

**BO
WS125
G182I**

S DE MEDICINA SOCIAL

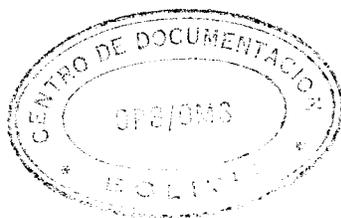
Nº 2

LACTANCIA MATERNA

**UN APORTE DE LA MUJER
A LA REPRODUCCION SOCIAL**

1992

MEDICON
MEDICOS CONSULTORES



**LACTANCIA MATERNA
EN LA
CIUDAD DE LA PAZ
1970 - 1990**

**Alberto de la Gálvez Murillo
Ramiro Pando Miranda
Mario E. Padilla C.**

©MEDICOS CONSULTORES

Queda hecho el depósito
D.L. 4 - 1 - 669 - 92
Primera edición, septiembre 1992
Printed in Bolivia

Esta publicación es propiedad de MEDICON
Queda prohibida su reproducción parcial o total
por cualquier medio electrónico o mecánico
Pedidos: Casillas 2919 y 72448

Impreso en EDITORA ATENEA S.R.L.
Teléfono 341984, La Paz - Bolivia

INDICE

PRESENTACION	Pag. 3
PASADO Y PRESENTE	" 5
Implicaciones religiosas, mitológicas, culturales y de política sanitaria. Investigaciones sobre lactancia materna en Bolivia. Duración de la lactancia materna en Bolivia. La lactancia materna como carga de trabajo para la mujer. Nuestra fuente de datos.	
INFLUENCIA DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y DE OTROS PROCESOS SOCIALES EN LA PRACTICA DE LALACTANCIA MATERNA.....	" 13
Influencia de las prácticas hospitalarias. Duración de la lactancia materna por clase social. Lactancia materna según tipo de trabajo de la madre. Ablactación.	
LACTANCIA MATERNA: ENTRE LO SOCIAL Y LO BIOLOGICO	" 27
Relación de la lactancia materna con el ingreso familiar, con el número de hijos y con el nivel de instrucción de la madre. Influencia de la lactancia materna en el espaciamiento de los hijos.	
LACTANCIA MATERNA: ¿MEDIACION ENTRE LA VIDA Y LA MUERTE?	" 38
Duración de la lactancia materna en hijos previos actualmente vivos y en los fallecidos. No lactancia entre hijos previos actualmente vivos y en los fallecidos. No lactancia por clase social. Lactancia materna y causas biológicas de defunción.	

LACTANCIA MATERNA EN LA CRISIS	" 46
Tendencia de la lactancia materna en la ciudad de La Paz entre 1970 y 1989. Tendencia de la ablactación hasta los 12 meses de edad, entre 1970 y 1989.	
EL FUTURO	" 53
Elementos para una visión científica del proceso nutricional y de la lactancia materna.	
REFERENCIAS	" 58
ANEXOS (1 al 10)	" 65

P R E S E N T A C I O N

Hemos escuchado decir con insistencia que la lactancia materna es un arte que se tiene que aprender. La mujer, afectada por la publicidad y la pérdida de prestigio del amamantamiento, lo abandonaría más temprano que tarde por desconocer la fisiología de la producción de leche, las técnicas y posiciones para amamantar, y por la falta de apoyo de mujeres más experimentadas.

Por tanto, la lactancia materna es considerada una práctica que resultaría de procesos educativos y afectivos, que al ser estimulados con diversos mecanismos, en especial a partir de los establecimientos de salud, permitirían superar cualquier problema, en especial la duración.

Pero pocos perciben que la lactancia materna es un trabajo, tanto biológico (producción de leche con inversión de calorías provenientes del organismo de la mujer) como social (tiempo invertido), destinado a sustentar la reproducción social de la colectividad, pero en especial de los grupos humanos más desprotegidos, en una etapa de alta vulnerabilidad y dependencia de la vida del ser humano.

La sociedad percibe esa vulnerabilidad, pero la carga a la cuenta de la mujer en aras del "instinto maternal".

La lactancia materna no es arte ni instinto, es trabajo que le ahorra a la sociedad dineros en alimentos y servicios de salud.

Pero, la grandiosidad de la lactancia materna acaba no pocas veces en tragedia, no tanto por falta de reconocimiento social que la mujer soporta con dignidad, como porque la propia sociedad, organizada en clases, se encarga de generar procesos patógenos destructivos, borrando de la faz de la tierra a muchos de los pequeños ciudadanos que las mujeres protegieron y preservaron como capital humano en los seis primeros meses de vida.

La presente publicación tiene el propósito de revalorizar la lactancia materna como práctica social, y reponer su carácter de trabajo porque es parte de la doble o triple carga laboral que las mujeres tienen que enfrentar.

La base de datos utilizada es la del estudio: "Mortalidad infantil en la ciudad de La Paz. El efecto silencioso de la crisis", publicado en mayo de 1992 (Temas de Medicina Social No. 1). No se trata, por tanto, de una investigación específica sobre el tema.

Como siempre, nuestro trabajo está dedicado a las mujeres y niños bolivianos, en especial a los de las clases sociales empobrecidas.

M E D I C O N



PASADO Y PRESENTE

La lactancia materna es una de las primeras formas de autoasistencia que ha conocido la humanidad junto con la atención del parto (1,2). Constituye, por tanto, una de las potencialidades de la colectividad en favor de la salud de los nuevos ciudadanos, aunque la organización de la sociedad en clases y los intereses comerciales están influyendo negativamente en su práctica, hasta el punto de haber generado un contravalor como es la lactancia artificial.

La lactancia materna como una expresión del proceso nutricional, tiene diversas implicaciones, desde religiosas y mitológicas, hasta culturales y de política sanitaria.

En lo religioso, están los escasos cuadros artísticos que muestran a la Virgen María alimentando al pecho al Niño Jesús.

La mitología relata el poderoso reflejo de eyección que provocó Hércules cuando recién nacido, del pecho de Hera, esposa de Zeus; la leche de la diosa se esparció por el universo. Esa leche (en griego, gala, galactos), creó una galaxia, nombrada "La Vía Láctea"(3).

En lo cultural y mítico, destaca la leyenda quechua de la doncella Isicha Puytu, que fue a parar a la casa del señor de la comarca gracias a su belleza. La imilla, dichosa de su suerte, rechazó primero a sus hermanos y después al padre, desconociéndolos como a tales. La madre, atormentada, en su intento de recuperar a la hija, sufrió peores humillaciones. Entonces, la madre se descubrió el pecho, lo exprimió en señal de que derramaba su leche al suelo, y pronunció la maldición suprema: "Con ésto has de encontrar la vida eterna". Al día siguiente Isicha Puytu fue encontrada muerta(4).

En lo que toca a la política sanitaria internacional, vale la pena destacar tres hechos: 1) El Código Internacional de Sucedáneos de la Leche Materna(5); 2) El programa GOBI (control de crecimiento, lactancia materna, inmunizaciones y utilización de sobres de rehidratación oral) del UNICEF, vigente en los primeros años de la década 80 y, 3) la declaración conjunta OMS/UNICEF, relativa a la protección, promoción y apoyo de la lactancia natural(6), en la que se destaca, por ejemplo, diez pasos hacia una feliz lactancia natural.

En el ámbito nacional, hay también acontecimientos dignos de mención. El primer Comité Nacional de Fomento de la Lactancia Materna, fundado en 1983(7); el primer Seminario-Taller Nacional de Alojamiento Conjunto, celebrado en 1984(8), el Reglamento de Comercialización de Sucedaneos de la Leche Materna (9), así como la incorporación cada vez mayor de aspectos relativos a la lactancia natural en las normas nacionales de atención al niño y a la mujer, del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública(10,11), además de otras publicaciones(12-14).

Investigaciones sobre lactancia materna en Bolivia

La lactancia materna es un componente de la salud materno infantil que ha sido estudiado de manera parcial, insuficiente y sesgada. **Parcial**, porque los datos que se averigua están referidos básicamente a la duración en días o meses; **insuficiente**, porque sólo se desentraña lo que hace y sabe la población y poco en relación al personal de salud; **sesgada**, porque al ser considerada parte del "instinto maternal" y por tanto una obligación de la madre hacia el niño, se deja de lado un hecho tan fundamental y cotidiano como es el trabajo femenino en cuanto doble o triple jornada laboral(15), así como lo concerniente al grupo social al que la familia pertenece.

En Bolivia se ha realizado dos estudios específicos(16,17), y cuatro no específicos porque además de la lactancia materna,

abordan otras áreas de la salud materno infantil(18-21). Hay, también, varios pequeños trabajos de investigación y numerosos artículos(22-32). Todas las publicaciones mencionadas aparecieron entre 1980 y 1990, aunque ha existido un vacío entre 1987 y 1989.

Lamentablemente, las investigaciones referidas a duración de la lactancia materna no son comparables, porque además de lo relativo al procedimiento muestral y ámbito del estudio, la población de niños estudiada es diferente; así, menores de tres años destetados(16), menores de 2 años(18), menores de 6 años(20) y niños nacidos entre 1 y 59 meses anteriores a la encuesta(21). Por tanto, no es posible afirmar con alto grado de certeza la tendencia de la duración de la lactancia materna en Bolivia o en alguna región en particular, situación que la presente investigación pretende cubrir por lo menos para el período 1970-1989, en la ciudad de La Paz, además de otros aspectos no investigados hasta el presente.

Duración de la lactancia materna en Bolivia

Para este propósito, el estudio a considerar es el realizado por el Instituto Nacional de Estadística, en el marco de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 1989(21).

Sin embargo, la encuesta ha generado hasta el presente dos publicaciones: la primera con información inicial(21) y la segunda en profundidad(33), esta última en inglés.

Para el caso de la información relativa a lactancia materna, los datos que aparecen publicados en los documentos mencionados no son coincidentes, aunque la diferencia es pequeña, por cuanto en la primera publicación la duración promedio en meses informada es de 16.2 y en la segunda 16.9. La diferencia se debe a que en el primer caso se aplicó el método incidencia-prevalencia, en el que el numerador (prevalencia) es el

número de niños que al momento de la encuesta estaban en amamantamiento; el denominador (incidencia) es el número promedio de nacimientos por mes en los 36 meses previos al estudio, e incluye a los niños que fallecieron y que influyen en la duración de la lactancia. En el segundo documento, en cambio, la duración promedio en meses ha sido calculada a base de la duración de la lactancia en los niños vivos que nacieron entre 1 y 59 meses anteriores al estudio.

De acuerdo con la versión en profundidad, la duración promedio del amamantamiento entre los hijos varones es mayor (17.2 meses) en comparación con las mujeres (16.6 meses). Este dato es diferente al reportado en otra investigación, en la que se encontró que la lactancia materna duraba más en las hijas mujeres (11.3 y 9.6 meses, respectivamente), "... situación compatible con la actitud de las madres frente a los requerimientos alimentarios de sus hijos varones, que las impulsa a incursionar más pronto en la lactancia artificial y la alimentación complementaria, que a la larga provocan ablactación más temprana de los hijos varones"(20).

Otro dato contradictorio aportado por la ENDSA-89 se relaciona con la duración promedio de la lactancia y la edad de la madre, advirtiéndose que a partir de los 35 años la lactancia materna dura en promedio 21.1 meses, es decir, 4 ó 5 meses más que en madres de menor edad. Otros estudios nacionales (16,19,20) no han reportado tales diferencias, de hecho se ha informado de una realidad opuesta, existiendo una explicación fisiológica de tal situación, porque el desarrollo de las mamas durante el embarazo guarda relación con la edad de la mujer, siendo el desarrollo menor a mayor edad(3).

Sin embargo, los datos aportados por la ENDSA-89 pueden ser mejor comprendidos mediante el análisis de la población económicamente activa y su composición por edad y sexo.

Las tasas de actividad femenina son mayores en las edades extremas de la vida fértil, con mayor intensidad en las áreas rurales(34). Sin embargo, "del total de mujeres que participa en el mercado de trabajo del área urbana, sólo el 37 por ciento son casadas o convivientes..."(34). Además, la participación femenina es mayoritaria en el sector informal o por cuenta propia, sector que por otra parte acoge a la población económicamente activa más vieja, porque la edad promedio entre las mujeres que trabajan por cuenta propia es de 38 años(35).

Entonces, si bien las mujeres de 35 años o más registran tasas de actividad económica iguales o mayores que las mujeres de menor edad, situación que podría influir para una duración promedio menor de la lactancia materna entre estas mujeres, sólo una de cada tres que participa es casada; además, como son acogidas por el sector informal, las posibilidades de amamantar durante el trabajo por cuenta propia son mayores.

La lactancia materna como carga de trabajo para la mujer

Un aspecto habitualmente poco considerado se refiere al esfuerzo que significa para las madres el amamantar a sus bebés.

Se sabe, por ejemplo, que el embarazo demanda en promedio una inversión de 80.000 calorías(36); este gasto energético proviene de los alimentos. Pero, cuando la mujer pertenece a una clase social depauperada, su peso previo al embarazo no es el adecuado, su consumo alimentario tampoco, y de paso tiene que invertir energías en el trabajo doméstico y extradoméstico, el gasto energético que le demanda el embarazo no puede ser suplido por los alimentos y por tanto lo paga el organismo materno. El resultado, como efecto del bajo peso previo de la madre, esfuerzo físico y alimentación deficiente, puede ser un niño de bajo peso (menos de 2.500 gr al nacer) o peso insuficiente (entre 2.500 y 2.999 gr al nacer).

En un contexto irreflexivo, lo anterior puede motivar acciones de planificación familiar, que evitan el embarazo pero no resuelven la injusticia social.

Pero, se desconoce el gasto energético que le representa a una madre la producción de leche.

Si bien el organismo de la mujer recurre a mecanismos metabólicos novedosos durante el embarazo y la lactancia, reduciendo la pérdida de nutrientes y promoviendo la apertura de vías metabólicas más económicas para preservar la nutrición materna, no se sabe cómo los alimentos que ingiere la madre, que le proporcionan energía química para después transformarse en energía calórica y motriz, se transforman en leche y se almacenan en las mamas como energía química que luego será utilizada por el niño.

A este proceso biológico de producción láctea, que funciona porque la madre aporta energía, se suma la inversión en tiempo para amamantar al bebé.

Eso que llamamos tiempo es en realidad trabajo, y es parte extra de la jornada doméstica en su componente "cuidados de los hijos"(37).

La jornada doméstica es trabajo porque representa un servicio (cocinar, planchar, arreglar y limpiar la casa, cuidar a los niños, etc.). Como servicio, contribuye a la reproducción de la fuerza de trabajo.

La madre invierte energías en el trabajo doméstico, que se traduce, por ejemplo, en alimentos cocinados, en una cama tendida, que luego son consumidos por los otros miembros de la familia para descansar y alimentarse. El descanso y la alimentación forman parte del proceso de reposición de energías perdidas en el trabajo, intelectual o manual. En el caso de los niños, descanso, alimentación y cuidados maternos contribuyen a su crecimiento

y desarrollo, proceso que los preserva como futura fuerza de trabajo.

Una madre que amamanta, invierte entre 2 y 6 horas en este servicio, muchas veces a expensas de sus propias expectativas, y en ocasiones en desmedro de su salud cuando tiene que amamantar de noche, alterando su ritmo de sueño. No es raro entonces que muchas madres, frente a la necesidad de apoyar la subsistencia de la familia, opten por la lactancia artificial, que les ayuda a resolver sus problemas de tiempo y de trabajo sin dejar de alimentar a sus bebés.

La lactancia materna obedece, pues, tanto a situaciones culturales y de publicidad, como de trabajo y necesidad de subsistir en una sociedad que ofrece pocas oportunidades e insuficiente apoyo a las disposiciones que protegen la maternidad y el derecho de los niños a ser amamantados. Más adelante volveremos sobre el punto.

La fuente de datos

La información sobre lactancia materna contenida en esta publicación está referida a la ciudad de La Paz. Ha sido recogida entre el 01-01-91 y el 30-04-91, como parte de la investigación: **Mortalidad infantil en la ciudad de La Paz. El efecto silencioso de la crisis**(38), publicada en mayo del presente año, estudio con el que hemos tenido la satisfacción de iniciar una nueva serie de publicaciones de MEDICON, titulada **Temas de Medicina Social**.

La información corresponde a todas las maternidades públicas y a tres clínicas privadas: Maternidad Natalio Aramayo (IMNA), Maternidad 18 de Mayo (CNS), Maternidad del Centro de Salud La Paz No. 1 (CSLP), Hospital Militar (Militar), Hospital San Gabriel (HSG) y las clínicas, URME, Aramayo y CEMES. Los encuestadores, uno por establecimiento, entrevistaron a 3.583 madres que dieron a luz en los centros y período mencionados.

Esta cifra representa aproximadamente el 60 por ciento de las mujeres que tuvieron parto en la ciudad de La Paz en los cuatro primeros meses de 1991.

En razón a que la investigación estuvo focalizada en el **hijo previo**, es decir en el hijo nacido vivo anterior al parto actual (parto ocurrido en el primer cuatrimestre de 1991), la información sobre lactancia materna y otras variables corresponde a 2.351 madres, es decir, sólo a las que tenían un hijo previo nacido vivo.

La información ha sido procesada con el paquete estadístico EPIINFO, versión 5, en una computadora IBM compatible XT-Beltron, con 32 Mb de memoria.

Se ha utilizado como medidas estadísticas, el promedio, la desviación estandar y el porcentaje. La significación estadística ha sido establecida mediante la prueba Kruskal-Wallis, que es un procedimiento no paramétrico para análisis de variancia con un solo criterio de clasificación de rangos.

Al contrario de lo que sucede con la prueba de la mediana, la de Kruskal-Wallis utiliza más información, teniendo en cuenta la magnitud de cada observación relativa a la magnitud de cualquier otra observación. La revisión de los anexos permitirá comprender mejor por qué se ha preferido aplicar la mencionada prueba.

INFLUENCIA DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y DE OTROS PROCESOS SOCIALES EN LA PRACTICA DE LA LACTANCIA MATERNA

El ambiente hospitalario es un factor que otra vez está siendo reconsiderado, porque se acepta su influencia en las prácticas de alimentación infantil que adoptan las madres cuando regresan al hogar al término de la estancia hospitalaria post-parto.

Las instituciones de salud ofrecen diversas posibilidades a las madres para la instalación y mantenimiento de la lactancia materna. Hay servicios, todavía pocos en nuestro medio, que ofrecen información y apoyo regular, a la vez que otros, la mayoría, exhiben una práctica de moderado o abierto desestímulo mediante la introducción precoz de sucedáneos y restricciones para el alojamiento conjunto.

Hay, pues, ciertas instituciones hospitalarias que hacen más difícil la alimentación al pecho, porque el personal de salud mantiene una actitud desfavorable, resultado de su deficiente información e incompreensión de su propia función.

Sin embargo, está claro que la práctica de la lactancia materna no depende solamente de lo que hace y dice el personal de salud. Diversos procesos sociales (trabajo, duración e intensidad de la jornada doméstica, publicidad, irradiación psicológica, etc.) impactan en el comportamiento de la población, habitualmente de manera negativa.

Esta influencia múltiple, en la que destaca la inserción

social de la familia como **determinante** del tipo de trabajo, doméstico y/o extradoméstico que desempeña la mujer, obliga mirar en varias direcciones y no sólo hacia los servicios de salud, porque además, para el caso de la ciudad de La Paz, aproximadamente el 25 por ciento de las parturientas da a luz en domicilio.

Un estudio realizado en el Instituto Nacional de Perinatología de México, concluyó que "es probable que las prácticas hospitalarias determinen en gran medida el establecimiento de la lactancia, pero no aseguran su continuidad."(39). La afirmación es ciertamente restrictiva a los servicios de obstetricia, pero si se considera que la labor de promoción tiene que ser continuada en el nivel primario y, cuando es necesario, en los hospitales pediátricos, las posibilidades de que los servicios de salud influyan favorablemente en la duración de la lactancia materna son mayores.

La información que aparece en la figura 1 no es resultado de lo que cada establecimiento ha hecho o dejado de hacer en lactancia materna; más bien es la práctica de la lactancia que en un período precedente (1985-1989) y para el caso del hijo anterior ha caracterizado a las madres entrevistadas.

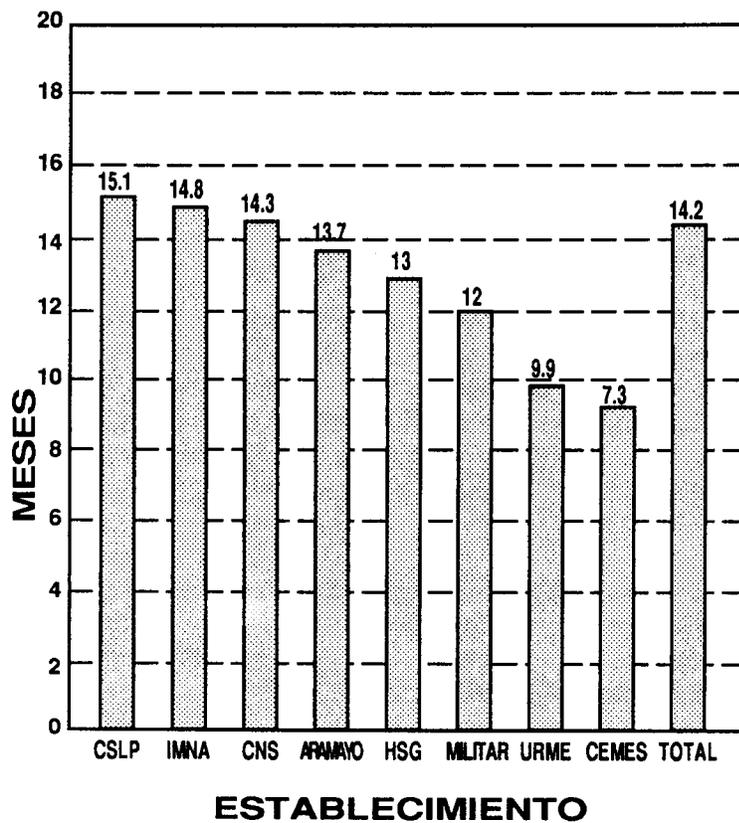
Sin embargo, la información es valiosa porque proporciona un punto de partida, a la vez que obliga la revisión de los conocimientos y actitudes del personal y de las prácticas en lactancia materna y alojamiento conjunto propios de cada establecimiento, en aras de la actual y futura práctica de la lactancia materna entre las mujeres usuarias de estos servicios.

Lo anterior tiene validez debido a que, por ejemplo, en una de las clínicas privadas de nuestro estudio, de 1.205 niños nacidos a término entre 1985-1989, sólo 15 por ciento fueron amamantados de forma exclusiva durante la estancia hospitalaria, porque el resto recibió complementos de leches artificiales o agua azucarada(28). Asimismo, esa misma clínica en 1990, entrevistó

Figura 1

Duración promedio en meses de la lactancia materna en hijos previos nacidos entre 1985-1989 actualmente vivos, según establecimiento de salud utilizado por las madres en el parto actual

Ciudad de La Paz, enero-abril 1991



MEDICON 92

por teléfono a 278 madres atendidas durante el parto, y se comprobó que el 77 por ciento de los niños ya estaba ablactado al décimo mes de vida(29).

La instalación y duración de la lactancia materna no depende tanto de la edad de la madre (es decir, de la oportunidad temporal de adquirir experiencia), de su nivel de instrucción (la capacidad de discriminar entre lo mejor y lo necesario) ni del número de hijos (experiencia práctica acumulada), como del tipo de trabajo que realiza.

El 34.4 por ciento de las 3.583 madres entrevistadas declaró actividad laboral remunerada durante el embarazo, que era realizada fuera del hogar. Sin embargo, esta cifra promedio no refleja la realidad de cada grupo de madres que concurrió a los establecimientos incorporados a la investigación, tal como se aprecia en la figura 2.

El trabajo por sí mismo no explica la duración y modalidades de la lactancia materna. Es el tipo y horas de trabajo de la mujer que determina la proximidad entre la madre y el niño, y por tanto, las posibilidades de amamantamiento en frecuencia y duración. De igual manera, el trabajo femenino que genera ingresos, define el tipo de jornada doméstica y el tiempo dedicado a ella por la mujer.

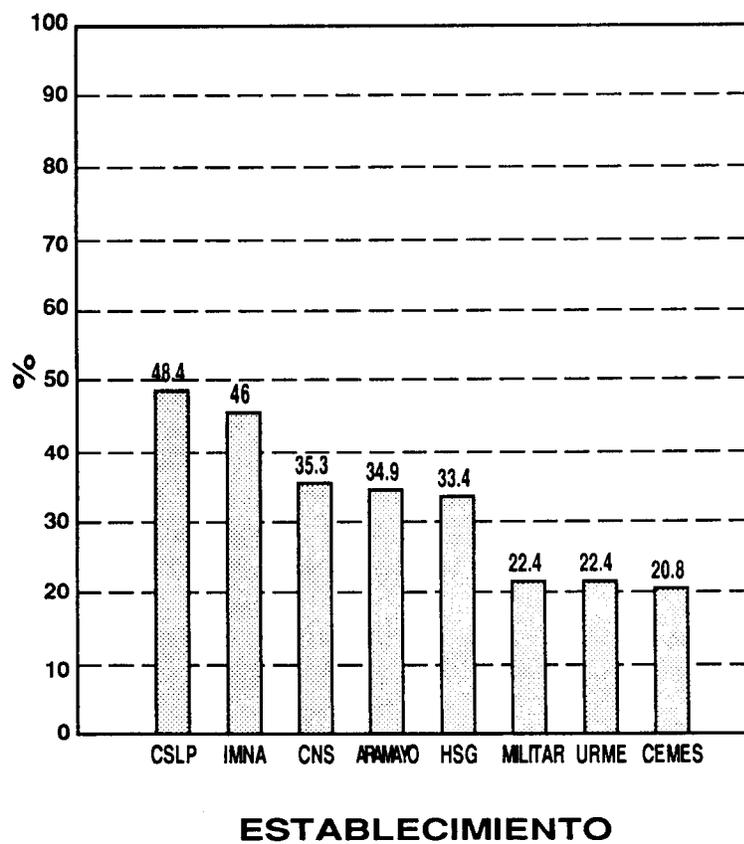
El trabajo dependiente influye desfavorablemente al alejar a la madre del bebé, porque no siempre se da cumplimiento a disposiciones relacionadas con horarios de lactancia y/o disponibilidad de guarderías en el trabajo.

Además, para determinados grupos sociales, la lactancia materna prolongada es una estrategia de sobrevivencia que obligatoriamente tiene que ser compatibilizada con el trabajo que realiza la madre, porque de ambos depende la sobrevivencia de la familia y la reproducción social. En tal situación, no obstante que la mujer tiene que trabajar, la lactancia materna es duradera.

Figura 2

Porcentajes de madres que declararon actividad económica extradoméstica según establecimiento de salud utilizado en el parto actual

Ciudad de La Paz, enero-abril 1991



MEDICON 92

En cambio, en otros grupos sociales la alimentación de los niños pequeños no depende tanto de la lactancia natural, ya que el tipo de inserción social de la familia asegura otras fuentes de alimentación infantil, como los sucedáneos, a la vez que el acceso a servicios de salud, del seguro social o privados, garantiza también la resolución de episodios de enfermedad en la niñez.

Los grupos sociales concurrentes a los establecimientos del estudio no son los mismos, por lo menos en porcentajes. Los siguientes datos ayudarán a comprender mejor las prácticas de lactancia materna entre las madres entrevistadas.

Natalio Aramayo y Centro de Salud La Paz No. 1, reciben un contingente mayoritario de madres de las clases sociales subproletaria y proletaria (68.7 y 64.4 por ciento, respectivamente), en tanto que el Hospital Militar, clínica CEMES y clínica URME cuentan entre sus usuarias a madres de una fracción de la clase media, como es la de empleados y profesionales (99.0, 93.1 y 91.2 por ciento, respectivamente). En la Maternidad 18 de Mayo, de la CNS y en Clínica Aramayo, dan a luz madres de la fracción de clase media antes mencionada, pero en menores porcentajes (80.4 y 78.1 por ciento, respectivamente). El Hospital San Gabriel se ubica en una posición intermedia, porque el 52.5 por ciento de madres entrevistadas proviene de la clase media y el 46.4 por ciento del subproletariado y proletariado.

En las clases sociales mencionadas, la duración de la lactancia materna es como muestra la figura 3.

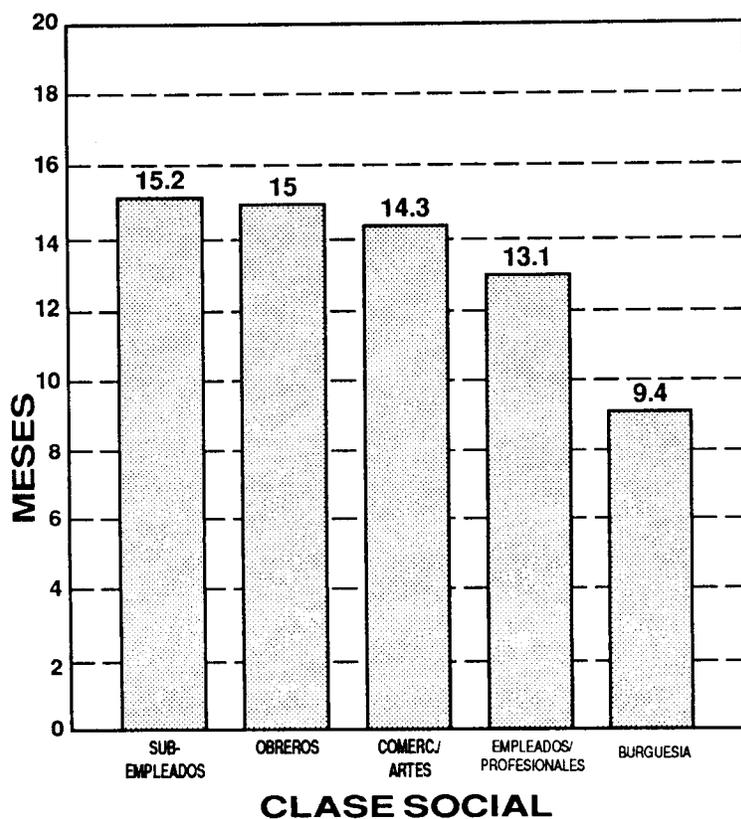
La clase social está constituida por grandes grupos de personas que ocupan un lugar en el sistema histórico de producción, por la relación que tienen con los medios de producción, por el papel que desempeñan en la organización del trabajo y, por la producción y modo de la riqueza social que reciben.

Lo anterior quiere decir que al interior de un conglomerado

Figura 3

Duración promedio en meses de la lactancia materna en hijos previos nacidos entre 1985-1989 actualmente vivos, según clase social.

Ciudad de La Paz, enero-abril 1991



P= 0.000002

MEDICON 92

humano tan grande y complejo como la clase social, es posible identificar fracciones de clase, que si bien están emparentadas por los elementos antes descritos, adquieren particularidades en el ámbito valorativo, simbólico y de comunicación.

Determinadas fracciones de clase pueden estar en mejores condiciones que otras, debido, por ejemplo, a que sus espacios sociales y económicos no han sido totalmente estrangulados por la crisis. Tal cosa sucede, por ejemplo, con el proletariado petrolero en comparación con el minero y el fabril.

De lo anterior deriva la necesidad o no de incorporar al trabajo productivo a otros miembros de la familia y de manera particular a la mujer, hecho que determina la modificación de la jornada doméstica, en tiempo y calidad, con una mayor repercusión negativa en el cuidado de los niños en cuanto a su salud y alimentación, además de la carga de trabajo adicional para la mujer, que es **triple** cuando hace de ama de casa, sale a trabajar y de paso está embarazada o amamantando(15).

La lactancia materna es parte de esa triple carga, porque además del esfuerzo biológico que representa, la mujer tiene que invertir tiempo y energías en una tarea específica: el amamantamiento. Esa carga adicional es tanto más pesada cuanto más se prolonga la lactancia.

Pero, no se trata de desestimular la lactancia y aminorar su duración, hecho que resulta trágico para la sobrevivencia de ciertos niños, como veremos más adelante. Se pretende que las mujeres amamenten a sus hijos en las mejores condiciones posibles, por todo el tiempo que sea necesario, y reciban por ese trabajo el reconocimiento familiar y social, porque la lactancia **es una de las formas con que la mujer contribuye a la reproducción de la fuerza de trabajo** y a la permanencia de la especie humana.

Se trata de que el amamantamiento no sea considerado como una obligación de la madre, sino un trabajo de la mujer, que le ahorra dinero en alimentos y atención médica a la familia y a la sociedad. En consecuencia, merece protección legal y laboral.

La figura 4 indica que a pesar del tipo de trabajo y las horas diarias dedicadas a la jornada extradoméstica, las madres hacen serios esfuerzos por prolongar la duración del amamantamiento, no obstante las restricciones que les impone la sociedad, la que también les exige cumplir ciertos deberes en aras del "instinto maternal".

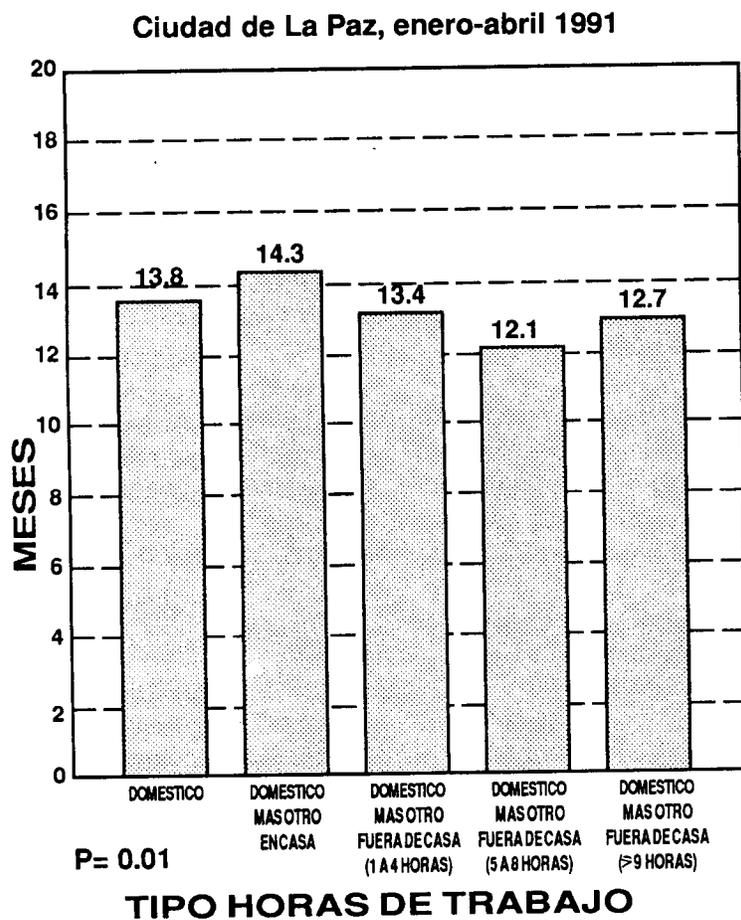
La duración promedio de la lactancia materna es, pues, prolongada entre las madres entrevistadas. Sin embargo, conviene mencionar que la práctica del amamantamiento no se reduce a la duración del mismo, porque de ser así no habría problemas en nuestro país, excepto en ciertas clases sociales y determinadas localidades(23).

La frecuencia diaria del amamantamiento (de día como de noche), el inicio del destete, la incidencia de enfermedades infecciosas y su gravedad, la desnutrición consecuente a la lactancia prolongada con insuficiente aporte de otros alimentos, tienen también que ver en la práctica de la lactancia natural.

Las madres de las clases sociales subproletaria y proletaria mantienen una frecuencia baja de ablactación hasta los 3, 6 y 9 meses de edad de los niños, al contrario de lo que sucede en dos fracciones de la clase media, es decir la de comerciantes/artesanos y la de empleados/profesionales. Sin embargo, hasta los 12 meses las madres subproletarias y obreras incrementan rápidamente el porcentaje de niños ablactados y lo equiparan al de madres comerciantes/artesanas, en tanto que las empleadas/profesionales ya han ablactado al 51.2 por ciento de los niños. A los 18 meses los porcentajes casi se equiparan, aunque en la fracción de clase de empleados/profesionales permanece más alto (ver anexo 1).

Figura 4

Duración promedio en meses de la lactancia materna en hijos previos nacidos entre 1988-1989 actualmente vivos, según tipo y horas de trabajo extradoméstico de la mujer.

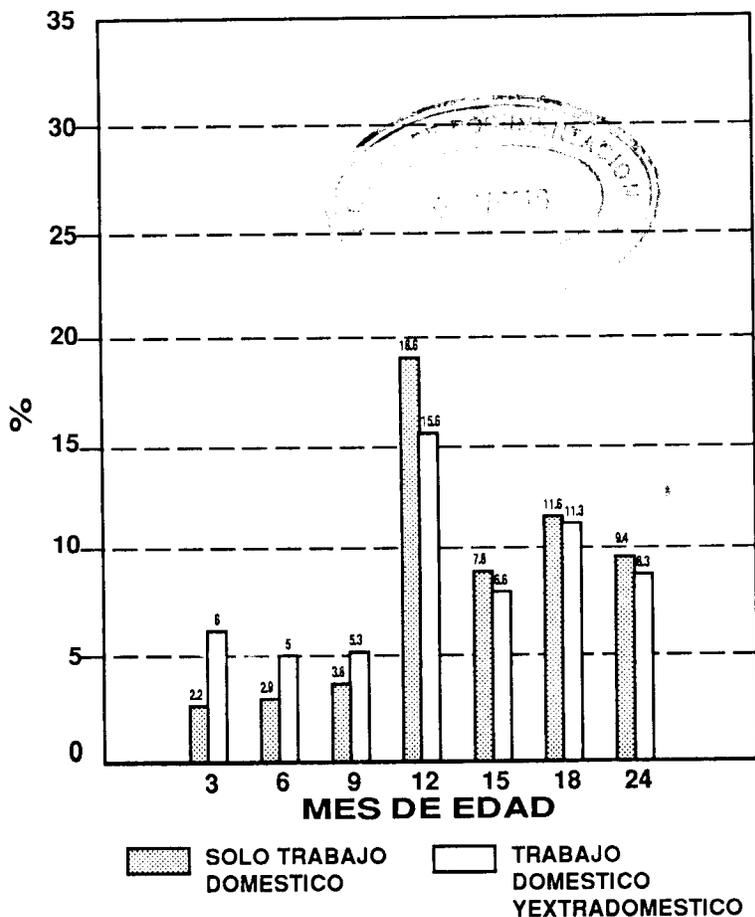


MEDICON 92

Figura 5

Porcentajes de ablactación a los 3, 6, 9, 12, 15, 18 y 24 meses de edad en hijos previos nacidos entre 1988-1989 actualmente vivos, según tipo de trabajo de la madre.

Ciudad de La Paz, enero-abril 1991



MEDICON 92

Las madres que realizan sólo jornada doméstica mantienen prevalencias de ablactación ligeramente menores que las madres amas de casa y que a la vez trabajan fuera del hogar. Ambas intensifican la ablactación a partir de los 12 meses.

La práctica de la lactancia entendida como duración en los diferentes grupos sociales, difiere especialmente en la burguesía, a la vez que procesos sociales como la carga de trabajo que enfrenta la mujer son, al parecer, apropiadamente contrarrestados, por lo menos en aquellas clases sociales que requieren de la lactancia natural como una estrategia de sobrevivencia.

Es cierto, sin embargo, que la práctica de acelerar la ablactación en determinados meses de edad de los niños, puede obedecer tanto a presiones laborales como a la persistencia de ciertas prácticas de ablactación que a manera de hitos en la vida del niño, se mantienen como efecto de conocimientos irradiados tanto desde los servicios de salud como desde la propia colectividad.

Lo último parece tan evidente, por cuanto en los diferentes tabulados obtenidos advertimos que los porcentajes de ablactación se incrementan abruptamente a los 12, 18 y 24 meses de edad, como si se tratara no sólo de hitos en la vida del niño, y de la propia madre, sino de momentos ceremoniales que eran muy frecuentes hace décadas (ablactación violenta, de un día para otro)(1) y que tal vez se mantienen en alguna medida (ver figura 6 y anexos).

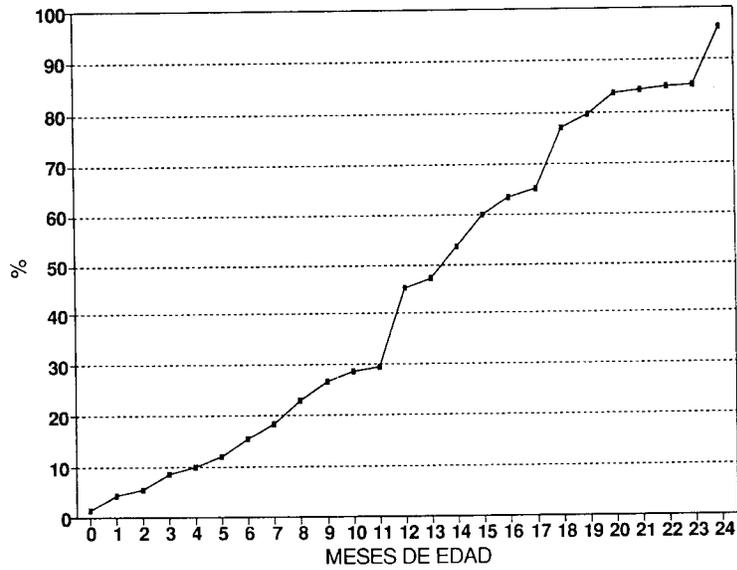
La ablactación en esos tres meses de edad nombrados se da entre el 35 y el 45 por ciento de los niños, más entre los de la clase subproletaria (44,2 por ciento) y menos en la fracción de clase empleados/profesionales (35,6 por ciento).

Entre las madres de la clase subproletaria, la lactancia materna dura en promedio dos meses más que en la fracción de clase empleados/profesionales (ver figura 3). Este dato, contradictorio con los porcentajes de ablactación, habla de

Figura 6

Prevalencias de ablactación entre 0 y 24 meses de edad en hijos previos nacidos entre 1985-1989 actualmente vivos, según edad en meses.

Ciudad de La Paz, enero-abril 1991



MEDICON 92

modalidades diferentes de amamantamiento, que tienen que ver con las posibilidades de amamantar a los niños durante el trabajo, con la intensidad y duración de la jornada doméstica, así como con motivaciones culturales.

LACTANCIA MATERNA: ENTRE LO SOCIAL Y LO BIOLÓGICO

Ya vimos que hay diferencia en la duración de la lactancia materna por clase social, en especial para la burguesía, en la que el amamantamiento no pasa de los 10 meses, y por tanto es menor en 4-6 meses en comparación con otros grupos sociales.

Pero, tal como quedó expresado con anterioridad, las prácticas de amamantamiento no se reducen a la duración, ya que tienen que ver también con horarios, inicio del destete y sus características, momento de la ablactación y sus modalidades, lactancia materna como método anticonceptivo, amamantamiento durante el embarazo, etc., que se relacionan con elementos valorativos, simbólicos y de comunicación propios de cada grupo social, así como con la duración y características de la jornada doméstica resultante de si la mujer realiza o no trabajo extradoméstico.

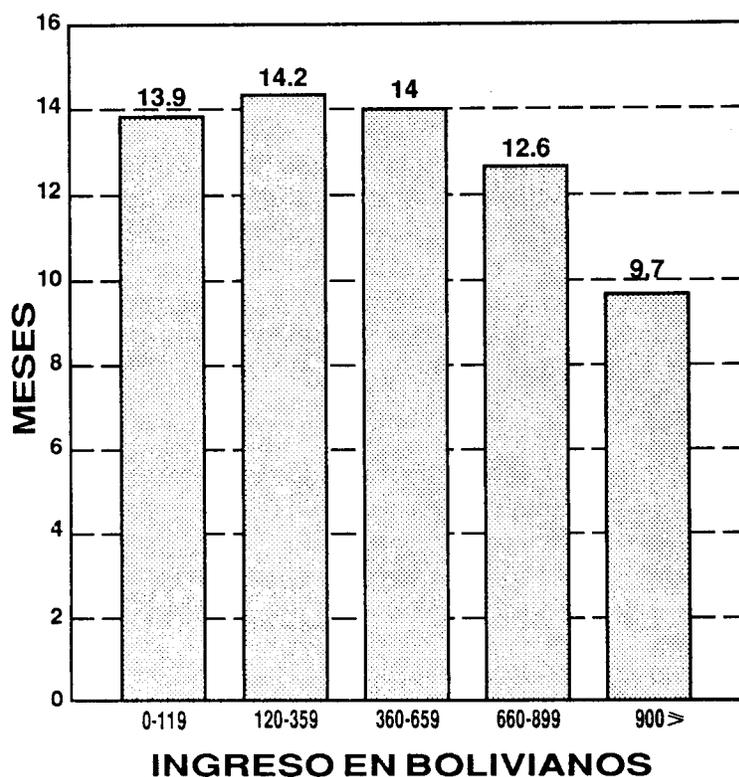
Por tanto, variables socioeconómicas como el ingreso familiar sólo tienen una relación fenoménica con las prácticas de alimentación infantil, tal como se aprecia en la figura 7, porque el ingreso económico alto tiene hegemonía de clase. En ninguna clase social, ni siquiera en la burguesía, la lactancia materna depende del ingreso económico, es decir de la posibilidad de adquirir productos sucedáneos para reemplazar o complementar la lactancia natural.

El estudio de la lactancia materna no puede entenderse al margen del proceso nutricional ni del proceso salud-enfermedad, y tampoco de las modalidades de trabajo y consumo de cada

Figura 7

Duración promedio en meses de la lactancia materna en hijos previos nacidos entre 1988-1989 actualmente vivos, según ingreso económico familiar en bolivianos de 1991.

Ciudad de La Paz, enero-abril 1991



p=0.00000

MEDICON 92

grupo social. Entenderla como instinto, arte u obligación materna es una reducción propia de las corrientes positivistas. Tampoco es aceptable hacerla depender de variables individuales.

La lactancia es un trabajo para la mujer y un proceso vitalizante para el niño. Como trabajo, su duración y modalidades depende del tiempo que para este menester le queda a la madre luego de haber cumplido otras tareas domésticas y productivas, sin que esto quiera decir que el amamantamiento sea lo último que realiza la madre. Es un proceso vitalizante porque el niño recibe nutrientes, sustancias protectoras y afecto. Además, la madre invierte energías para producir leche (trabajo biológico), en tanto que el niño las aprovecha (consumo) para crecer y desarrollar. A través de la lactancia la mujer contribuye a la reproducción social, a la vez que le confiere a su grupo social un perfil particular de reproducción biológica, que depende de la duración y modalidades (número de tetadas por día, por ejemplo) del amamantamiento.

El efecto anticonceptivo de la lactancia materna se debe a que hay una inhibición neural del hipotálamo por la succión del pezón. A su vez, disminuye la secreción de gonadotrofina pituitaria que inhibe la ovulación y mantiene la amenorrea. Aun después de 18 meses, sólo entre 5-10 por ciento de mujeres tiene posibilidades de concebir antes de que se reanude la menstruación(40).



Cuadro1
Bolivia: Promedio en meses de la lactancia
materna y amenorrea post-parto por áreas
urbana y rural, 1989.

A R E A	LACTANCIA	AMENORREA
Urbana	14.8	9.1
Rural	17.4	12.7
TOTAL	16.2	11.0

FUENTE: ENDSA-89 (cuadro 3.5)

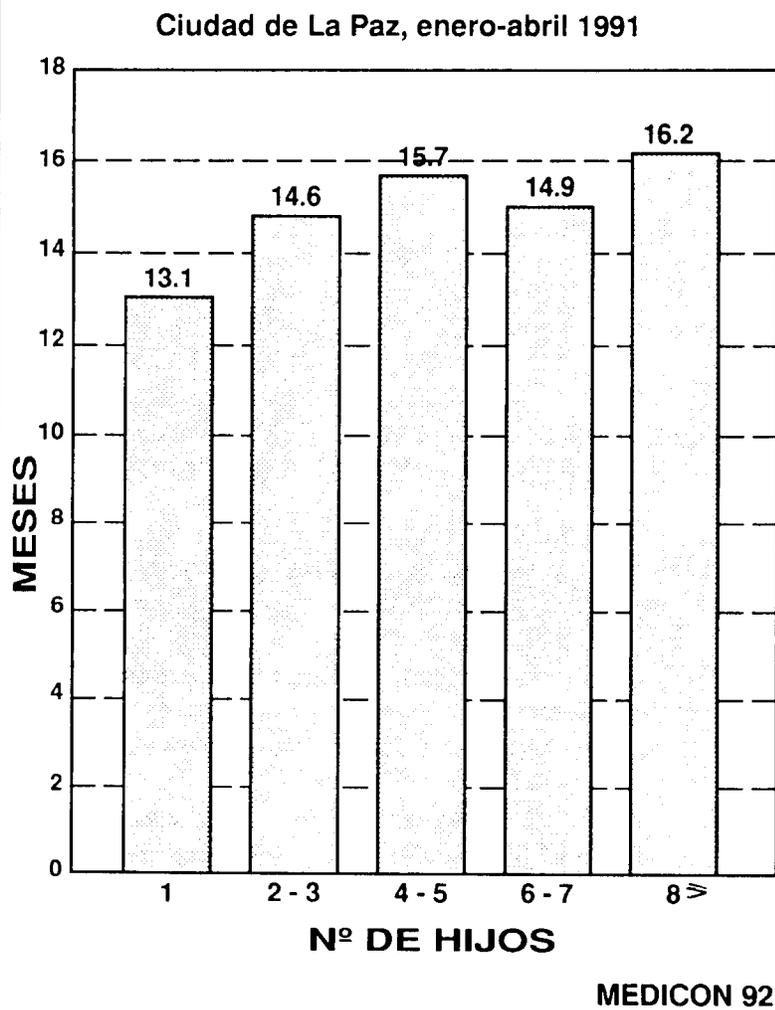
El efecto favorable de la lactancia materna en el espaciamiento de los hijos se debe a la importante duración promedio global del amamantamiento(21,33), que influye en la duración de la amenorrea post-parto(21), situación que sugiere, a su vez, períodos largos de lactancia materna exclusiva y luego sostenida.

El porcentaje de niños alimentados con leche materna de manera exclusiva hasta antes del cuarto mes de vida, es relativamente alto:46,5 por ciento en el área urbana y 65,4 por ciento en el área rural(33). Pero, el número de hijos no modifica sustancialmente el porcentaje, hecho que se refleja en la duración promedio en meses del amamantamiento según paridad de la madre, tal como es posible apreciar en la figura 8.

Las madres que amamantan por primera vez, registran la menor duración promedio de la lactancia natural. En ellas, además de la condición social y el trabajo, parece tener algo que ver la experiencia previa ausente. Pero la ablactación a los 6,

Figura 8

Duración promedio en meses de la lactancia materna en hijos previos nacidos entre 1985-1989 actualmente vivos, según paridad.



12, 18 y 24 meses es porcentualmente menor que en las madres que ya tienen otros hijos. Este es otro hecho contradictorio.

Así como el ingreso económico y la paridad no son elementos explicativos de las prácticas de alimentación infantil, tampoco lo es la edad de la madre, no obstante que diversas investigaciones muestran que a mayor edad más prolongado es el amamantamiento(21,33).

La edad, la paridad, la escolaridad y el espacio entre nacimientos son "... un conjunto de datos empíricos que se manifiestan como evidencia exterior del proceso salud-enfermedad en casos individuales".(41). El método, característico del enfoque de riesgo, implica un ordenamiento naturalista y mecánico de la realidad, y tiene el propósito de generar información para la acción empírica, que consiste en la pretendida modificación de los denominados factores de riesgo, cuya presencia es una de las formas de expresión de lo social pero no la causa; por tanto, su modificación, cuando la misma es posible, no afecta el resultado, que se pretende está provocado por el factor de riesgo.

Sin embargo, no es nuestra pretensión la eliminación del método inductivo, sino la generación de un proceso dialéctico resultante del redimensionamiento de lo inductivo y lo deductivo.

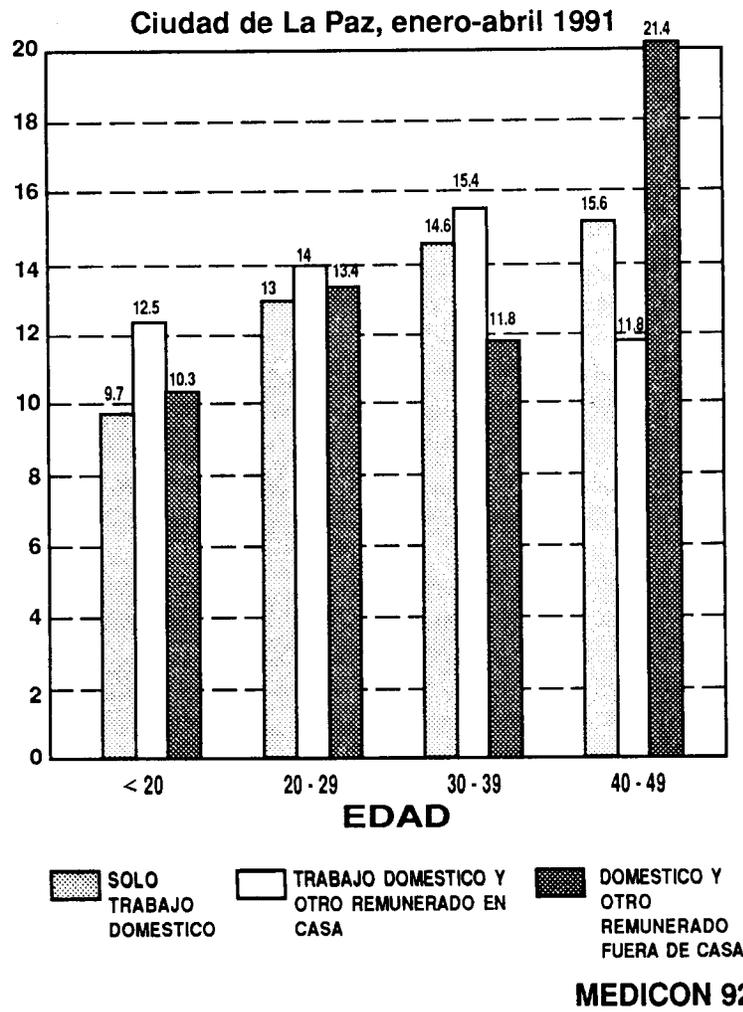
Fenómenos como la edad desnudan, su inconsistencia cuando otros elementos externos, con mayor raíz histórica en la generación de resultados, toman su lugar en el proceso.

Lo mismo podemos decir del nivel de instrucción de la madre, que refleja las posibilidades de acceso de los diferentes grupos sociales al consumo ampliado, como la salud y la propia educación.

La educación, considerada como un bien social, está distribuida de manera diferencial entre los conglomerados

Figura 9

Duración promedio en meses de la lactancia materna en hijos previos nacidos entre 1985-1989, vivos y fallecidos, según edad y tipo de trabajo de la madre.



humanos; por tanto, al tener correspondencia con la estructura social, sus niveles y significación son propios de cada clase social(38). Por tanto, contra la lógica formal está la realidad, que nos muestra que la duración de la lactancia es menor en las mujeres más instruidas (ver figura 10).

Las corrientes positivistas podrían argumentar que el amamantamiento ha perdido prestigio entre los grupos sociales menos afectados por la crisis. Este fenómeno, emergente de la estructura social, obedece a procesos particulares como: a) ingreso económico con hegemonía de clase, que permite el consumo de productos sucedáneos; b) acceso a fuentes preferenciales de información, como la consulta médica particular que desestimula el amamantamiento y, c) expectativas sociales y laborales de la mujer, que reducen el tiempo dedicado a la jornada doméstica y al cuidado de los hijos.

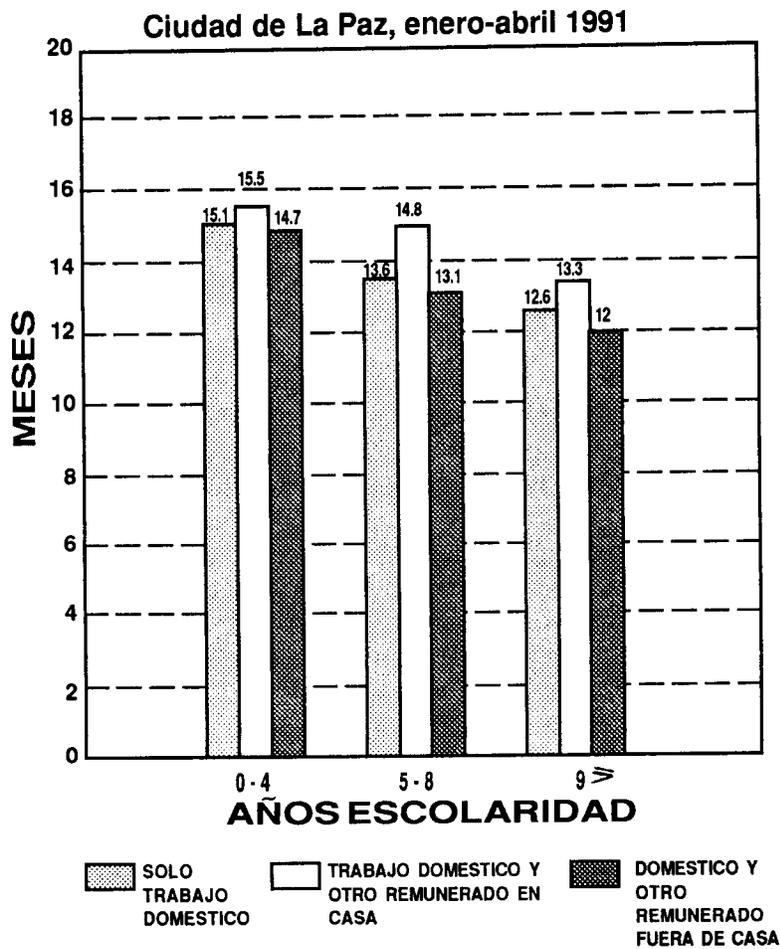
Sin embargo, como hay déficit de procesos educativos masivos, los conocimientos sanitarios de la mayor parte de la población son todavía resultado de su propia experiencia. Por tanto, lo que sabe y hace la colectividad obedece más a procesos de comunicación interpersonal que masiva o curricular (38).

En cuanto a la lactancia natural, se ha sugerido que "...la forma en la que el personal de salud brinda información no es útil para promover la alimentación al pecho"(39), y que "las mujeres tienden a buscar más información sobre la lactancia en el puerperio tardío (después de los 15 días postparto) que en etapas previas del ciclo reproductivo"(39).

Lo anterior parece dar motivo a una nueva corriente en los países del tercer mundo, pero siempre desde el ámbito de los servicios de salud. Esa corriente de "hospitales amigos" está destinada a organizar mejor la promoción y protección de la lactancia natural en los establecimientos de salud, mediante el cumplimiento de diez rutinas(6). Sin embargo, como ya ha sucedido con otras actividades de salud intensivas, la búsqueda

Figura 10

Duración promedio en meses de la lactancia materna en hijos previos nacidos entre 1985-1989, vivos y fallecidos, según nivel de instrucción y tipo de trabajo de la madre.



MEDICON 92

de eficiencia provoca verticalismo o autoaislamiento de programas integrales. Los efectos previstos de esa corriente están en el inicio precoz y una mayor duración del amamantamiento, pero hay el riesgo de dejar intocados aspectos como: destete, prácticas de ablactación, la lactancia como carga de trabajo, etc., sencillamente porque las madres no recibirán apoyo ni orientación para esos momentos críticos.

La figura anterior permite ratificar el hecho de que la educación de la madre tiene poco que ver con conocimientos y mucho con la pertenencia social, y que el trabajo **como proceso individual** no influye de manera fundamental en la duración del amamantamiento. Sin embargo, insistimos en que la lactancia natural no se reduce a la duración, ya que tiene que ver con el inicio de la alimentación complementaria, lactancia mixta, horarios de amamantamiento, etc.

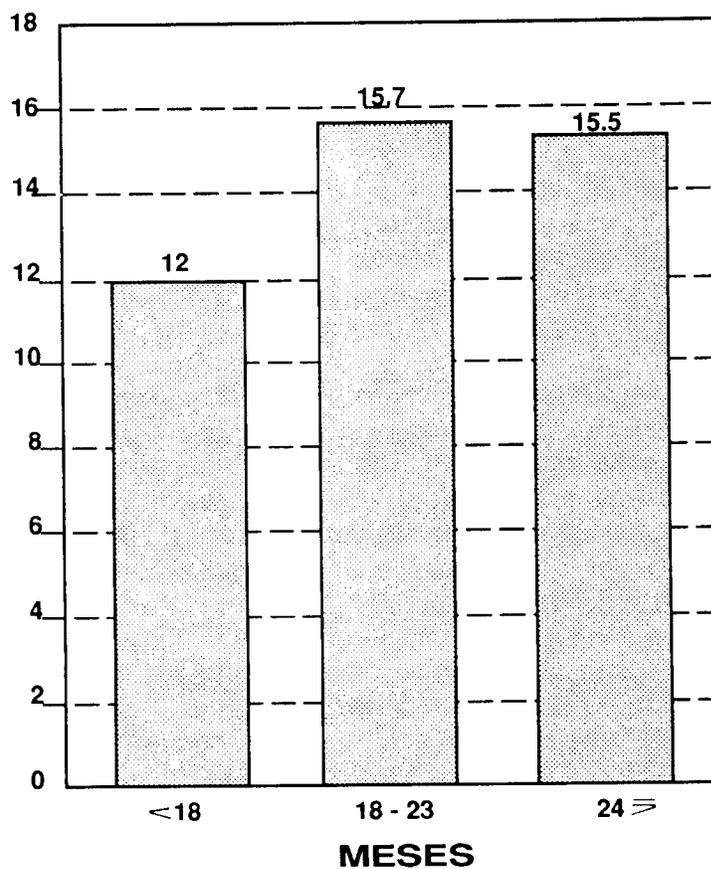
Para muchas madres, la mamadera es un sustituto ideal, no sólo cuando sale a trabajar, sino también cuando la jornada doméstica es prolongada y variada, en especial si tiene que ser realizada después de actividades laborales extradomésticas.

El proceso que resulta del tiempo destinado al trabajo extradoméstico y la intensidad del mismo, la jornada doméstica en cuanto duración e intensidad y los elementos simbólicos, valorativos y de comunicación de cada clase social, determinan la duración y modalidades de la lactancia natural. La edad, la paridad, los años de escolaridad, el ingreso y el espacio entre nacimientos no son más que partes del proceso pero de ninguna manera elementos suficientes en sí mismos que permitan explicar y comprender la realidad.

Figura 11

Duración promedio en meses de la lactancia materna en hijos previos nacidos entre 1985-1989 actualmente vivos, según espacio en meses entre el nacimiento del hijo previo y el inicio del "embarazo actual"

Ciudad de La Paz, enero-abril 1991



MEDICON 92

LACTANCIA NATURAL: ¿UNA MEDIACION ENTRE LA VIDA Y LA MUERTE?

Ya no queda duda de la influencia de los procesos sociales, políticos y económicos en el inicio, establecimiento, duración y modalidades de la lactancia natural. El tema es tan complejo de estudiar, que ya no es aceptable el desperdicio de tiempo y recursos en investigaciones fuera de foco.

Además, como parte del proceso nutricional y de las formas de trabajo y consumo de los diferentes grupos humanos, su abordaje tiene que hacerse con perspectiva social y no biológica, que implica dejar de pensar en el amamantamiento como un arte o una obligación de la madre hacia el niño pequeño.

Tampoco es posible continuar con la creencia de que sólo desde el ámbito de los servicios de salud es posible superar o mejorar la situación actual. Varios estudios han mostrado que los resultados de programas institucionales de promoción y protección a la lactancia materna no son tan exitosos como algunos suponen (39, 42-44), por la simple razón de que otros procesos ejercen mayor efecto en los resultados.

Por tanto, surge una pregunta fundamental: ¿la lactancia natural es capaz de prevenir, en la dimensión que se le atribuye, la mortalidad de los niños pequeños? o ¿sólo se trata de un proceso mediador cuyo éxito depende de la inserción social de la familia?

Diversos estudios reportan menores tasas de morbilidad y de mortalidad en niños amamantados exclusivamente, en comparación con otros que no lo son o que reciben leche artificial

a la vez(45-51). Estos trabajos no han incorporado la categoría clase social y por tanto los resultados tienen que ser interpretados con precaución.

Por otra parte, la leche humana no es un simple alimento, sino que contiene nutrientes biodisponibles, sustancias protectoras y elementos antimicrobianos. Se indica que los componentes inmunoprotectores y antimicrobianos, "aparentemente influyen en la reducción de los índices de morbilidad y mortalidad por enfermedades infecciosas"(52).

Asimismo, el hecho de que no sobreviven todos los niños amamantados y no mueren todos los niños no amamantados, revela que el proceso nutricional es una expresión de las condiciones de vida, como lo es el proceso salud-enfermedad.

Sobre lo anterior, otro de los aspectos poco estudiados es la duración de la lactancia natural en niños menores de 2 años fallecidos, así como las modalidades de esta práctica en episodios de enfermedad.

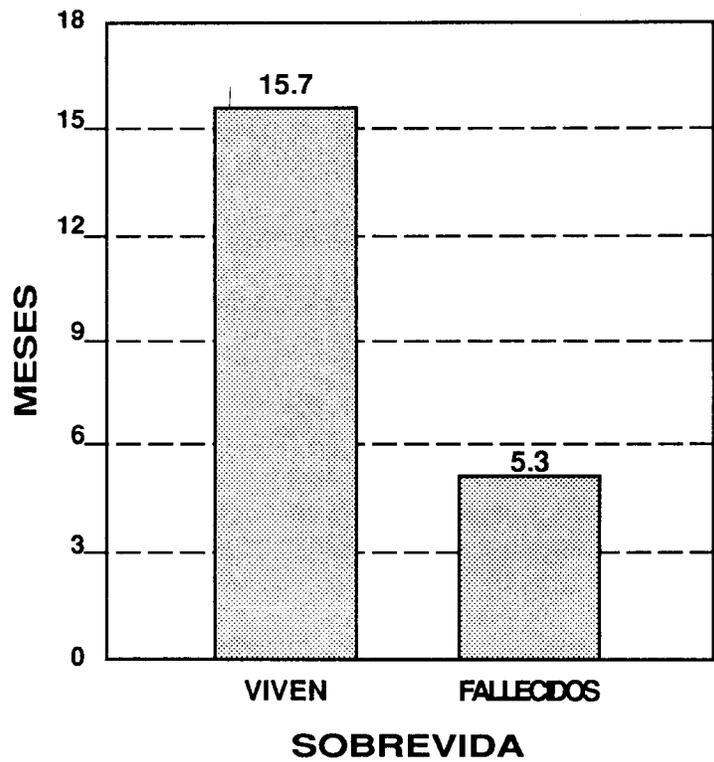
Entre los hijos previos nacidos en 1989, la duración promedio de la lactancia materna ha sido menor, tanto en los actualmente vivos como en los fallecidos (11,8 y 4,1 meses, respectivamente). La situación puede ser consecuencia del nuevo embarazo de las madres y que concluyó en parto entre el 01-01-91 y el 30-04-91, período del trabajo de campo de nuestro estudio.

Obviamente, la duración del amamantamiento es tanto menor cuanto más pronto acontece el siguiente embarazo. Entonces, además de la duración relativamente breve del amamantamiento, las prácticas de ablactación son asumidas más pronto, sustentadas por la observación popular de que la leche de mujeres embarazadas provoca diarrea, además de una mayor sensibilidad y dolor en los pezones, relatada por algunas madres lactantes que enfrentaban un nuevo embarazo (Brun, S.S, observaciones inéditas, 1991).

Figura 12

Duración promedio en meses de la lactancia materna en hijos previos nacidos entre 1987-1988, según condición actual de sobrevivencia.

Ciudad de La Paz, enero-abril 1991



MEDICON 92

Las diferencias en el momento de la ablactación son evidentes. En las madres que dieron a luz al hijo previo entre 1987-1988, el 35,2 por ciento de los niños fue ablactado hasta los 12 meses de edad, contra 57,9 por ciento en los niños que nacieron en 1989. Recordemos nuevamente que las madres de ambos grupos tuvieron un nuevo parto en el primer cuatrimestre de 1991.

Entre los hijos previos nacidos en 1987-1988, no recibió leche materna ni una sola vez el 1,0 por ciento de los actualmente vivos, en tanto que entre los fallecidos la no lactancia abarcó al 20,0 por ciento de ellos. Entre los nacidos en 1989, los porcentajes de no lactancia fueron 1,6 y 26,3 por ciento, respectivamente.

La ocurrencia de un nuevo embarazo entre las 710 madres que dieron a luz al hijo previo en 1989, merece algunas consideraciones. La liberación de los mecanismos hormonales y nerviosos que frenan la ovulación durante la lactancia es explicable entre las 70 madres cuyos hijos previos fallecieron antes de cumplir un año de vida, y entre las 102 madres cuyos hijos previos actualmente vivos fueron ablactados hasta el sexto mes de vida. Todos esos niños representan el 24,2 por ciento del conjunto. Para el resto (75,8 por ciento), la única explicación posible sería la de prácticas deficientes de amamantamiento resultantes de obligaciones domésticas y extradomésticas, que repercuten en los mecanismos que frenan la ovulación.

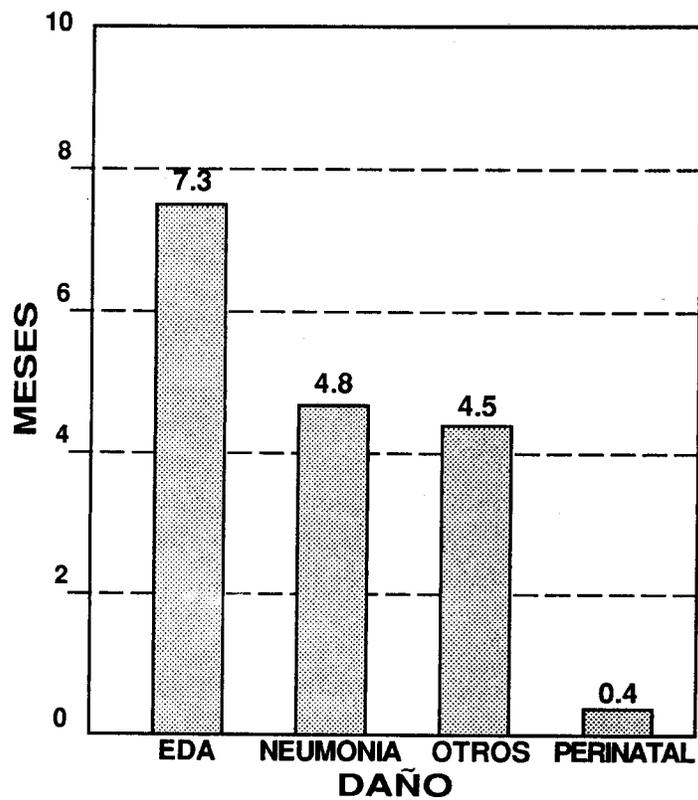
La duración de la lactancia varía de acuerdo con el daño inmediato relacionado con el fallecimiento del niño. Sin embargo, el hecho no se debe a que la duración del amamantamiento provoque determinada patología sino a que las enfermedades en la niñez tienen, sobre una base social, un comportamiento biológico asociado con la edad del niño.

En una investigación anterior establecimos que el promedio de edad al morir por diarrea era mayor que el correspondiente a

Figura 13

Duración promedio en meses de la lactancia materna en hijos previos nacidos entre 1985-1989 y fallecidos antes de cumplir el segundo año de vida, según causa biológica de defunción.

Ciudad de La Paz, enero-abril 1991

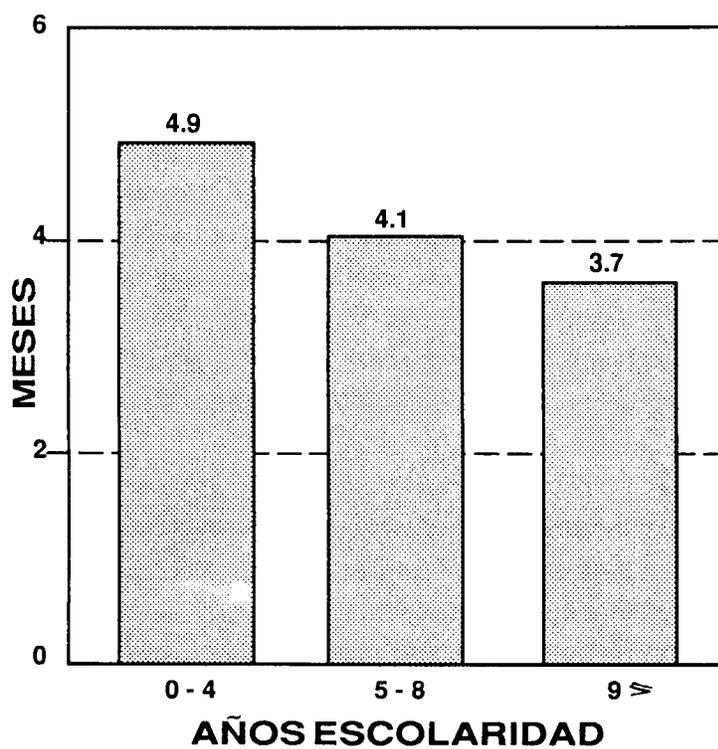


MEDICON 92

Figura 14

Duración promedio en meses de la lactancia materna en hijos previos nacidos entre 1985-1989 y fallecidos antes de cumplir el segundo año de vida, según años de escolaridad de la madre.

Ciudad de La Paz, enero-abril 1991



MEDICON 92

neumonía(20). La duración de la lactancia tiene el mismo comportamiento debido a que como causa biológica de defunción, la diarrea es más frecuente entre los 6 y 23 meses de edad en tanto que la neumonía antes del primer año de vida. Asimismo, estando presente un daño perinatal, el amamantamiento es mucho menor todavía, con un elevado porcentaje de no lactantes (62,8 por ciento).

La educación de la madre juega también algún papel en la duración del amamantamiento en los hijos fallecidos, tal como muestra la figura 14. Sin embargo, es preciso recordar que los años de escolaridad no implica necesariamente conocimientos sanitarios, y por lo visto tampoco la posibilidad de discriminar entre lo bueno, lo mejor y lo necesario. La educación, tal como quedó expresado en éste documento y en uno anterior(38), tiene significación particular en cada grupo social, porque está más emparentada con la inserción de la familia en el sistema de producción y consumo que con nuevos o mejores comportamientos de salud.

Las diferencias en la duración del amamantamiento cuando el niño fallece no son significativas en relación con los años de escolaridad de la madre, por cuanto la condición social determina las prácticas de la alimentación infantil y, para el caso de los niños fallecidos, también el lugar de la defunción, advirtiéndose que, en promedio, la lactancia materna dura más tiempo cuando el niño fallece en domicilio que cuando el suceso acontece en un establecimiento de salud.

Cuadro 2

Duración promedio en meses de la lactancia materna en hijos previos nacidos entre 1985-1989 y fallecidos antes de cumplir dos años de vida, según clase social y lugar de la defunción.

Ciudad de La Paz, enero-abril 1991

CLASE SOCIAL	Nº CASOS	LACTANCIA		LUGAR DEFUNCION EN %	
		DURACION PROM.	% NO LACTANTES	DOMICILIO	HOSPITAL
Comerciantes /					
Artesanos	31	5.4	16.1	70.0	30.0
Subempleados	66	4.3	18.2	68.3	31.7
Obreros	21	3.7	33.3	60.7	39.3
Empleados /					
Profesionales	49	3.2	30.6	46.9	53.1

LACTANCIA MATERNA EN LA CRISIS

La familia es una estructura mediadora entre los individuos y los procesos deteriorantes, emergentes de una estructura social en crisis. En su interior, se pone en práctica, por lo general a expensas de la mujer, mecanismos destinados a contrarrestar o aminorar los contravalores que amenazan la reproducción social. Por este motivo, el trabajo creador y organizativo de la mujer "... es un camino intenso y aleccionador, donde la praxis y el conocimiento se convierten en algo más que problemas técnico-académicos y de teoría política general"(15).

La mujer, con la particular mirada con que comprende y enfrenta los problemas, sabe que en nuestra sociedad hay predominio y acumulación de condiciones destructivas, que envejecen y rebajan la vitalidad máxima posible, provocando deterioro de las condiciones de vida(53).

La mujer comprende más que nadie que no se produce y luego distribuye lo producido, porque la distribución asume la forma de mercado debido a que la sociedad está dividida en clases. La mujer, ante tal situación, pone en práctica estrategias de sobrevivencia, como la lactancia materna, destinadas a preservar la salud y vida de la familia.

Cada grupo social tiene patrones y calidades de vida típicos, resultantes de la organización social y productiva. Por tanto, las estrategias de sobrevivencia familiar surgen y se mueven según los límites que imponen esos patrones y calidades de vida típicos.

El crecimiento y desarrollo de los niños es altamente dependiente, pero, este concepto general válido para todos los

grupos sociales, demanda mecanismos familiares concretos de sobrevivencia, diferenciados por clase social. Así, en los informales y los obreros, al igual que en ciertas fracciones de la clase media, la lactancia materna adquiere el carácter de estrategia de sobrevivencia hasta más allá del año de vida, en tanto que su vigencia es mucho menor en la burguesía, en la que pesan más los aspectos valorativos en el área sentimental que las necesidades nutricionales.

Cuando la lactancia materna es una estrategia de sobrevivencia, es decir se la emplea para asegurar el crecimiento y desarrollo del niño, la mujer desarrolla otros mecanismos destinados a favorecer el amamantamiento y contrarrestar factores interferentes (jornada doméstica, jornada extradoméstica, deficiente apoyo legal y laboral, etc).

Como resultado de los mecanismos complementarios y de elementos valorativos, simbólicos y de comunicación provenientes de otros grupos sociales y del propio, la lactancia se ve afectada en su duración y modalidades.

En Bolivia la lactancia materna es prolongada, por lo general hasta más allá de los 12 meses de edad, pero contrasta con las prevalencias de desnutrición crónica(21) y con una mayor frecuencia de desnutrición en niños amamantados por largo tiempo en comparación con niños ablactados(16).

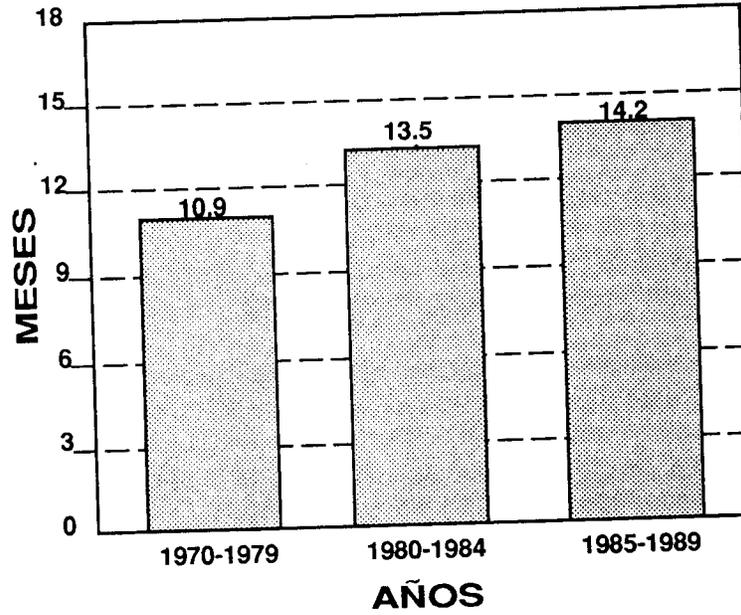
Lo anterior confirma el hecho de que la lactancia materna es una estrategia de sobrevivencia, que se traduce en la necesidad de prolongarla, con el consecuente riesgo de desnutrición debido a que las madres no pueden complementarla con alimentos sólidos suficientes y de calidad, debido a que la alimentación depende de las posibilidades de consumo, es decir de la cuota social (salario, jornal, etc.) que cada familia recibe por su trabajo.

Colectividades en las que el amamantamiento es prolongado, con porcentajes de ablactación mayores a medida

Figura 15

Duración promedio en meses de la lactancia materna en hijos previos nacidos entre 1970-1989 actualmente vivos, según diferentes períodos.

Ciudad de La Paz, enero-abril 1991



$p=0.00000$

MEDICON 92

que los niños avanzan en edad pero con alta prevalencia de lactantes después de los 12 meses de edad, están en la categoría III del estudio de la OMS(54). Colectividades con tales características se dan sólo en condiciones de privación muy duradera, en las que la lactancia materna es de inicio una estrategia por las deficientes condiciones de transformación de la naturaleza en favor de los grupos sociales, pero tiene que persistir como tal porque los bienes y servicios que genera la sociedad no son distribuidos equitativamente.

La duración promedio menor en el período 1970-1979 podría obedecer a que las madres no recordaron con precisión la duración del amamantamiento en un hijo que al momento de la encuesta tenía 12 o más años de edad. Es posible, sin embargo, que esté implicado otro proceso, que se inició al final de la década de los sesenta y que consistió en una masiva campaña publicitaria destinada a introducir leches artificiales(24). Esa campaña, según se pudo establecer, contó con el apoyo de los médicos.

En cuanto al período 1985-1989, la duración promedio del amamantamiento está afectada por los niños nacidos en 1989, ablactados debido a que las madres tuvieron otro embarazo. El análisis por años sugiere un incremento en la duración de la lactancia materna en comparación con períodos previos.

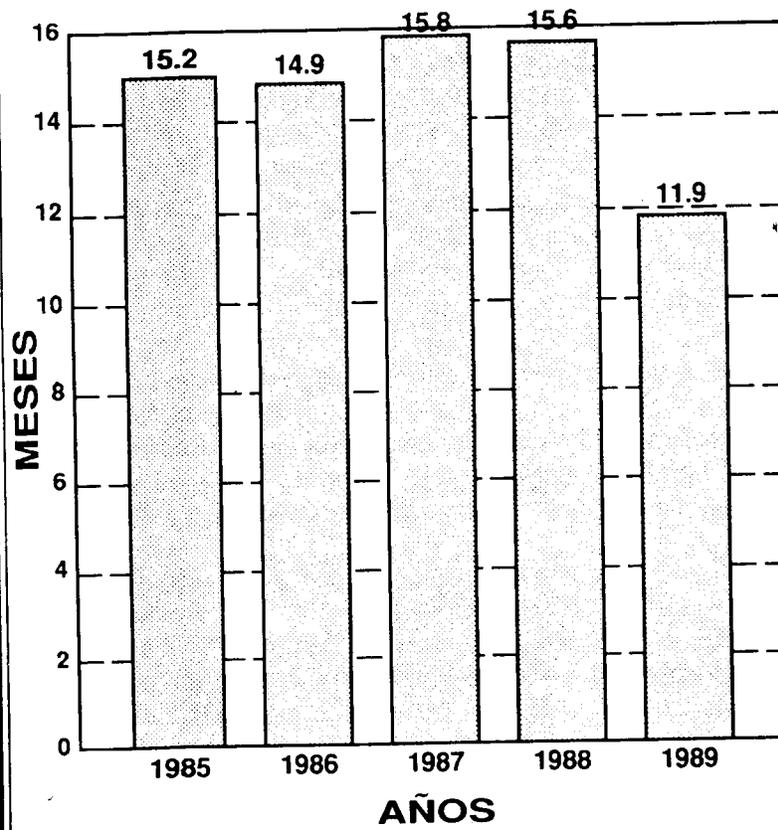
La evidencia de que la duración del amamantamiento se ha incrementado, surge del análisis de las figuras 15 y 16. Si excluimos el año 1989 del período 1985-1989, porque como vimos se trata de un año muy particular, la duración promedio de la lactancia (1985-1988) es 15,5 meses, dos meses más que en el período precedente (1980-1984).

Otro elemento que nos permite sustentar la afirmación tiene que ver con modificaciones en la modalidad. En concreto, el porcentaje de niños ablactados hasta los 12 meses de edad ha experimentado un comportamiento decreciente, tal como muestra la figura 17.

Figura 16

Duración promedio en meses de la lactancia materna en hijos previos nacidos entre 1985-1989 actualmente vivos, según años.

Ciudad de La Paz, enero-abril 1991



MEDICON 92

Tales modificaciones no son resultado de procesos de comunicación o educación, que han sido deficientes e insuficientes, además de que en la publicidad de sucedáneos no han estado ausentes imágenes de alimentación artificial. Hasta la publicidad del último censo nacional difundió una de esas imágenes.

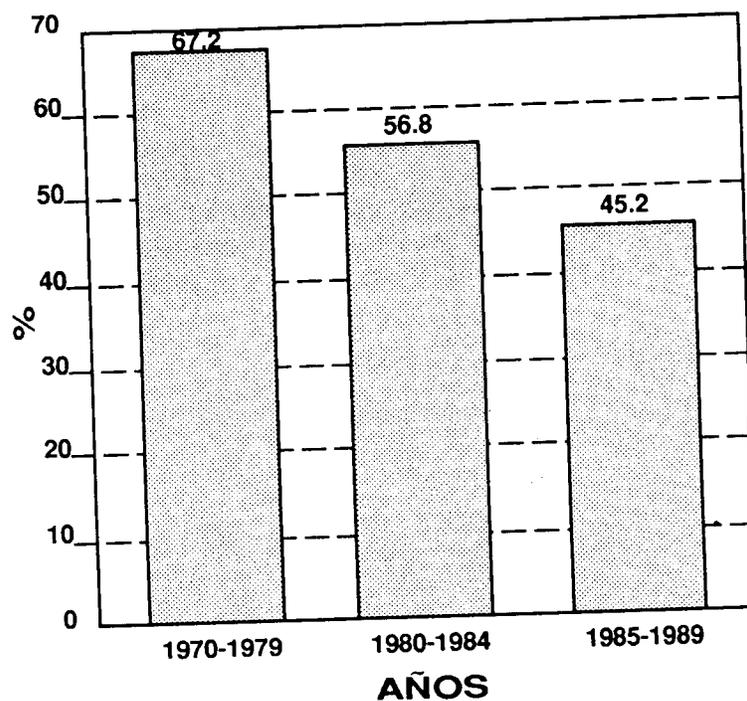
Las causas de la modificación de la lactancia en duración y modalidades se las encuentra en la crisis económica, que está impactando tanto en la oferta como en el consumo de bienes y servicios sociales.

La situación afecta más a las clases sociales empobrecidas, porque acceden con serias limitaciones al mercado de alimentos, debiendo prologar el amamantamiento sin poder complementarlo oportuna y apropiadamente; además, los niños están expuesto a frecuentes episodios de enfermedad, la mayoría resueltos en domicilio porque los servicios de salud no son una opción. Las consecuencias: desnutrición y muerte(21, 38).

Figura 17

Porcentajes de hijos previos ablactados hasta los 12 meses de edad, según períodos.

Ciudad de La Paz, enero-abril 1991



p=0.00000

MEDICON 92

EL FUTURO

Ha quedado demostrado que la lactancia materna es un valor social; es decir, una potencialidad colectiva que se opone a procesos deteriorantes que amenazan la salud infantil en los grupos sociales desprotegidos.

También, hemos comprobado que la duración y modalidades de la alimentación al pecho son influidas por variables sociales, como el nivel de instrucción y el tipo de trabajo que realiza la madre, así como por el ingreso económico familiar. La clase social, como categoría modeladora de las pautas valorativas, simbólicas y de comunicación, es a su vez la que determina el tipo de proceso nutricional que caracteriza a cada grupo social.

Por tanto, la lactancia materna es una expresión de las prácticas de alimentación y nutrición, y éstas de la forma que la sociedad produce y distribuye los alimentos, como objetos de disfrute y requisitos para que los ciudadanos desarrollen a plenitud sus facultades intelectuales y físicas.

En consecuencia, hacer depender la duración y modalidades de la lactancia materna de procesos educativos emergentes de los servicios de salud, desconociendo las implicaciones sociales y laborales de esta estrategia familiar, es una falta de comprensión de la realidad.

Lo mismo es posible decir de la lactancia materna en cuanto "instinto maternal", porque este argumento constituye una forma de presión social que obliga a la mujer adoptar el amamantamiento, a su cuenta y riesgo porque se hace muy poco para apoyarla y protegerla.

La lactancia materna prolongada ha sido vinculada a mayores prevalencias de desnutrición en la niñez. Esta realidad

tiene una relación indirecta con las prácticas de destete, por cuanto el deficiente acceso a más y mejores alimentos es una grave limitante social, que resulta de los bajos incentivos estatales al pequeño productor agrícola, ausencia de mecanismos que permitan cubrir pérdidas productivas en casos de desastres naturales, deficiente sostén a los precios del sector agropecuario, intermediación y elevado costo de transporte. El ciclo se cierra con el lento crecimiento de la demanda alimentaria por deterioro sostenido del salario real.

La incompreensión de la lactancia materna como trabajo femenino es otro de los sesgos conceptuales propios de nuestra sociedad machista, que hace depender la sobrevivencia del niño del "instinto maternal", sin otorgar a las mujeres apoyo y protección suficientes para que el amamantamiento se cumpla en las mejores condiciones, tanto para el niño como para la mujer.

En resumen, se considera que la lactancia materna es una práctica individual y por tanto dependiente sólo de variables propias de la mujer (edad, paridad, etc.). Se dice, entonces, que el amamantamiento está afectado por "factores de riesgo", y se ensaya actividades destinadas a atenuar o anular esos factores, considerados la causa del problema. Entonces, se cae en la trampa de la actividad (educación, capacitación, etc.), en una suerte de ideologización de la técnica y de la práctica por la práctica.

Cuando la actividad reemplaza a los objetivos, se desperdicia recursos y la fuerza de trabajo (personal) se agota. Es cierto que no pocos se sienten muy contentos, porque interpretan la dirección como figuración, o como el alto mando de las actividades. Esas personas terminan tan ocupadas que no tienen tiempo para reflexionar sobre la utilidad de su trabajo.

Otro resultado de lo anterior, y también de la falta de un enfoque globalizador, es la dogmatización de las reglas. Si la norma oficial dice que la lactancia materna debe prolongarse

hasta los 24 meses de edad del niño, el personal de salud, cuando es irreflexivo, asume el concepto al pie de la letra y lo difunde de la misma manera a la colectividad, sin observar la realidad y sin reflexionar sobre ella. Las normas son adoptadas como recetas y aplicadas a toda suerte de grupo humano, porque se considera a la comunidad como homogénea, poco menos que salida de una fábrica de robots todos iguales.

“Sin un sentido crítico, cualquier acción es una pérdida de tiempo. ¿Cómo se va a actuar sobre aquello que no se conoce?”(55).

La maternidad y la lactancia materna son componentes del proceso reproductivo, que a su vez está determinado por el perfil de reproducción social. Cuando la reproducción social está afectada por procesos deteriorantes (desempleo, subempleo, asalariamiento con reducción del ingreso, deficiente acceso a bienes y servicios, etc.), la lactancia materna es una estrategia de sobrevivencia, con modalidades dependientes de la duración del trabajo doméstico y extradoméstico, matizadas por aspectos simbólicos y culturales.

Por tanto, la consejería desde los servicios de salud no puede ser mecánica, descontextualizada ni estereotipada. Las acciones educativas y de apoyo deben basarse en la observación y en la reflexión, del individuo y de su entorno. Sólo así es posible emitir juicios más certeros y definir acciones más efectivas. Obrar por obrar es un desperdicio de tiempo y esfuerzos. Es fortalecer ideologías que niegan la realidad.

El cuadro siguiente muestra los procesos generales, particulares e individuales que tienen que ver con el proceso nutricional y la lactancia materna.

Cuadro 3 Elementos para una visión científica del proceso nutricional y de la lactancia materna

PROCESOS GENERALES	PROCESOS PARTICULARES	PROCESOS INDIVIDUALES
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sociedad clasista y machista ▪ Ausencia de seguridad alimentaria por deficiente apoyo estatal y privado a la producción de alimentos. ▪ Deficiente aplicación de las leyes que protegen la maternidad 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disminución del poder adquisitivo del dinero ▪ Jornada extradoméstica femenina que reduce las horas dedicadas por la mujer al cuidado de los hijos ▪ Prácticas hospitalarias que violan la autonomía de las madres y niños ▪ Actitud benefactora del personal de salud ▪ Intereses comerciales de los fabricantes de leche y de los medios de comunicación social ▪ Transculturación 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Años de escolaridad de la madre ▪ Experiencia previa en lactancia materna ▪ Insuficiente conocimiento de sus derechos sociales, legales y laborales ▪ Insuficiente conocimiento de las ventajas de la leche materna ▪ Motivaciones personales

El accionar de los servicios de salud se limita a contrarrestar los procesos individuales negativos, que son apenas una expresión de los procesos particulares y generales, por cuanto las mujeres son sujetos sociales inmersos en una realidad que afecta su vida, la de su familia y de su grupo social.

Es conveniente actuar sobre los procesos individuales, pero también reflexionar sobre los procesos particulares y generales, para crear conciencia de su importancia y vigencia, a fin de generar compromisos personales y grupales para una futura transformación social en favor de las clases sociales menos favorecidas.

El futuro de los niños depende de nuestra capacidad de separar lo verdadero de lo falso, lo esencial de lo accesorio, y luego actuar, pero no por los sentimientos que provocan beneficencia sino por la razón que origina solidaridad.

REFERENCIAS

1. Murillo de la Gálvez, A. Medicina nativa y popular de Bolivia (inédito).
2. Ministerio de Previsión Social y Salud Pública. **Programa nacional de complementación en la capacitación de parteras tradicionales y su relación con los servicios de salud materno infantil.** La Paz, Minsalud, 1991.
3. Hervada, R.A. Fisiología de la lactancia materna. **Revista de pediatría y nutrición.** 1984.
4. Lara, J. **Mitos, leyendas y cuentos de los kechuas.** La Paz, Los Amigos del Libro, 1973.
5. Organización Mundial de la Salud. **Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna.** Ginebra, 1981.
6. Organización Mundial de la Salud. **Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural.** La función especial de los servicios de maternidad. Ginebra, 1989. Declaración conjunta OMS/UNICEF.
7. Vargas, Z. Comité de fomento a la lactancia materna. **Rev Boliviana Ginecol Obstet** 6.1(2):25, 1983.
8. **Rev Boliviana Ginecol Obstet** 7(2):19-20, 1984.
9. Ministerio de Previsión Social y Salud Pública. **Reglamento de comercialización de sucedáneos de la leche materna.** La Paz, Mundy Color SRL, 1984.

10. Ministerio de Previsión Social y Salud Pública. **Normas y procedimientos nacionales**. La Paz, Edobol, 1990.
11. Ministerio de Previsión Social y Salud Pública. **Normas nacionales para la atención integral al niño, al escolar, al adolescente y a la mujer**. 2a. ed. La Paz, Artes Gráficas Latina, 1992.
12. Médicos Consultores. **Obstetricia Práctica**. La Paz, San Gabriel, 1987. Temas Obstétricos y Ginecológicos No. 1.
13. Médicos Consultores. **Enfermería práctica materno infantil**. La Paz, San Gabriel, 1989. Temas Obstétricos y Ginecológicos No. 3.
14. Médicos Consultores. **Educación para la vida sexual, familiar y de pareja**. La Paz, Atenea SRL, 1991. Temas Obstétricos y Ginecológicos No. 4.
15. Breilh, J. **La triple carga**. Deterioro prematuro de la mujer en el neoliberalismo. Quito, CEAS Ediciones, 1991.
16. Vera, R., Varela, G., Vilaseca, F., Aliaga, A., Murillo de la Gálvez, A. y Feraudy, M. **Situación de la lactancia materna en áreas urbanas de Bolivia**. La Paz, Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición, 1981.
17. Centro de Investigación y Consultoría y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. **Estudio: Conocimientos, actitudes y prácticas frente a la lactancia materna**. La Paz (mimeo), 1986.
18. Toro, A., Andrade, I. y Murillo de la Gálvez, A. **Mortalidad en los tres primeros años de vida**. La Paz, Min. Salud, 1984.
19. Czaplicki, A. Lactancia materna. En: Ministerio de Planeamiento y Coordinación. **Hábitos alimentarios y algunos patrones culturales en áreas rurales de Bolivia**. La Paz, 1981.

20. Murillo de la Gálvez, A. y Belmonte, R. **Enfermedad diarreica en áreas urbanas de Bolivia**. La Paz (mimeo), 1984.
21. Instituto Nacional de Estadística e Institute for Resource Development. **Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1989**. La Paz, 1990.
22. **Rev Boliviana Ginecol Obstet** 6.1(2):24, 1983.
23. Murillo de la Gálvez, A. Situación de la lactancia materna en Bolivia. **Rev Boliviana Ginecol Obstet** 8(1):5-13, 1985.
24. Murillo de la Gálvez, A. Lactancia materna en grupos urbanos de ingresos bajos. **Rev Boliviana Ginecol Obstet** 8(1):9-12, 1985.
25. Paredes, C. Programa de protección de la lactancia materna. **Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría** 25(2):104-109, 1986.
26. Canahuati, J. Lactancia materna. **Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría** 25(2):147-151, 1986.
27. Moscoso, B.G., Gonzales, S.F. y Hosious, H.G. Valores de glicemia en los recién nacidos alimentados con leche materna exclusiva. **Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría** 25(3):187-192, 1987.
28. Mazzi, E. Lactancia materna en clínica privada. Duración intrahospitalaria. **Rev Boliviana Ginecol Obstet** 13(2):21-23, 1990.
29. Mazzi, E. Lactancia materna en clínica privada. Duración en el primer año de vida. **Rev Boliviana Ginecol Obstet** 14(1):12-15, 1991.

30. Bartos, M.A. Lactancia materna 1990: Influencias socioculturales. **Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría** 30(1, suplemento):47-56, 1991
31. Bartos, M.A. Lactancia Materna 1990: Influencias del sector salud. **Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría** 30 (1, suplemento): 57-64, 1991.
32. Saunero, N.R. Lactancia materna y el personal de salud. **Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría** 30(1, suplemento):76-81, 1991.
33. National Statistics Institute and Institute for Resource Development. **Maternal and child health in Bolivia**. Report on the In-depth DHS Survey in Bolivia 1989. Columbia, 1991.
34. Consejo Nacional de Población y The Pathfinder Fund. **Mujer, trabajo y reproducción humana en tres contextos urbanos 1986-1987**. La Paz, Artes Gráficas Latina, 1989.
35. Casanovas, R. el sector informal urbano: apuntes para un diagnóstico. En: CEDLA y FLACSO. **El sector informal urbano en Bolivia** 2a. ed., La Paz, Edobol, 1988.
36. Schwarcz, L.A., Duverges, A.C., Diaz, G.A. y Fescina, R.H. Control prenatal. En: Schwarcz, L.A., Duverges, A.C., Diaz, G.A. y Fescina, R.H. **Obstetricia** 4a. ed., Buenos Aires, Ateneo, 1986.
37. Uribe, U.G., Ramirez, R.J., Romero, L.L. y Gutiérrez, L.N. El trabajo femenino y la salud de cuatro grupos de mujeres en Guadalajara, México. **Bol Of Sanit Panam** 111(2):101-111, 1991.
38. Medicos Consultores. **Mortalidad infantil en la ciudad de La Paz**. El efecto silencioso de la crisis. La Paz, Atenea SRL, 1992. Temas de Medicina Social No. 1.

39. Flores, V.L., Brito, D.E., Avila, R.H. y cols. Exploración de factores que pueden modificar el establecimiento y la duración de la lactancia. **Perinatol Reprod Hum** 2(1):16-24, 1988.
40. Organización Panamericana de la Salud. **Lactancia materna y regulación de la fecundidad**: conocimiento actual e implicaciones en las políticas de programas. Ginebra, 1982.
41. Breilh, J. **Epidemiología, economía, medicina y política** 3a. ed., México, Fontamara 19, 1986.
42. Toussaint, G., Casanueva, E., Atkin, C.L. y Avila, R.H. Lactancia: impacto del encuentro temprano madre-hijo. **Perinatol Reprod Hum** 2(1):115-120, 1988.
43. Avila, R.H., Ambrosi, C.R., Fernandez, M.B. y cols. Factores asociados a la práctica de la lactancia I.- Estudio de mujeres con control prenatal. **Perinatol Reprod Hum** 3(3):110-116, 1989.
44. Avila, R.H., Toussaint, M.G. y Gutiérrez, C.E. Indicadores del establecimiento de la lactancia en mujeres primíparas. **Perinatol Reprod Hum** 4(4):137-146, 1990.
45. Brown, K.H., Black, R.E., López de Romana, G. y cols. Infant feeding practices and their relationships with diarrhoeal and other diseases in Huascar (Lima), Perú. **Pediatrics** vol 83, 31-40, enero 1989.
46. Briend, A. and Bari, A. Breastfeeding improves survival, but not nutritional status, of 12-35 months old children in rural Bangladesh. **European Journal of Clinical Nutrition** vol 43, 603-608, 1989.
47. Glass, R.I. and Stoll, B.J. The protective effect of human milk against diarrhoea: A review of studies from Bangladesh. **Acta Pediátrica Scandinavica** vol 351, 131-136. 1989.

48. Mahmood, D.A., Feachem, R.G. and Huttly, S.R.A. Infant feeding and risk of severe diarrhoea in Basrah City, Iraq. A case-control study. **Bulletin of the World Health Organization** 67(6):701-706, 1989.
49. Victora, C.G., Smith, P.G., Vaughn, J.P. and cols. Evidence for protection by breastfeeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. **The Lancet** No. 8554, 319-321, agosto 1987.
50. Clemens, J.D., Sack, D.A., Harris, J.R. et. al. Breastfeeding and the risk of several cholera in rural Bangladeshi children. **American Journal of Epidemiology** 131(3):400-411, 1990.
51. Popkin, B.M., Adair, L., Akin, J.S. et. al. Breastfeeding and diarrhoeal morbidity. **Pediatrics** 86(6):874-882, 1990.
52. Castellanos, C.R. y Solorzano, S.F. Leche humana: propiedades inmunológicas y antimicrobianas. **Perinatol Reprod Hum** 4(1):32-38, 1990.
53. Breilh, J., Granda, E., Campaña, A., Yopez, J., Páez, R. y Costales, P. **Deterioro de la vida**. Quito, Corporación editorial nacional, 1990.
54. Organización Mundial de la Salud. **Modalidades de la lactancia natural en la actualidad**. Ginebra, OMS, 1984.
55. Boran, J. **Ver, juzgar y actuar**. Buenos aires, Sociedad San Pedro. 1987.

ANEXO 1

Distribución de las madres según duración de la lactancia en meses por clase social. Hijos previos nacidos entre 1985 - 1989 actualmente vivos.

Ciudad de La Paz, enero - abril 1991

Lactancia en meses	CLASE SOCIAL					Total
	Subproletarios	Proletarios	Comerc.\ Artesanos	Emple.\ Profes.	Burguesia	
0	7	2	6	9	0	24
1	14	1	8	20	1	44
2	5	2	0	12	0	19
3	11	6	9	29	0	55
4	5	4	2	16	0	27
5	5	1	4	20	1	31
6	10	6	6	36	1	59
7	11	9	5	20	2	47
8	16	12	13	34	1	76
9	17	9	7	31	0	64
10	11	3	3	14	1	32
11	3	5	0	6	0	14
12	102	42	24	98	0	266
13	8	3	5	16	0	32
14	34	18	7	42	3	104
15	33	26	12	37	0	108
16	19	12	8	21	0	60
17	12	2	5	7	0	26
18	63	35	31	71	1	201
19	13	6	7	18	0	44
20	22	21	5	21	0	69
21	2	1	3	2	0	8
22	3	1	0	3	0	7
23	3	1	1	1	0	6
24	65	26	27	71	0	189
25	1	0	0	1	0	2
26	2	0	3	3	0	8
27	0	1	0	2	0	3
28	1	0	1	6	0	8
29	2	0	0	0	0	2
30	9	4	3	2	0	18
31	1	0	0	0	0	1
32	0	0	1	0	0	1
36	8	3	1	5	0	17
39	1	0	0	0	0	1
70	1	0	0	0	0	1
Total:	520	262	207	674	11	1674

Análisis de varianza de 1 via Kruskal-Wallis
 Kruskal-Wallis H (equivalente a Chi cuadr.) = 32.146
 Grados de libertad = 4
 valor p = 0.000002

ANEXO 2

Distribución de las madres según duración de la lactancia en meses por establecimiento de salud al que concurren para el último parto. Hijos previos nacidos entre 1985-1989 actualmente vivos

Ciudad de La Paz, enero-abril 1991

LACTANCIA EN MESES	ESTABLECIMIENTO								TOTAL
	MNA	CSLP	HSG	CNS	MILITAR	ARAMAYO	CEMES	URME	
0	12	3	1	2	6	0	0	0	24
1	13	8	4	3	10	0	2	4	44
2	5	5	2	0	6	0	0	1	19
3	11	5	8	3	16	2	7	3	55
4	4	4	2	3	8	0	5	1	27
5	8	1	5	1	10	0	5	1	31
6	15	10	7	2	17	1	7	0	59
7	14	6	8	0	13	1	4	1	47
8	23	13	7	2	23	2	5	1	76
9	14	10	9	3	21	3	2	2	64
10	10	5	3	0	9	1	3	1	32
11	6	3	1	1	2	1	0	0	14
12	91	52	15	9	93	1	3	2	266
13	7	9	4	1	10	0	0	1	32
14	33	19	5	2	38	5	0	2	104
15	37	23	10	6	27	3	1	1	108
16	11	15	9	1	20	2	1	1	60
17	10	3	4	1	8	0	0	0	26
18	65	47	11	4	72	1	0	2	202
19	13	9	4	2	16	0	0	0	44
20	16	21	4	2	23	2	0	1	69
21	2	3	0	0	3	0	0	0	8
22	4	0	0	1	2	0	0	0	7
23	3	1	1	0	1	0	0	0	6
24	65	45	8	2	61	4	2	2	189
25	1	0	0	0	1	0	0	0	2
26	4	2	0	0	2	0	0	0	8
27	1	1	1	0	0	0	0	0	3
28	0	0	1	0	7	0	0	0	8
29	1	0	1	0	0	0	0	0	2
30	9	3	2	0	4	0	0	0	18
31	0	1	0	0	0	0	0	0	1
32	0	0	1	0	0	0	0	0	1
36	8	3	2	1	3	0	0	0	17
39	1	0	0	0	0	0	0	0	1
70	1	0	0	0	0	0	0	0	1
TOTAL:	518	330	140	52	532	29	47	21	1675

ANEXO 3

Distribución de las madres según duración de la lactancia en meses, por tipo de trabajo.
Hijos previos nacidos entre 1988-1989 actualmente vivos.

Ciudad de La Paz, enero-abril 1991

LACTANCIA EN MESES	T R A B A J O			T O T A L
	SOLO DOMESTICO	DOMESTICO MAS OTRO EN CASA	DOMESTICO MAS OTRO FUERA DE CASA	
0	11	0	5	16
1	12	0	8	20
2	9	1	3	13
3	16	1	18	35
4	10	0	7	17
5	10	1	7	18
6	21	0	15	36
7	25	1	8	34
8	36	5	15	56
9	28	3	16	47
10	19	5	3	27
11	7	1	3	11
12	136	10	47	193
13	15	0	7	22
14	44	5	21	70
15	57	5	20	82
16	30	3	13	46
17	12	1	5	18
18	85	8	34	127
19	25	3	8	36
20	36	4	7	47
21	3	0	0	3
22	3	0	0	3
23	2	1	1	4
24	69	5	25	99
26	3	0	1	4
27	1	0	1	2
28	2	0	2	4
30	2	0	1	3
36	1	0	0	1
TOTAL:	730	63	301	1094

Analisis de varianza de 1 via Kruskal-Wallis
 Kruskal-Wallis H (equivalente a Chi Cuadr.) = 8.562
 Grados de libertad = 2
 valor p = 0.013832

ANEXO 4

Distribución de las madres según duración de la lactancia en meses por años de escolaridad. Hijos previos nacidos entre 1985-1989 actualmente vivos.

Ciudad de La Paz, enero-abril 1991

LACTANCIA EN MESES	AÑOS DE ESCOLARIDAD			TOTAL
	0 A 4	5 A 8	9 Y >	
0	2	9	13	24
1	8	9	27	44
2	3	3	13	19
3	5	8	41	54
4	1	1	25	27
5	4	4	23	31
6	4	8	47	59
7	5	9	33	47
8	11	13	49	73
9	7	13	44	64
10	6	11	15	32
11	0	2	12	14
12	69	73	123	265
13	8	6	18	32
14	22	24	58	104
15	21	33	51	105
16	19	7	34	60
17	6	7	13	26
18	51	63	85	199
19	17	3	24	44
20	17	21	31	69
21	2	3	3	8
22	1	2	4	7
23	1	1	4	6
24	60	50	79	189
25	0	0	2	2
26	5	0	3	8
27	0	2	1	3
28	0	3	5	8
29	0	0	2	2
30	3	5	10	18
31	1	0	0	1
32	0	0	1	1
36	5	6	6	17
39	0	1	0	1
70	1	0	0	1
TOTAL:	365	400	899	1664

ANOVA (solo datos distribuidos normalmente)
valor p = 0.000000

ANEXO 5

Distribución de las madres según duración de la lactancia materna en meses por ingreso familiar mensual en bolivianos del primer cuatrimestre de 1991. Hijos previos nacidos entre 1988-1989 actualmente vivos.

Ciudad de La Paz, enero-abril 1991

LACTANCIA EN MESES	INGRESO FAMILIAR EN BOLIVIANOS					TOTAL
	0 a 119	120 a 359	360 a 659	660 a 899	900 >	
0	2	5	2	4	3	16
1	0	6	6	3	5	20
2	1	6	3	2	2	14
3	1	9	8	6	11	35
4	0	6	6	1	4	17
5	1	6	7	1	3	18
6	1	6	14	8	7	36
7	2	10	12	4	5	33
8	2	16	19	12	7	56
9	0	19	15	6	7	47
10	0	13	8	5	1	27
11	0	3	6	1	2	12
12	4	86	67	26	11	194
13	1	11	8	2	1	23
14	1	31	23	9	6	70
15	5	33	33	9	2	82
16	1	20	17	6	3	47
17	0	4	11	2	1	18
18	6	62	36	21	5	130
19	3	15	13	4	2	37
20	2	24	18	2	1	47
21	0	3	0	0	0	3
22	0	3	0	0	0	3
23	0	1	2	0	1	4
24	4	41	42	8	4	99
26	0	1	2	1	0	4
27	0	0	2	0	0	2
28	0	1	1	1	1	4
30	0	1	1	1	0	3
36	0	1	0	0	0	1
TOTAL:	37	443	382	145	95	1102

Análisis de varianza de 1 vía Kruskal-Wallis
 Kruskal-Wallis H (equivalente a Chi cuadr.) = 47.019
 Grados de libertad = 4
 valor p = 0.000000

ANEXO 6

Distribución de las madres según duración de la lactancia en meses por tiempo transcurrido en meses desde el nacimiento del hijo previo hasta el inicio del embarazo actual. Hijos previos nacidos entre 1985-1989 actualmente vivos.

Ciudad de La Paz, enero-abril 1991

LACTANCIA EN MESES	M E S E S			TOTAL
	< 18	18-23	24 >	
0	10	1	13	24
1	13	5	26	44
2	11	3	5	19
3	25	5	25	55
4	8	5	12	25
5	13	3	15	31
6	27	4	27	58
7	21	8	18	47
8	43	7	26	76
9	29	8	27	64
10	22	5	5	32
11	10	2	2	14
12	138	35	93	266
13	14	6	11	31
14	45	16	43	104
15	57	17	33	107
16	37	5	18	60
17	10	5	11	26
18	71	36	94	201
19	14	16	14	44
20	11	29	27	67
21	1	1	6	8
22	2	1	4	7
23	2	0	4	6
24	10	50	127	187
25	0	0	2	2
26	2	1	5	8
27	0	1	2	3
28	0	1	7	8
29	0	0	2	2
30	1	0	17	18
31	0	0	1	1
32	0	0	1	1
36	0	0	17	17
39	0	0	1	1
70	0	0	1	1
TOTAL:	647	276	742	1665

ANEXO 7

Distribución de las madres según duración de la lactancia en meses por periodos. Hijos previos nacidos entre 1970-1990 actualmente vivos.

Ciudad de La Paz, enero-abril 1991

LACTANCIA EN MESES	P E R I O D O S				TOTAL
	70 - 79	80 - 84	85 - 89	90	
0	6	7	24	1	38
1	4	19	44	8	75
2	1	9	19	4	33
3	5	13	55	7	80
4	1	8	27	1	37
5	0	6	31	4	41
6	2	15	59	7	83
7	1	6	47	4	58
8	8	15	76	4	103
9	5	15	64	2	86
10	1	8	32	0	41
11	1	1	14	0	16
12	10	58	266	4	338
13	1	6	32	0	39
14	3	16	104	0	123
15	1	13	108	2	124
16	1	6	60	0	67
17	0	2	26	0	28
18	7	31	201	0	239
19	1	4	44	0	49
20	0	8	69	0	77
21	0	0	8	0	8
22	0	2	7	0	9
23	0	0	6	0	6
24	7	20	189	0	216
25	0	0	2	0	2
26	0	2	8	0	10
27	0	0	3	0	3
28	0	3	8	0	11
29	0	0	2	0	2
30	0	7	18	0	25
31	0	0	1	0	1
32	0	0	1	0	1
33	0	1	0	0	1
36	1	10	17	0	28
39	0	0	1	0	1
40	0	2	0	0	2
48	0	4	0	0	4
70	0	0	1	0	1
TOTAL:	67	317	1674	48	2106

Análisis de varianza por 1 via Kruskal-Wallis
 Kruskal-Wallis H (equivalente a Chi cuadr.) = 87.947
 Grados de libertad = 3
 valor p = 0.000000

ANEXO 8

Distribución de las madres según duración de la lactancia materna en meses por años.
Hijos previos nacidos entre 1985-1989 actualmente vivos

Ciudad de La Paz, enero-abril 1991

LACTANCIA EN MESES	A Ñ O S					TOTAL
	85	86	87	88	89	
0	4	2	2	6	10	24
1	6	5	13	8	12	44
2	1	2	2	4	10	19
3	4	7	9	10	25	55
4	1	4	5	8	9	27
5	5	4	4	7	11	31
6	6	7	10	11	25	59
7	1	8	4	14	20	47
8	3	5	12	14	42	76
9	4	5	8	17	30	64
10	1	1	3	9	18	32
11	2	0	0	2	10	14
12	15	31	26	61	133	266
13	1	4	4	9	14	32
14	9	8	17	26	44	104
15	2	5	18	27	56	108
16	2	3	8	14	33	60
17	2	3	3	7	11	26
18	15	20	37	68	61	201
19	3	2	2	26	11	44
20	2	4	16	37	10	69
21	2	1	2	2	1	8
22	3	1	0	1	2	7
23	2	0	0	3	1	6
24	17	29	43	89	11	189
25	0	1	1	0	0	2
26	1	1	2	3	1	8
27	0	0	1	2	0	3
28	2	1	1	4	0	8
29	0	0	2	0	0	2
30	2	5	8	2	1	18
31	0	0	1	0	0	1
32	0	1	0	0	0	1
36	5	4	7	0	1	17
39	1	0	0	0	0	1
70	0	0	1	0	0	1
TOTAL:	124	174	272	491	613	1674

Análisis de varianza por 1 via Kruskal-Wallis
 Kruskal-Wallis H (equivalente a Chi cuadr.) = 107.838
 Grados de libertad = 4
 valor p = 0.000000

ANEXO 9

Duración promedio en meses de la lactancia materna, desviación estandar en meses y porcentaje de niños no amamantados, según periodos y por características sociales, biológicas y demográficas de las madres y por condiciones de sobrevivencia de los hijos previos.

Ciudad de La Paz, enero-abril 1991

Característica de la población estudiada y periodo de referencia	Característica específica	No. de madres	Duración prom. en meses	D.S (meses)	% niños no amamantados
Lactancia materna en hijos previos nacidos entre 1985-1989 actualmente vivos, según establecimiento de salud utilizado por las madres en el parto actual.	CSLP No. 1	330	15.1	6.7	0.9
	I.M.N.A.	518	14.8	7.7	2.3
	18 de Mayo	532	14.3	6.7	1.1
	C. Aramayo	29	13.7	6.0	0.0
	San Gabriel	140	13.0	7.5	0.7
	H. Militar	52	12.0	7.2	3.8
	C. URME	27	9.9	7.0	0.0
	C. CEMES	47	7.3	4.8	0.0
TOTAL	1.675	14.2	7.2	1.4	
Lactancia materna en hijos previos nacidos entre 1985-1989, vivos y fallecidos, según establecimiento de salud utilizado por las madres en el parto actual.	CSLP No. 1	366	14.2	7.2	2.7
	18 de Mayo	571	13.6	7.2	2.4
	I.M.N.A.	596	13.5	8.2	5.0
	San Gabriel	149	12.4	7.7	1.3
	H. Militar	52	12.0	7.2	3.8
	C. Aramayo	34	11.7	7.3	11.8
	C. URME	28	9.6	7.1	0.0
	C. CEMES	51	6.8	4.9	3.9
TOTAL	1.847	13.3	7.6	3.5	
Lactancia materna en hijos previos nacidos entre 1985-1989 actualmente vivos según clase social.	Subempleados	520	15.2	7.5	1.4
	Obreros	262	15.0	6.3	0.8
	Com./artesanos	208	14.3	7.5	2.9
	Empleados/prof.	674	13.1	7.1	1.3
	Burguesía	11	9.4	4.8	0.0
	TOTAL	1.675	14.2	7.2	1.4
Lactancia materna en hijos previos nacidos entre 1985-1989, vivos y fallecidos, según clase social.	Subempleados	587	14.0	8.0	3.2
	Obreros	284	14.2	7.0	3.2
	Com./artesanos	240	13.2	7.8	4.6
	Empleados/prof.	724	12.5	7.4	3.3
	Burguesía	12	8.7	5.3	8.3
	TOTAL	1.847	13.3	7.6	3.5
Lactancia materna en hijos previos nacidos entre 1988-1989 actualmente vivos, según tipo de trabajo de la madre.	Sólo doméstico	730	13.8	6.2	1.5
	Doméstico y otro remunerado en casa	63	14.3	5.2	0.0
	Doméstico y extradoméstico	301	12.7	6.5	1.7
	TOTAL	1.094	13.5	6.2	1.5
Lactancia materna en hijos previos nacidos entre 1988-1989 actualmente vivos, según ingreso económico familiar mensual en bolivianos de 1991	0 a 119	37	13.9	6.7	5.4
	120 a 359	443	14.2	5.9	1.1
	360 a 659	382	14.0	6.1	0.5
	660 a 899	145	12.6	6.2	2.8
	900 y más	95	9.7	6.5	3.2

Característica de la población estudiada y período de referencia	Característica específica	No. de madres	Duración prom. en meses	D.S. (meses)	% niños no amamantados
Lactancia materna en hijos previos nacidos entre 1985-1989 actualmente vivos, según paridad materna.	1 hijo	705	13.1	7.4	1.1
	2-3 hijos	630	14.6	7.0	1.4
	4-5 hijos	218	15.7	7.0	1.4
	6-7 hijos	84	14.9	7.0	2.4
	8 y más	37	16.2	7.5	2.7
Lactancia materna en hijos previos nacidos entre 1988-1989 actualmente vivos, según edad de la madre al momento de la encuesta.	- 20	50	11.9	5.3	0.0
	20 a 29	683	13.3	6.0	1.3
	30 a 39	346	14.0	6.6	1.7
	40 a 49	24	17.1	7.2	4.2
Lactancia materna en hijos previos nacidos entre 1985-1989 vivos y fallecidos, según edad y tipo de trabajo de la madre (sólo trabajo doméstico)	- 20	45	9.7	6.4	2.2
	20 a 29	744	13.0	7.2	3.5
	30 a 39	340	14.6	7.7	3.8
	40 a 49	31	15.6	8.1	9.7
	TOTAL	1.160	13.4	7.4	3.7
Lactancia materna en hijos previos nacidos entre 1985-1989 vivos y fallecidos, según edad y tipo de trabajo de la madre (doméstico y otro remunerado en casa).	- 20	5	12.5	1.7	0.0
	20 a 29	51	14.0	7.2	0.0
	30 a 39	43	15.4	6.7	0.0
	40 a 49	5	11.8	6.3	0.0
	TOTAL	104	14.4	6.8	0.0
Lactancia materna en hijos previos nacidos entre 1985-1989 vivos y fallecidos, según edad y tipo de trabajo de la madre (doméstico y extradoméstico).	- 20	19	10.3	6.5	5.3
	20 a 29	290	13.4	8.3	2.8
	30 a 39	246	11.8	7.9	4.9
	40 a 49	11	21.4	6.6	0.0
	TOTAL	566	12.8	8.1	3.7
Lactancia materna en hijos previos nacidos entre 1985-1989 actualmente vivos, según años de escolaridad de la madre.	0 a 4	365	16.1	7.1	0.6
	5 a 8	400	15.1	7.1	2.2
	9 y más	900	13.0	7.1	1.4
	TOTAL	1.665	14.2	7.2	1.4
Lactancia materna en hijos previos nacidos entre 1985-1989 vivos y fallecidos, según años de escolaridad y tipo de trabajo de la madre (sólo trabajo doméstico).	0 a 4	257	15.1	7.2	2.0
	5 a 8	308	13.6	7.7	5.5
	9 y más	589	12.6	7.3	3.4
	TOTAL	1.154	13.4	7.4	3.6
Lactancia materna en hijos previos nacidos entre 1985-1989 vivos y fallecidos, según años de escolaridad y tipo de trabajo de la madre (doméstico y otro remunerado en casa).	0 a 4	35	15.5	6.6	0.0
	5 a 8	27	14.8	7.9	0.0
	9 y más	42	13.3	6.0	0.0
	TOTAL	104	14.4	6.8	0.0

Característica de la población estudiada y periodo de referencia	Característica específica	No. de madres	Duración prom. en meses	D.S. (meses)	% niños no amamantados
Lactancia materna en hijos previos nacidos entre 1985-1989 vivos y fallecidos, según años de escolaridad y tipo de trabajo de la madre (doméstico y extradoméstico).	0 a 4	116	14.7	9.1	1.7
	5 a 8	124	13.1	8.0	4.8
	9 y más	323	12.0	7.7	3.7
	TOTAL	563	12.8	8.1	3.6
Lactancia materna en hijos previos nacidos entre 1985-1989 actualmente vivos, según espacio en meses entre el nacimiento del hijo previo y el inicio del embarazo actual.	- 18	647	12.0	5.3	1.6
	18 a 23	276	15.7	6.3	0.4
	24 y más	742	15.5	8.4	1.8
	TOTAL	1.665	14.2	7.2	1.4
Lactancia materna en hijos previos nacidos entre 1987-1988, según su condición de sobrevivencia al momento de la encuesta.	Vivos	763	15.7	7.5	1.0
	Fallecidos	60	5.3	6.5	20.0
	TOTAL	823	14.9	7.7	2.4
Lactancia materna en hijos previos nacidos entre 1985-1989, fallecidos antes de cumplir el segundo año de vida, según causa biológica de defunción.	Diarrea	43	7.3	5.6	2.3
	Neumonía	29	4.8	4.5	3.4
	Perinatal	43	0.4	0.6	62.8
	Otras	40	4.5	4.7	20.0
Lactancia materna en hijos previos nacidos entre 1985-1989, fallecidos antes de cumplir el segundo año de vida, según años de escolaridad de la madre.	0 a 4	42	4.9	5.2	11.9
	5 a 8	64	4.1	5.0	21.9
	9 y más	58	3.7	4.7	32.8
	TOTAL	164	4.2	5.0	23.2
Lactancia materna en hijos previos nacidos entre 1985-1989, fallecidos antes de cumplir el segundo año de vida, según clase social.	Subempleados	66	4.3	4.9	18.2
	Obreros	21	3.7	5.4	33.3
	Com\artesanos	31	5.4	5.3	16.1
	Empleados/prof.	49	3.2	4.3	30.6
Lactancia materna en hijos previos fallecidos entre 1975-1991 antes de cumplir el segundo año de vida, según lugar de la defunción.	Hospital	81	3.3	4.8	43.2
	Domicilio	127	4.1	4.8	15.0
	TOTAL	208	3.8	4.8	26.0

Característica de la población estudiada y periodo de referencia	Característica específica	No. de madres	Duración prom. en meses	D.S. (meses)	% niños no amamantados
Lactancia materna en hijos previos nacidos entre 1970-1990 actualmente vivos, según periodo de nacimiento.	1970-1979	67	10.9		9.0
	1980-1984	317	13.5		2.2
	1985-1988	1.062	15.5	7.8	1.3
	1985-1989	1.675	14.2		1.4
Lactancia materna en hijos previos nacidos entre 1985-1990 actualmente vivos, según año de nacimiento.	1985	124	15.2		3.2
	1986	174	14.9		1.2
	1987	272	15.8		0.7
	1988	492	15.6		1.2
	1989	613	11.9		1.6
	1990	48	5.4	3.8	2.1

ANEXO 10

DEFINICIONES

ABLACTACION: Cese completo de la lactancia natural.

AMAMANTAMIENTO: (ver, lactancia materna).

CLASE SOCIAL: Grandes grupos de personas que ocupan un lugar en el sistema histórico de producción, por la relación que tienen con los medios de producción, por el papel que desempeñan en la organización del trabajo y por la producción y modo de la riqueza social que reciben.

CONTRAVALOR: Lo contrario al valor. Factor de riesgo.

DESTETE: Interrupción de la alimentación del lactante al pecho, y sustituirla por otros hábitos alimenticios. Es un proceso que se inicia con la introducción de líquidos y/u otros alimentos y concluye en la ablactación.

EMBARAZO ACTUAL: El que concluyó en nacimiento en el primer cuatrimestre de 1991.

HIJO PREVIO: El que nació vivo antes del embarazo actual.

LACTANCIA ARTIFICIAL: Cuando el bebé se alimenta con leche artificial, sin recibir leche materna.

LACTANCIA MATERNA: Es la forma por la cual el niño se alimenta, recibiendo la leche directamente de la glándula mamaria a su boca.

LACTANCIA NATURAL: Ingestión de leche materna a través de diferentes técnicas.

PARTO ACTUAL: El ocurrido en el primer cuatrimestre de 1991.

POTENCIALIDAD: (ver, valor).

VALOR: Potencialidad. Lo contrario al factor de riesgo.

MEDICOS CONSULTORES (MEDICON), es una organización privada sin fines de lucro dedicada a la docencia, a la investigación, al asesoramiento y a la producción de material educativo y bibliográfico, en el campo de la salud materno infantil y la medicina social.

Todas las actividades de MEDICON tienen el propósito de generar entre los profesionales de la salud, conciencia crítica sobre la causalidad social de los males biológicos que aquejan a los bolivianos.

Su objetivo central es crear entre los médicos una nueva corriente de pensamiento, en la que sean eliminadas las preocupaciones de carácter personalista o individual para dar paso al concepto cabal de la función social del médico.

Así, en la futura sociedad boliviana, a la que tendremos que llegar sin imposiciones ni recetas foráneas, la medicina será una ciencia al servicio de la colectividad, porque la salud es una necesidad biológica individual y un derecho colectivo.

**MEDICON
Casillas 2919 - 7248
La Paz - Bolivia
Sudamérica**