. Los bebés nacen con un instinto de succión fuerte. El que el bebé quiera amamantar frecuentemente no quiere decir que no está recibiendo suficiente leche, como frecuentemente piensan la mayoría de las madres que dejan la lactancia exclusiva para combinarla con sucedáneos, por el mismo instinto de succión, siempre que el bebé tenga los ojos abiertos va a querer amamantar. Los bebés no parecen reconocer cuando están llenos hasta las 6 semanas de vida, chuparan de una mamadera aún cuando estén llenos; mientras más hábil es el bebé en el pecho, más rápido lo vacía, esto no significa de que exista menor producción de leche como piensan muchas madres, cuando la producción de la madre se ha ajustado a las necesidades de su bebe, hay bebés que vacían un pecho en 5 a 10 minutos, cada bebé tiene su propio ritmo de alimentación, así como cada mujer tiene su ritmo de emisión de leche. En la ingesta de

líquidos para la madre, esta muy difundida entre las madres entrevistadas la ingesta exagerada de líquidos con la finalidad de conseguir una mayor producción de leche, las madres hacen de todo para ingerir la mayor cantidad de líquidos posible con la firme convicción de que eso ayudara a una producción mayor, pero en realidad solo debería beber la cantidad que le apetezca. Sólo aquellas mujeres que notasen que la concentración de la orina es más densa o que tiene un olor fuerte deberían aumentar el consumo de líquido, por lo demás solo beber lo apetecible, el organismo pide lo que necesita. En el suministro de líquidos adicionales para el bebé, existen un porcentaje pequeño de madres que adicionan líquidos en la dieta de los niños pensando que lo benefician en su desarrollo, mientras que esto solo puede influir en que el niño después no mame lo suficiente, además de desorientarle, ya que el mecanismo de succión de un biberón es totalmente diferente a la técnica empleada a la hora de mamar.

El método de la amenorrea de la lactancia MELA, es un método anticonceptivo natural apoyado por el Ministerio de Salud que se basa en el efecto fisiológico de amamantar para suprimir la ovulación, a pesar de que los estudios muestran que, en realidad, el uso correcto del MELA es limitado. El amamantamiento prolongado da cierta protección contra el embarazo porque durante este período no hay menstruación ni ovulación. No obstante, no se puede tener plena confianza de la lactancia materna como un anticonceptivo eficaz cuando se desea evitar un embarazo.

En términos generales, la lactancia materna evita el embarazo en los primeros cuatro meses, siempre y cuando no se dé al bebé otro tipo de alimentación. Sin embargo, cuando la mujer está dando de lactar y se reinicia la menstruación, el embarazo se produce en un 22 % de los casos, inclusive dentro de los primeros tres meses, es aquí donde se observa las fallas del método, pues no existe una adecuada información. Muchas madres bolivianas practican la planificación familiar por este método natural, que como se ha visto en el estudio, existe un gran porcentaje de madres que lo toman como una ventaja de la lactancia materna y le tienen gran confianza, sin embargo aun siguiéndolo correctamente no es completamente seguro, dando sorpresas posteriores que afectan a la estabilidad familiar y económica de las propias madres.

Siempre y cuando sea utilizado y orientado de la manera adecuada, este método de planificación familiar podría ayudar a asegurar una mejor salud para las madres, los lactantes y los niños.

Dar el pecho, es el deseo de la gran mayoría de las mujeres que tienen un hijo, de hecho casi todas las mujeres lo ofrecen, pero muchas suelen tener problemas poco tiempo después debido principalmente a la falta de educación durante el embarazo el parto y el puerperio, dar de lactar es como el caminar, o como el uso de las manos para comer, ambos son productos del instinto y del aprendizaje. Si bien la madre instintivamente ofrece el pecho a su hijo luego de nacer, necesita aprender una técnica correcta que disminuirá la posibilidad de que el bebé sufra de gases que el pezón de la madre de desgarre, usualmente posterior a las grietas en los pezones aparece la obstrucción o congestión de los conductos lactíferos, actuando como factores contribuyentes el estrés y la fatiga, es aquí donde las madres dejan de dar de lactar, en especial la de las zonas urbanas, cuando la indicación correcta es precisamente la contraria, no se debe suspender la lactancia, la madre debería guardar reposo y amamantar con mayor frecuencia aun, ofrecer al niño primero el pecho comprometido y luego en posición y colocación apropiadas proceder a la extracción. En las áreas rurales, las madres, por la misma necesidad de dar de lactar a sus hijos, ya que es la única posibilidad de supervivencia de los mismos, sin saberlo, realizan el tratamiento correcto, mientras que en las áreas urbanas, pese a tener mayor grado de educación incurrir en el error de hacer completamente lo contrario, una vez más se evidencia que el grado de educación no tiene siempre que ver con la realidad de lo correcto si no hay una adecuada información de el tema en cuestión.

Existen amenazas constantes para socavar los frágiles logros de las campañas a favor de la lactancia materna tales como la influencia de la sociedad modernista y la industria de alimentos infantiles que realizan una fuerte inducción a la alimentación artificial, esto muestra que el grado de cultura no tiene que ver siempre con lo acertado de las decisiones, las madres de las áreas urbanas que supuestamente tiene un mayor grado de educación son las que en mayor frecuencia optan por los sucedáneos al considerarlos más beneficiosos y tener mayor acceso a ellos, tanto en el mercado como en la economía; al contrario, las madres de las áreas rurales por factores de supervivencia,

pues es la única manera que tienen de alimentar a sus hijos, pues la economía no les permite otra manera, son más aferradas a la lactancia materna exclusiva, sin tener un pleno conocimiento hacen realmente lo correcto beneficiando a sus hijos con todas las ventajas que conlleva tan noble práctica y se benefician indirectamente ellas mismas.

La recomendación por los organismos internacionales de salud que apoyan a la promoción de la lactancia materna exclusiva por lo menos hasta los 6 meses de edad del niño, esta siendo claramente pasada por alto por una gran parte de los profesionales responsables de la salud infantil y materna, con indicaciones de combinar la leche materna con artificial, e inicio de otros alimentos antes de la edad recomendada.

Pero la realidad es que un sustituto industrial, sintético y enlatado, que logra legitimarse solo a través de la manipulación, no puede competir con la superioridad y simplicidad de la alimentación originada por el pecho materno, que esta a disposición y accesibilidad de todos.

Se necesitaría hacer mucho para lograr la globalización de las medidas protectoras, como la implementación por parte del gobierno del Código Internacional de Sucedáneos y el establecimiento de medidas que regulen la comercialización de las fórmulas infantiles y alimentos complementarios, esfuerzos que se deberían realizar para recuperar el lugar que le corresponde a la lactancia materna como fundamento de la salud y crecimiento infantil saludable. Pero obviamente hay que tomar muy en cuenta la gran fuerza de la industria, su poder económico y financiero y su capacidad de influencia sobre la sociedad, los mercados, gobiernos y sistemas de salud; hasta como medio de conservar un estatus tanto en madres que combinan la leche materna, como en médicos que las indican.

Tal como es contemplado este acápite, es una forma de compromiso de la investigadora con la sociedad a cuyos intereses se supone que sirve la presente investigación, hacer notar que a pesar de los mejores intentos de las políticas gubernamentales de promocionar la lactancia materna, no denotan la garantía de contemplar todas las diferencias y detalles culturales que tienen tanta importancia para comprender la conducta humana de nuestra nación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gloria A. Pardo Martínez "Lactancia materna guía práctica para su manejo". Universidad Nacional de Colombia Coordinadora Distrital Plan De Apoyo a la Lactancia Materna Profesional Universitario Secretaria Distrital de Salud 1998
2. Zona Pediátrica <http://www.zonapediatrica.com/mod-htmlpages-display-pid-427.html> 2004.
3. Revista: "Mi bebé y yo" n° 55. Diciembre 1996.
4. Protección, promoción y apoyo de la Lactancia Natural. Declaración Conjunta OMS/UNICEF. Agosto 2004
5. Isabel Fdez. de Castello La revolución del nacimiento. En busca de un parto más humano y menos traumático. Capítulo "La lactancia", pág. 113-123. Editorial EDAF 1994.
6. "El fin de la cultura del biberón" Protocolo de promoción de lactancia materna. Marzo 2002
7. Sólo 30 de cada 100 bebés lactan después de los 4 meses. Las mamás que trabajan ya no amamantan: Edición El Diario jueves 31 de agosto de 2000, La Paz-Bolivia.
8. Campaña de promoción de la Lactancia Materna Exclusiva del Sedes: Edición periódico La Razón 26 de Marzo 2004.
9. "Dar de Mamar" El tema: "Semana Mundial de la Lactancia Materna" OMS Y UNICEF Agosto 2005.
10. La lactancia al pecho y su promoción. Revisión Acta Pediátrica Scanel 1988
11. No mejora la desnutrición en lactantes: Edición El Deber miércoles 20 de julio de 2005.

12. Noticias IBFAN Lecturas Lactancia N° 30 Diciembre 2000 British Medical Journal. Traducido al español por CAFEMINA Costa Rica
13. Efecto de la lactancia materna en enfermedades crónicas. Gillman MW, Rifas-Shiman SL, Carmargo CA Jr., Berkey CS, Frazier AL, Rockett HRH, et al. Risk of overweight among adolescents who were breastfed as infants. JAMA 2001; 285:2461-7.
14. Embarazo y familia edición Octubre 1998: Evita enfermedades y gastos económicos, amamanta a tu bebé.
15. Lactancia: " Dar de lactar al bebe no evita el embarazo"
Edición periódico: El Nuevo Día: 14 de marzo de 2005
16. Los cánones de la belleza de las culturas nativas
prensabolivia@interlatin.com 5 de agosto, 2003.
17. Federico Aguiló. Los cuentos, tradiciones o vivencias?.
Los amigos del libro 1982.
18. . Federico Aguiló. Enfermedad y salud según concepción Aymara-Quechua
Qori Llama. Sucre-Bolivia 1982.
19. *Lucas, U. (1998). "Accounting for the world" and "the world of accounting":
phenomenographic research in accounting education. Paper presented at .
20. Blanco R, Fonte GG. Aspectos inmunológicos de la lactancia materna. Rev
Cubana Med Gen Integr 1989; 5(4): 541-7.
21. Garza C, Shander RJ, Butle NF, Matel KJ. Propiedades especiales de la leche
humana. Cin Perinatal. 1987; 1: 11 - 34.
22. Bravo J. Ventajas del amamantamiento. En: Lactancia materna, conceptos
prácticos para médicos. México, 1989.
23. Marrero M, Álvarez M, Amador M. Estado actual de la lactancia materna en un
drea rural de Nicaragua. Rev Cubana Pediatr 1985; 57(6): 717-30.
24. Gómez BL. Mioterapia funcional. CERON. 1983;8(1):127 - 44. México.
Secretaría de Salud. Lactancia materna. Materiales para capacitación. México:
UNICEF, 1992:
25. Rodríguez GR, Shalfer LA. Nuevos conceptos de lactancia, su promoción y la
educación de los profesionales de la salud. Bol Of Sanit Panam 1991; 111: 1 –

26. Becar Varela, Carlos. 1986. El arte de amamantar a su hijo. Ediciones Machi. Argentina.
27. Becar Varela, Carlos. 1995. Lactancia Feliz. Grupo editorial Planeta. Argentina
28. UNICEF OMS. 1993. Práctica y promoción de la lactancia natural en hospitales amigos del niño. Argentina.
29. Manual de fórmulas lácteas, sustitutos y complementos nutricionales utilizados en pediatría. 1997. pp 2-15.
30. Dr. Ejgemberg y Psic. S. Defey: Preparación psicoprofiláctica y motivación de la madre y el padre.
31. Castellanos Cruz RC, Sotolongo Santos F. Leche humana: propiedades inmunológicas y antimicrobianas. Perinatal Reprod Hum 1990; 4: 32-8.
32. Family Health International. La lactancia materna como método de prevención de cáncer mamario. Network, 1989; 10 (3): 6-8.
33. Programa de salud de la mujer, Intendencia Municipal de Montevideo.
34. Jan Britten, Jane Moody, Karen Hogg: lactancia materna: todo lo que necesitas saber sobre la alimentacion mas sana y natural del bebe 1998, RBA Ediciones de Librerias, SA – Integral
35. Martha Heineman Pieper, William J. Pieper: NIÑOS FELICES Ed.Plaza & Janés Editores SA
36. Line Bareiro Consultora CEPAL: DERECHOS Y REPÚBLICAS DEMOCRÁTICAS CON IGUALDAD DE GÉNERO Matrices sobre igualdad/es y no discriminación, familias, derechos reproductivos, derechos sexuales, servicio militar. Seminario Reformas Constitucionales y Equidad de Género Santa Cruz, 21, 22 y 23 de febrero de 2005.
37. ENSA 2003 Encuesta Nacional de Demografía Y Salud 2003 Informe Preliminar.
38. Diario La Prensa SÓLO EN ESTA DÉCADA: DESNUTRICIÓN PUEDE COSTARLE A BOLIVIA \$US 1.000 MILLONES La Paz - Bolivia 27 de agosto de 2003.
39. Acción Internacional por la Salud (AIS). “Análisis Profiles de la Situación Nutricional en Bolivia al Alba del Tercer Milenio”, boletín de junio y julio 2003.
40. América Latina abriga las empresas más irresponsables del mundo. Edición del 25 de febrero del 2005 ADITAL Noticias de América Latina y el Caribe <http://www.adital.org.br/site/noticia.asp?lang=ES&cod=15483>

41. ENSA 1994 Encuesta Nacional de Demografía Y Salud

42. ENSA 1998 Encuesta Nacional de Demografía Y Salud

ANEXOS

Código Internacional de Sucedáneos de la Leche materna

El Código busca promover y proteger a la lactancia materna a través de prácticas que regulen la comercialización de los productos que se venden para la alimentación artificial.

El Código se aplica a leches artificiales para bebés y otros productos utilizados para la alimentación infantil, especialmente cuando se comercializan para ser utilizados en biberones o para bebés menores de seis meses de edad.

El Código también se aplica a los biberones y tetinas.

El Código contiene estas diez provisiones importantes:

- Ninguna publicidad al público sobre estos productos.
- Ningún suministro de muestras gratuitas para las madres.
- Ninguna promoción de productos en los centros de salud, incluyendo la distribución de suministros gratuitos o de bajo costo.
- Ningún representante de ventas de las compañías que aconseje a las madres.
- Ningún regalo, ni muestras para el personal de salud.
- Ninguna palabra o dibujo que idealice la alimentación artificial, ni retratos o fotos de infantes en las etiquetas de los envases de leche infantil.
- La información para el personal de salud debe ser científica y factual.
- Toda la información sobre alimentación infantil, incluyendo la que está en las etiquetas, debe explicar sobre los beneficios de la lactancia materna y sobre los costos y peligros asociados con la alimentación artificial.
- Productos inapropiados, como la leche condensada, no deben ser promocionados para bebés.
- Para evitar un conflicto de intereses el personal de la salud, que trabaja con relación a la salud infantil, nunca deben recibir apoyo financiero por parte de la industria de alimentos infantiles.

Los productores y distribuidores deben cumplir con todas las provisiones del Código, aun si en los países no se han adoptado leyes u otras medidas.

ANEXO No 1

Número y Códigos asignado a cada entrevistado.

1.	(OrU,27,C,1)	OrU=Oriental Urbana	27=Edad	C=Casada	1=No de hijos.
2.	(OrU,28,C,1)	OrU=Oriental Urbana	28=Edad	C=Casada	1=No de hijos.
3.	(OrU,35,C,3)	OrU=Oriental Urbana	35=Edad	C=Casada	3=No de hijos.
4.	(OrU,29,C,2)	OrU=Oriental Urbana	29=Edad	C=Casada	2=No de hijos.
5.	(OrU,36,C,3)	OrU=Oriental Urbana	36=Edad	C=Casada	3=No de hijos.
6.	(OrU,38,D,5)	OrU=Oriental Urbana	38=Edad	D=Divorciada	5=No de hijos.
7.	(OrU,35,Co,4)	OrU=Oriental Urbana	35=Edad	Co=Concubina	4=No de hijos.
8.	(OrU,26,Co,2)	OrU=Oriental Urbana	26=Edad	Co=Concubina	2=No de hijos.
9.	(OrU,31,S,1)	OrU=Oriental Urbana	31=Edad	S=Soltera	1=No de hijos.
10.	(OrU,28,S,1)	OrU=Oriental Urbana	28=Edad	C=Soltera	1=No de hijos.
11.	(OrU,25,Co,2)	OrU=Oriental Urbana	25=Edad	Co=Concubina	2=No de hijos.
12.	(OrU,30,C,3)	OrU=Oriental Urbana	30=Edad	C=Casada	3=No de hijos.
13.	(OrU,36,C,2)	OrU=Oriental Urbana	36=Edad	C=Casada	2=No de hijos.
14.	(OrU,23,S,1)	OrU=Oriental Urbana	23=Edad	S=Soltera	1=No de hijos.
15.	(OrU,31,C,3)	OrU=Oriental Urbana	31=Edad	C=Casada	3=No de hijos.
16.	(OrU,27,S,2)	OrU=Oriental Urbana	27=Edad	S=Soltera	2=No de hijos.
17.	(OrU,37,C,5)	OrU=Oriental Urbana	37=Edad	C=Casada	5=No de hijos.
18.	(OrU,41,C,7)	OrU=Oriental Urbana	41=Edad	C=Casada	7=No de hijos.
19.	(OrR,30,Co,2)	OrR=Oriental Rural	30=Edad	Co=Concubina	2=No de hijos.
20.	(OrR,34,Co,6)	OrR=Oriental Rural	34=Edad	Co=Concubina	6=No de hijos.
21.	(OrR,29,C,4)	OrR=Oriental Rural	39=Edad	C=Casada	4=No de hijos.
22.	(OrR,41,C,9)	OrR=Oriental Rural	41=Edad	C=Casada	9=No de hijos.
23.	(OrR,37,S,3)	OrR=Oriental Rural	37=Edad	S=Soltera	3=No de hijos.
24.	(OrR,25,Co,3)	OrR=Oriental Rural	25=Edad	Co=Concubina	3=No de hijos.
25.	(OrR,30,Co,4)	OrR=Oriental Rural	30=Edad	Co=Concubina	4=No de hijos.
26.	(OrR,24,Co,3)	OrR=Oriental Rural	24=Edad	Co=Concubina	3=No de hijos.
27.	(OrR,23,S,1)	OrR=Oriental Rural	23=Edad	S=Soltera	1=No de hijos.
28.	(OrR,31,C,4)	OrR=Oriental Rural	31=Edad	C=Casada	4=No de hijos.
29.	(OrR,39,D,3)	OrR=Oriental Rural	39=Edad	D=Divorciada	3=No de hijos.
30.	(OrR,25,S,2)	OrR=Oriental Rural	25=Edad	S=Soltera	2=No de hijos.
31.	(OrR,33,Co,3)	OrR=Oriental Rural	33=Edad	Co=Concubina	3=No de hijos.
32.	(OrR,30,C,5)	OrR=Oriental Rural	30=Edad	C=Casada	5=No de hijos.
33.	(OrR,23,C,2)	OrR=Oriental Rural	23=Edad	C=Casada	2=No de hijos.
34.	(OrR,37,Co,5)	OrR=Oriental Rural	37=Edad	Co=Concubina	5=No de hijos.
35.	(OrR,35,D,4)	OrR=Oriental Rural	35=Edad	D=Divorciada	4=No de hijos.
36.	(OrR,21,Co,2)	OrR=Oriental Rural	21=Edad	Co=Concubina	2=No de hijos.
37.	(OrR,36,C,4)	OrU=Oriental Rural	36=Edad	C=Casada	4=No de hijos.
38.	(OcU,29,D,1)	OcU=Occidental Urbana	29=Edad	D=Divorciada	1=No de hijos.
39.	(OcU,34,C,1)	OcU=Occidental Urbana	34=Edad	C=Casada	1=No de hijos.
40.	(OcU,29,D,1)	OcU=Occidental Urbana	29=Edad	D=Divorciada	1=No de hijos.
41.	(OcU,26,S,1)	OcU=Occidental Urbana	26=Edad	S=Soltera	1=No de hijos.
42.	(OcU,35,C,2)	OcU=Occidental Urbana	35=Edad	C=Casada	2=No de hijos.
43.	(OcU,25,C,1)	OcU=Occidental Urbana	25=Edad	C=Casada	1=No de hijos.
44.	(OcU,28,Co,2)	OcU=Occidental Urbana	28=Edad	Co=Concubina	2=No de hijos.

45. (OcU,27,C,2) OcU=Occidental Urbana 27=Edad C=Casada 2=No de hijos.
 46. (OcU,31,C,3) OcU=Occidental Urbana 31=Edad C=Casada 3=No de hijos.
 47. (OcU,35,C,4) OcU=Occidental Urbana 35=Edad C=Casada 4=No de hijos.
 48. (OcU,30,C,3) OcU=Occidental Urbana 30=Edad C=Casada 3=No de hijos.
 49. (OcU,29,S,2) OcU=Occidental Urbana 29=Edad S=Soltera 2=No de hijos.
 50. (OcU,22,Co,1)OcU=Occidental Urbana 22=Edad Co=Concubina 1=No de hijos.
 51. (OcU,31,Co,2)OcU=Occidental Urbana 31=Edad Co=Concubina 2=No de hijos.
 52. (OcU,27,Co,3)OcU=Occidental Urbana 27=Edad Co=Concubina 3=No de hijos.
 53. (OcU,33,D,2) OcU=Occidental Urbana 33=Edad D=Divorciada 2=No de hijos.
 54. (OcU,37,C,4) OcU=Occidental Urbana 37=Edad C=Casada 4=No de hijos.
 55. (OcU,27,C,2) OcU=Occidental Urbana 27=Edad C=Casada 2=No de hijos.
 56. (OcU,29,C,3) OcU=Occidental Urbana 29=Edad C=Casada 3=No de hijos.

57. (OcR,26,Co,2) OcR=Occidental Rural 26=Edad Co=Concubina 2=No de hijos.
 58. (OcR,39,S,2) OcR=Occidental Rural 39=Edad S=Soltera 2=No de hijos.
 59. (OcR,31,C,2) OcR=Occidental Rural 31=Edad C=Casada 2=No de hijos.
 60. (OcR,24,Co,2) OcR=Occidental Rural 24=Edad Co=Concubina 2=No de hijos.
 61. (OcR,35,C,1) OcR=Occidental Rural 35=Edad C=Casada 1=No de hijos.
 62. (OcR,32,Co,4) OcR=Occidental Rural 32=Edad Co=Concubina 4=No de hijos.
 63. (OcR,24,Co,3) OcR=Occidental Rural 24=Edad Co=Concubina 3=No de hijos.
 64. (OcR,23,Co,2) OcR=Occidental Rural 23=Edad Co=Concubina 2=No de hijos.
 65. (OcR,35,Co,4) OcR=Occidental Rural 35=Edad Co=Concubina 4=No de hijos.
 66. (OcR,39,C,6) OcR=Occidental Rural 39=Edad C=Casada 6=No de hijos.
 67. (OcR,37,Co,5) OcR=Occidental Rural 37=Edad Co=Concubina 5=No de hijos.
 68. (OcR,38,C,7) OcR=Occidental Rural 38=Edad C=Casada 7=No de hijos.
 69. (OcR,24,Co,4) OcR=Occidental Rural 24=Edad Co=Concubina 4=No de hijos.
 70. (OcR,29,Co,5) OcR=Occidental Rural 29=Edad Co=Concubina 5=No de hijos.
 71. (OcR,24,Co,2) OcR=Occidental Rural 24=Edad Co=Concubina 2=No de hijos.
 72. (OcR,39,C,8) OcR=Occidental Rural 39=Edad C=Casada 8=No de hijos.
 73. (OcR,21,Co,2) OcR=Occidental Rural 21=Edad Co=Concubina 2=No de hijos.
 74. (OcR,28,Co,3) OcR=Occidental Rural 28=Edad Co=Concubina 3=No de hijos.
 75. (OcR,30,C,2) OcR=Occidental Rural 30=Edad C=Casada 2=No de hijos.
 76. (OcR,37,Co,4) OcR=Occidental Rural 37=Edad Co=Concubina 4=No de hijos.
 77. (OcR,28,Co,6) OcR=Occidental Rural 28=Edad Co=Concubina 6=No de hijos.

VARIABLES PARA MADRES LACTANTES

	VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERATIVA	NIVEL DE MEDICION	CATEGORIAS Y VALORES	INSTRUMENTOS
Explorar la percepción sobre las características la lactancia materna en regiones occidentales y orientales.	Periodo de lactancia materna	Tiempo cronológico desde el inicio hasta el final de la lactancia	Tiempo en meses Edad de suspensión de la lactancia	Variable Continua Categorica	1 Menos de 6 meses 2 Menos de 1 año 3 Hasta 1 año 4 Más de 1 año	Codificación de las variables de la entrevista a profundidad
	Razones para combinar leche materna con artificial	Motivo para adjuntar leche artificial a la lactancia materna	Percepciones culturales Biológicas Estilote vida Influencia externa	Variable Nominal	1 Escasez de leche 2 Falta de tiempo o razones de trabajo. 3 Heridas en los pechos 4 No hay que combinar 5 Por orden medica	Codificación de las variables de la entrevista a profundidad
	Edad de inicio de otros alimentos	Edad de comienzo de una alimentación diferente a la leche	Tiempo en meses	Variable categórica	1 Menos de 1 mes 2 Menos de 3 meses 3 Menos de 6 meses 4 6 meses 5 Menos de 1 año	Codificación de las variables de la entrevista a profundidad
	Razones para no dar de lactar	Motivos para no proporcionar al niño alimentación en base a leche de la progenitora	Percepciones culturales Biológicas Estilote vida Influencia externa	Variable, Nominal,	1 Enfermedad 2 Ingesta de Medicamentos o alcohol 3 No existen motivos 4 Estética 5 Pezones heridos. 6 Otros	Codificación de las variables de la entrevista a profundidad

	Tipo de alimentación por edades	Clase de alimentación por tiempo cronológico de vida	Tiempo en meses Tipo de alimentos	Variable, Nominal, Categórica	1 Mes	1 Solo Pecho 2 Pecho y leche de tarro 3 Pecho y líquidos	Codificación de las variables de la entrevista a profundidad
					3 Meses	4 Pecho, leche de tarro y líquidos 5 Pecho, líquidos y sólidos	
					6 Meses	6 Pecho, leche de tarro, líquidos y sólidos 7 Leche de tarro, líquidos y sólidos	
Describir las ventajas y desventajas de la lactancia materna, que las madres perciben en ambas regiones en sus respectivas áreas tanto urbanas como rurales.	Ventaja de lactar	Hechos relacionados al beneficios de proporcionar alimentación en base a leche de la progenitora	Para el niño Para la madre Para la pareja Otras	Variable Nominal	Para el niño	1 Nutrición – desarrollo 2 Inmunidad – defensas 3 Lasos emocionales 4 Otros	Codificación de las variables de la entrevista a profundidad
					Para la madre	1 Comodidad 2 Estética- bajar de peso 3 Satisfacción como madre 4 Prevención de enfermedades	
					Otras ventajas	1 Económico 2 No hay más beneficios	
					Para la pareja	1 Si 2 No 3 Es indiferente	

						4 No tengo pareja	
	Desventaja de dar de lactar	Hechos relacionados al no beneficio de proporcionar al niño alimentación en base a leche de la progenitora	Emocionales Percepciones culturales Biológicos Estilo de vida Influencia externa	Variable Nominal, Categorica	Para el niño	1 No hay desventaja 2 Dependencia de la madre 3 Otros	Codificación de las variables de la entrevista a profundidad
					Para la madre	1 No hay desventajas 2 Antiestética en el seno 3 Engordar 4 Enflaquecer 5 Desgaste Físico 6 Quita tiempo	
					Relación de pareja	1 El mal olor de la leche en la ropa 2 Descuidar a la pareja 3 Estética deformada 4 Interrupción en la intimidad 5 Ninguna 6 No tengo pareja	

Describir los factores externos (comentarios rumores, consejos) que influyen en la percepción de la madres sobre la lactancia materna.	Factores externos	Conocimientos, creencias populares sobre la lactancia que influyen en la practica de la misma	Influencia externa Persona Tipo de influencia	Variable, Nominal, Categórica	Persona que aconsejó	1 Madre 2 Amigas 3 Marido 4 Suegra 5 Medico 5 Otros	Codificación de las variables de la entrevista a profundidad
					Influencia	1 Si 2 No	
					Tipo	1 Favorable 2 Desfavorables	
Explorar las percepciones sobre las prácticas de la lactancia (como aprendizaje, técnica, duración de esta).	Aprendizaje de la lactancia	Modo de adquirir el conocimiento para dar de lactar.	Percepción personal Influencia externa	Variable Nominal.	1 Por Instinto 2 Su madre le enseñó 3 Indicación del personal medico 4 Observación		Codificación de las variables de la entrevista a profundidad
	Suficiencia de la información de cómo dar de lactar	Conocimiento necesario de la manera de realizar la lactancia	Suficiente Insuficiente	Variable Nominal, Dicotómica	1 Si 2 No		Codificación de las variables de la entrevista a profundidad
	Cuidados en la lactancia materna	Tipo diligencia y atención puesta en la ejecución de la lactancia materna	Percepciones culturales Biológicas Nutricionales Higiénicos, para la madre y para el niño	Variable Nominal, Categórica	Para la madre	1 Ninguno 2 Estético-Estrías 3 Buena alimentación 4 Posición	Codificación de las variables de la entrevista a profundidad
				Para el niño	1 Ingesta de líquidos 2 Buena alimentación 3 Higiene 4 Ninguno		

DIARIO DE CAMPO

Lunes 15 de Noviembre 2004

Pase por la farmacia antes de ir a la posta de salud del mercado central en Sucre, y me llamo la atención la gran cantidad de propaganda de sucedáneos de leche materna ostentosamente visible en todo ese expendio de medicamentos, a modo de conversación, le pregunte a la farmacéutica (de la que por cierto soy cliente), si conocía las normativas del código internacional de sucedáneos, esta al principio se mostró un poco confusa y luego me dijo que había escuchado alguna vez sobre ello, pero que no sabia con exactitud de lo que se trataba, cuando le comente a grandes rasgos que la propaganda que tenia en su farmacia estaba en contra de este código, me respondió que aquí nadie hace caso de esa cosas, que todo el mundo hace la propaganda que le da la gana, y que ella solo cumplía con lo que le pedían los proveedores de dichos productos poniendo las propagandas en su negocio, que por otro lado eran muy tiernas por que tenían bellas fotos de bebes a veces con sus madres.

Martes 7 de Diciembre 2004

En el hospital de Yotala estuve toda la mañana intentando entablar conversación con alguna de las madres que asistían a la consulta medica, me hizo mucha falta conocer el idioma, la gran mayoría de las señoras no me entendía o yo no entendí lo que me querían decir, definitivamente tengo que conseguirme un interprete confiable, yo sola dudo que pueda encontrar información importante, no entiendo absolutamente nada.

Sábado 29 de Enero 2005

Me invitaron a la comunidad de Pipi un área poblada a 18 Km. De Camiri, un calor increíble, los mosquitos casi me comen viva, la gente muy amable, las madres muy cooperadoras y prestas a dar información, a pesar de las grandes carencias económicas y de servicios básicos de esa gente, se nota la importancia que le dan al acto del amamantamiento, no solo es bueno en la economía, es bien visto ante la sociedad, las madres que dan de lactar son respetadas y ocupan un lugar privilegiado en la sociedad.

Miércoles 2 de Febrero 2005

Mientras esperaba la llegada de alguna madre a la consulta odontológica del hospital de la Villa Primero de Mayo en Santa Cruz, casualmente entable conversación con uno de los médicos que pasaba por ahí, me pregunto que era lo que estaba investigando, y le dije mas o menos de lo que se trataba, aproveche entonces en preguntarle que pensaba el de la exclusividad de la lactancia materna, el me respondió que era muy buena, pero que las madres no siempre tenían las ganas o el tiempo para darles a sus hijos solo pecho, entonces ellos no tenían ningún problema en recetarles algún sucedáneo de acuerdo a su edad “si pueden pagarla que la compren, además hay muchas madres que no tienen leche suficiente y tiene que dar mamadera” fue lo que dijo, entonces le pregunte si sabia de las recomendaciones de la OMS y de la UNICEF que recomiendan el tiempo mínimo de 6 meses, el me dijo que si lo sabia, que el ministerio lo promociona, pero que no era una norma y que debía actuar según criterio y de acuerdo a las necesidades de las madres, entonces llego una señora con dos hijitos pequeños y el medico me presento para poder realizarle a ella la entrevista a profundidad y no pudimos conversar mas sobre el tema.

GUIA DE ENCUESTA CUANTITATIVA

1. Características de la lactancia materna

1.1. Según su opinión hasta cual de estas edades del niño una madre debe darle de lactar.

- a) Menos de 6 meses
- b) Menos de 1 año
- c) Hasta 1 año
- d) Más de 1 año

1.2. Según su opinión por cual de estas razones se debe combinar la leche materna con la leche artificial.

- a) Escasez de leche
- b) Falta de tiempo/Trabajo
- c) Heridas en los pechos
- d) No hay que combinar
- e) Por orden medica

1.3. Según su opinión en cual de estas etapas se debe iniciar con otros alimentos.

- a) Menos de 1 mes
- b) Menos de 3 meses
- c) Menos de 6 meses
- d) 6 meses
- e) Menos de 1 año

1.4. Cual de estas piensa que seria la razón por las que no se debería de dar de lactar a un niño.

- a) Enfermedad
- b) Ingesta de medicamentos o alcohol
- c) No existen motivos
- d) Estética
- e) Pezones heridos.
- f) Otros

2. Prácticas de alimentación

2.1. Al 1 mes de vida cual de las alternativas usted utilizaba en la alimentación del niño.

- a) Solo Pecho
- b) Pecho y leche de tarro
- c) Pecho y líquidos
- d) Pecho, leche de tarro y líquidos
- e) Pecho, líquidos y sólidos
- f) Pecho, leche de tarro, líquidos y sólidos
- g) Leche de tarro, líquidos y sólidos

2.2. A los 3 meses de vida cual de las alternativas usted utilizaba en la alimentación del niño.

- a) Solo Pecho
- b) Pecho y leche de tarro
- c) Pecho y líquidos
- d) Pecho, leche de tarro y líquidos
- e) Pecho, líquidos y sólidos
- f) Pecho, leche de tarro, líquidos y sólidos
- g) Leche de tarro, líquidos y sólidos

2.3. A los 6 meses de vida cual de las alternativas usted utilizaba en la alimentación del niño.

- a) Solo Pecho
- b) Pecho y leche de tarro
- c) Pecho y líquidos
- d) Pecho, leche de tarro y líquidos
- e) Pecho, líquidos y sólidos
- f) Pecho, leche de tarro, líquidos y sólidos
- g) Leche de tarro, líquidos y sólidos

3. Ventajas y Desventajas.

3.1. Cuales de las siguientes piensa usted es la mayor ventaja de dar de lactar para su niño.

- a) Nutrición - desarrollo
- b) Inmunidad - defensas
- c) Lasos emocionales
- d) Otros

3.2. Cuales de las siguientes piensa usted es la mayor ventaja de dar de lactar para la madre.

- a) Comodidad
- b) Estética-bajar de peso
- c) Satisfacción como madre
- d) Prevención de enfermedades

3.3. Con cual de estos otros beneficios esta usted de acuerdo.

- a) Económico
- b) No hay más beneficios

3.4. Su pareja piensa que es ventajosa la lactancia materna.

GUIA DE ENTREVISTA

1. Percepción de la lactancia materna

1.1 percepción de las características de la lactancia

- Según su opinión ¿cuándo una madre debe dar de lactar a su hijo?
- ¿Cuándo (razones, motivos o circunstancias) piensa usted que se puede combinar con leche artificial?
- ¿Cuándo iniciar otros alimentos? ¿Cuáles? ¿A qué edades?
- ¿Cuándo (razones o motivos) no debería dar de lactar a su hijo? ¿Cuáles serían las razones o motivos?

2. Ventajas y desventajas

2.1 Ventajas

- ¿Según su opinión las ventajas o beneficios tiene el dar de lactar a los hijos para el niño?
- ¿Según su opinión las ventajas o beneficios tiene el dar de lactar a los hijos para la madre?
- ¿Qué otros beneficios percibe?
- ¿Qué piensa su pareja?

2.2 Desventajas

- ¿Según su opinión qué desventajas tiene el dar de lactar a los hijos para el niño?
- ¿Según su opinión qué desventajas tiene el dar de lactar a los hijos para la madre?
- ¿Según su opinión qué desventajas tiene el dar de lactar a los hijos para la relación de pareja?

3. Factores externos

3.1 Influencia de Factores externos

- ¿Cuales comentarios (vecinos, amigos, conocidos, población en general) han llegado a usted acerca de la lactancia materna?
- ¿Cuales han influido en usted acerca de la lactancia para los hijos?

4. Prácticas

4.1 Aprendizaje

- ¿Cómo piensa usted que una madre aprende a dar de lactar? ¿Quién le enseñó?
- ¿Estuvo satisfecha con las indicaciones? ¿O piensa que le hizo falta algún otro conocimiento?

4.2 Técnica de la lactancia

- ¿Que cuidados piensa que se debe tomar al dar de lactar para usted misma?
- ¿Que cuidados piensa que se debe tomar para dar de lactar para su hijo?

4.3 Duración de la lactancia

- ¿Cuánto tiempo en promedio ha dado de lactar a sus hijos?
- ¿Cuáles serían las razones o motivos?