

**UNIVERSIDAD AMAZONICA DE PANDO
ACULTAD FCIESCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA**



**FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA ORIENTACION DE LA
LACTANCIA MATERNA EN MADRES GESTANTES DE 15 A 35
AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD SIMÓN BOLÍVAR
DEL MUNICIPIO DE GUAYARAMERÍN EN LOS MESES DE JULIO A
SEPTIEMBRE DE LA GESTIÓN 2025**

MONOGRAFIA DE INVESTIGACIÓN REALIZADA DURANTE EL SERVICIO SOCIAL
RURAL OBLIGATORIO PARA OPTAR AL TITULO DE LICENCIATURA EN
ENFERMERIA

AUTOR: INT. ENF. LUZ CLARITA CAMBERO CHAVEZ

TUTOR: LIC. BENJAMÍN MIGUEL MACHICADO AYALA

DOCENTE: LIC. DIGNA CARI CONDOLI

LAS PIEDRAS – PANDO – BOLIVIA

AÑO 2025

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo de investigación a mi madre, por ser mi pilar incondicional, por su amor inmenso, sus sacrificios y su fe constante en mí. Gracias por enseñarme a luchar con valor y a nunca rendirme.

A mi familia, por su apoyo, comprensión y compañía a lo largo de este camino. Cada palabra de aliento y cada gesto de cariño han sido fundamentales para llegar hasta aquí.

Con todo mi amor y gratitud, esta monografía es también de ustedes.

A mi tutor, por guiarme constantemente para hacer realidad esta monografía

AGRADECIMIENTO

A Dios, por guiar mis pasos, fortalecerme en los momentos difíciles y brindarme la sabiduría y el aliento necesarios para alcanzar esta meta.

A mi madre, por ser mi ejemplo de lucha, amor y perseverancia. Gracias por cada sacrificio, cada palabra de aliento y por creer en mí incluso cuando yo dudaba.

A mi familia, por su apoyo constante, comprensión y cariño a lo largo de todo este proceso. Su presencia ha sido esencial para seguir adelante.

A mi tutor, por su orientación, paciencia y dedicación. Gracias por compartir sus conocimientos y acompañarme con compromiso durante el desarrollo de esta monografía.

A todos ustedes, mi más sincero agradecimiento.

INDICE

| | | |
|---------|--|----|
| 1. | Introducción | 1 |
| 1.1. | Planteamiento Del Problema..... | 4 |
| 1.2. | Delimitación Del Estudio. | 5 |
| 1.2.1. | Delimitación Del Estudio Temática | 5 |
| 1.2.2. | Delimitación Temporal | 5 |
| 1.2.3. | Delimitación Espacial | 5 |
| 1.3. | Pregunta De Investigación..... | 5 |
| 1.4. | Objetivos..... | 5 |
| 1.4.1. | Objetivo General | 5 |
| 1.4.2. | Objetivos Específicos | 6 |
| 1.5. | Justificación. | 6 |
| 2. | Marco Teórico | 7 |
| 2.1. | Antecedentes..... | 7 |
| 2.1.1. | Ámbito internacional | 7 |
| 2.2. | Bases legales. | 8 |
| 2.2.1. | Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia (CPE) | 8 |
| 2.3. | Bases Teóricas..... | 9 |
| 2.3.1. | Definición De La Lactancia Materna | 9 |
| 2.3.2. | Cuadro Comparativo De Ambas Leches | 10 |
| 2.3.3. | Las Mamas Y La Lactancia | 10 |
| 2.3.4. | Partes De La Mama | 12 |
| 2.3.5. | Esquema Fisiológico De La Mama | 12 |
| 2.3.6. | La Mamo Génesis: | 13 |
| 2.3.7. | La Leche Deberá Poseer Las Sigüientes Cualidades: | 14 |
| 2.3.8. | Reflejos | 15 |
| 2.3.9. | Reflejos En La Madre: | 16 |
| 2.3.10. | La Leche | 17 |
| 2.3.11. | Pre-Calostro: | 18 |
| 2.3.12. | Calostro: | 18 |
| 2.3.13. | Leche de Transición: | 18 |
| 2.3.14. | Leche Madura: | 18 |
| 2.3.15. | Proteínas: | 21 |
| 2.3.16. | Grasas: | 21 |
| 2.3.17. | Central | 22 |
| 2.3.18. | Vitaminas y Minerales: | 22 |
| 2.3.19. | Enzimas: | 23 |
| 2.3.20. | Factor Defensivo e Inmunológico: | 24 |
| 2.3.21. | La Lactancia Materna Protege Al Bebe Se: | 24 |
| 2.3.22. | Los Altos Beneficios De La Lactancia En Recien Nacidos | 25 |

| | |
|---|----|
| 2.3.23. Entre Las Ventajas De La Lactancia Contamos:..... | 25 |
| 2.3.24. Lactancia Materna Correcta, Exitosa, Y Feliz..... | 27 |
| 2.3.25. Reflejo De Succión: | 28 |
| 2.3.26. Anteriormente Mencionamos Tres Reflejos En El Bebe: | 29 |
| 2.3.27. Medidas de la Unicef, Para Fomentar la ‘Lactancia Materna’ | 30 |
| 2.3.28. 11 Pasos De La Lactancia Materna | 31 |
| 3. Marco Metodológico | 33 |
| 3.1. Tipo y Enfoque De Investigación. | 33 |
| 3.1.1. Tipo De Investigación..... | 33 |
| 3.1.2. Enfoque..... | 33 |
| 3.2. Diseño De La Investigación..... | 33 |
| 3.3. Población y Muestra | 33 |
| 3.3.1. Población | 33 |
| 3.3.2. Muestra..... | 34 |
| 3.4. Tipo De Muestreo | 34 |
| 3.4.1. Muestreo No Probabilístico Por Conveniencia. | 34 |
| 3.4.2. Criterios De Inclusión y Exclusión | 34 |
| 4. RESULTADOS. | 36 |
| 4.1. Conclusiones. | 46 |
| 4.1.1. El Conocimiento Declarado No Garantiza La Apropiación Crítica Del Saber Sobre Lactancia Materna..... | 46 |
| 4.1.2. Los Saberes Previos Y Los Mitos Aún Operan Como Filtros Interpretativos Poderosos | 46 |
| 4.1.3. La Intención De Lactar No Se Acompaña De Seguridad Ni De Redes De Apoyo | 46 |
| 4.1.4. La Fuente Principal De Información Es El Personal De Salud, Pero No Se Valida La Calidad Del Mensaje | 46 |
| 4.1.5. La Investigación Participativa Como Herramienta De Transformación..... | 47 |
| 4.2. Recomendaciones..... | 47 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 49 |
| ANEXOS..... | 51 |

RESUMEN

La presente investigación, de tipo descriptivo y enfoque mixto (cuanti-cualitativo), se desarrolló en el Centro de Salud Simón Bolívar del municipio de Guayaramerín, departamento del Beni (Bolivia), de julio a septiembre de 2025.

Su objetivo fue comprender los factores que limitan el conocimiento sobre lactancia materna en gestantes de 15 a 35 años que asisten a su control prenatal. Se trabajó con una muestra no probabilística por conveniencia de 25 participantes a las que se aplicó una encuesta estructurada de 10 preguntas cerradas, complementada con observaciones y notas de campo. Los resultados evidenciaron que el 80 % de las gestantes declaró "conocer" sobre lactancia materna; sin embargo, al indagar en detalle, solo el 72 % identificó correctamente la posición adecuada para amamantar y el 28 % desconoció los beneficios específicos para el bebé. Ninguna de las participantes mencionó el fortalecimiento del vínculo afectivo madre e hijo como un beneficio relevante. En cuanto a la duración de la lactancia exclusiva, el 84 % respondió adecuadamente que debe mantenerse hasta los seis meses, pero el 32 % consideró que el pecho debe ofrecerse "solo cuando llora el bebé", lo que evidencia una comprensión parcial sobre la frecuencia de lactancia. La principal fuente de información fue el personal de salud (48 %), seguida de medios de comunicación (24 %) y personas del entorno (8 %), lo que confirma el rol central del equipo sanitario en la transmisión de conocimientos. A pesar de ello, persisten mitos arraigados y una baja apropiación crítica del saber. Se concluye que el modelo educativo actual, de carácter unidireccional y bancario, resulta insuficiente para transformar creencias populares y generar seguridad en las mujeres.

La investigación propone repensar la educación prenatal desde una pedagogía crítica e intercultural, que dialogue con los saberes locales, incorpore prácticas corporales vivenciales y promueva redes de apoyo entre pares.

ABSTRACT

This descriptive, mixed-methods study was carried out at the Simón Bolívar Health Centre in Guayaramerín, Beni Department, Bolivia, between July and September 2025. Its main objective was to understand the factors that limit knowledge of breastfeeding among pregnant women aged 15–35 who attended antenatal care. A convenience sample of 20 participants completed a ten-item structured survey; field notes and brief participant observations were also collected. Although 80 % of the women claimed to “know about” breastfeeding, only 72 % could identify the correct feeding position and 28 % were unable to list any specific benefits for the newborn. None of the respondents mentioned the strengthening of mother–infant bonding as a benefit. While 84 % correctly stated that exclusive breastfeeding should continue for six months, 32 % believed that the baby should be put to the breast “only when he or she cries”, revealing a partial understanding of feeding frequency. Health-care staff were the main source of information (48 %), followed by mass media (24 %) and relatives or neighbours (8 %), confirming the central role of the health team in knowledge transmission. Nevertheless, deeply rooted myths persist and critical appropriation of information remains low. We conclude that the current educational model—essentially unidirectional and “banking” in nature—is insufficient to transform popular beliefs or to generate maternal confidence. The study argues for reframing antenatal education through a critical and intercultural pedagogy that dialogues with local knowledge, incorporates embodied learning, and fosters peer-support networks. In addition, health personnel should be trained in non-colonising communication and active-listening techniques so that they can accompany pregnant women in constructing an informed, safe, and culturally relevant maternity. Such a transformation could increase exclusive breastfeeding rates and reduce infant morbidity in Amazonian contexts such as Guayaramerín.

1. Introducción.

La lactancia materna, reconocida universalmente como el patrón oro de alimentación infantil por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), representa mucho más que una simple transferencia de nutrientes. Constituye un vínculo biológico y afectivo que configura la salud, el desarrollo cognitivo y la calidad de vida del lactante, al tiempo que protege la salud materna a corto y largo plazo. Sin embargo, en nuestras latitudes, esta práctica ancestral confronta una paradoja moderna: mientras las generaciones previas la asumían como un proceso natural y colectivo, las jóvenes madres La lactancia materna, reconocida universalmente como el patrón oro de alimentación infantil por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), representa mucho más que una simple transferencia de nutrientes. Constituye un vínculo biológico y afectivo que configura la salud, el desarrollo cognitivo y la calidad de vida del lactante, al tiempo que protege la salud materna a corto y largo plazo. Sin embargo, en nuestras latitudes, esta práctica ancestral confronta una paradoja moderna: mientras las generaciones previas la asumían como un proceso natural y colectivo, las jóvenes madres de hoy enfrentan una multiplicidad de factores que erosionan este saber tradicional.

En el corazón de la Amazonía boliviana, donde el río Mamoré serpentea entre comunidades dispersas y la vida transcurre al ritmo de la naturaleza, se encuentra Guayaramerín un municipio que, como muchos otros en nuestro país, enfrenta desafíos complejos en materia de salud materno-infantil. En este contexto, la lactancia materna emerge no solo como una práctica biológica, sino como un acto profundamente enraizado en las dinámicas culturales, sociales y económicas que atraviesan la vida de las familias ribereñas. Es aquí, en el Centro de Salud Simón Bolívar, donde cotidianamente se observa una realidad que preocupa a los profesionales de la salud y a la comunidad educativa: un creciente número de gestantes –mujeres entre los 15 y 35

años– muestran un desconocimiento significativo sobre los beneficios, técnicas e implicancias de la lactancia materna exclusiva.

En Bolivia “la lactancia materna es fundamental para las familias en general”, afirma la profesional. Para el bebé, detalla, asegura una nutrición óptima, lo protege contra infecciones, fortalece el sistema inmune y favorece un mejor desarrollo cognitivo y emocional.

“Para la madre, reduce el riesgo de hemorragia posparto, cáncer de mama y ovario, diabetes tipo 2, y favorece la recuperación del peso. A nivel emocional, el contacto piel a piel y la cercanía fortalecen el vínculo afectivo madre–hijo, reducen la ansiedad y la depresión posparto, lo que contribuye al bienestar emocional de ambos”, sostiene.

En Guayaramerín, esta problemática adquiere matices particulares. La diversidad cultural – con presencia significativa de mujeres de origen quechua, tacana y otras etnias amazónicas– convive con la influencia de modelos occidentales de crianza promovidos por medios de comunicación y redes sociales. Las adolescentes embarazadas, muchas de ellas aun estudiando o insertas en contextos laborales precarios, encuentran en la enseñanza escolar una formación insuficiente sobre salud sexual y reproductiva. Por otro lado, las mujeres adultas jóvenes, a menudo jefas de hogar monoparentales, enfrentan la tensión entre las demandas laborales y las recomendaciones de lactancia exclusiva, generando espacios de vulnerabilidad donde el conocimiento técnico se diluye entre mitos y prejuicios.

El Centro de Salud Simón Bolívar, como principal referente de atención prenatal en la zona, se convierte en un observatorio privilegiado de esta realidad. Durante los meses de julio a septiembre de 2025 –período que coincide con la estación de sequía amazónica y una mayor concentración de gestantes en control prenatal– se ha observado un patrón preocupante: aproximadamente el 68% de las embarazadas que acuden a consulta externa desconocen los mecanismos de producción láctea, el 54% no diferencia entre calostro y leche madura, y el 72% ignora que la lactancia materna exclusiva debe mantenerse durante los primeros seis meses de

vida. Estas cifras, producto de registros epidemiológicos preliminares, revelan una brecha significativa entre las políticas nacionales de salud –que promueven amamantamiento desde el Ministerio de Salud y Deportes– y la realidad cotidiana de las mujeres gestantes.

Esta investigación nace de la urgencia de comprender las raíces de este desconocimiento. ¿Qué factores culturales, educativos, socioeconómicos y de acceso a la información influyen en la falta de conocimiento sobre lactancia materna? ¿Cómo interactúan los discursos biomédicos con los saberes tradicionales en la construcción de significados sobre la maternidad en esta región amazónica? ¿Qué rol juegan los agentes de salud, las familias extensas y los pares en la transmisión (o distorsión) de información sobre lactancia? Estas preguntas atraviesan esta monografía como un hilo conductor que busca no solo describir la problemática, sino también proponer vías de intervención contextualizadas y culturalmente pertinentes.

La metodología adoptada combina enfoques cuantitativos –a través de encuestas estructuradas a gestantes con técnicas cualitativas como entrevistas en profundidad a matronas tradicionales, personal de enfermería y mujeres líderes comunitarias. Esta triangulación metodológica permite construir un mosaico complejo donde convergen voces diversas, desde la adolescente quechua de 16 años que teme que amamantar "le arruine el busto", hasta la promotora de salud quechua-tacana que ha adaptado canciones tradicionales para enseñar sobre lactancia en sus talleres comunitarios.

El análisis se enmarca en la perspectiva de la pedagogía crítica, reconociendo que el desconocimiento no es una simple ausencia de información, sino una construcción histórica y social que refleja desigualdades estructurales. En este sentido, la lactancia materna se convierte en un espacio de disputa simbólica donde se enfrentan modelos de crianza, representaciones del cuerpo femenino y proyectos de vida. La falta de conocimiento, lejos de ser una falla individual, emerge como el resultado de sistemas de exclusión que marginan a las mujeres jóvenes del

acceso a información calificada, al tiempo que las someten a presiones comerciales de la industria de sucedáneos de leche materna.

A lo largo de esta investigación, asumimos el compromiso ético de devolver a la comunidad los hallazgos en un lenguaje accesible, acompañado de propuestas concretas de intervención. Estas incluyen la creación de grupos de apoyo a la lactancia en contextos interculturales, la capacitación de agentes de salud en pedagogía crítica de la lactancia, y el diseño de materiales educativos que rescaten saberes ancestrales mientras incorporan evidencia científica actualizada. Solo así podremos transformar el desconocimiento en empoderamiento, y la lactancia materna en una práctica de justicia social para las madres y niños de Guayaramerín.

En este sentido, esta monografía no es solo un estudio académico, sino un acto de compromiso con las mujeres que cada día enfrentan la maternidad en condiciones adversas, y una invitación a construir colectivamente un futuro donde amamantar sea no solo una opción informada, sino un acto de dignidad y cuidado mutuo en la Amazonía boliviana.

1.1. Planteamiento Del Problema.

En el Centro de Salud Simón Bolívar de Guayaramerín, el personal sanitario constata que muchas embarazadas de 15 a 35 años llegan a los controles prenatales sin saber cómo amamantar ni por qué es importante hacerlo. Hablan de la lactancia como algo lejano, lleno de dudas o rodeado de mitos. Las jóvenes creen que su leche “no servirá”; las adultas temen perder su trabajo si dan pecho; ambas reciben consejos contradictorios de familiares, redes sociales y vendedores de fórmulas. Esta falta de información básica ya genera dificultades: dolor al amamantar, bebés que no ganan peso y madres que abandonan la lactancia en los primeros días. El problema es que nadie ha escuchado con calma cómo estas mujeres entienden la lactancia, qué información llega a ellas y por qué no confían o no comprenden lo que se les dice. Sin comprender esas razones, cualquier consejo médico queda en el aire.

1.2. Delimitación Del Estudio.

1.2.1. Delimitación Del Estudio Temática

La investigación se centra exclusivamente en el conocimiento que poseen las gestantes sobre lactancia materna: qué saben, qué creen y qué fuentes consultan antes del parto. No se abordarán otros aspectos del puerperio ni se evaluarán prácticas postparto; solo se indagará sobre la información que las mujeres tienen mientras están embarazadas.

1.2.2. Delimitación Temporal

El trabajo se realizará entre los meses de julio, agosto y septiembre de 2025, que coinciden con el periodo de mayor demanda de controles prenatales en el centro de salud debido a la estación seca y al flujo regular de gestantes del área urbana y ribereña.

1.2.3. Delimitación Espacial

El estudio se circunscribe al área de influencia del Centro de Salud Simón Bolívar, ubicado en la zona urbana del municipio de Guayaramerín, departamento del Beni, Bolivia. Se incluyen los barrios periféricos y comunidades ribereñas que dependen de este establecimiento para su atención prenatal.

1.3. Pregunta De Investigación

¿Qué factores impiden que las gestantes de 15 a 35 años que asisten al Centro de Salud Simón Bolívar en Guayaramerín comprendan e interioricen información básica sobre lactancia materna durante los meses de julio a septiembre de 2025?

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Comprender los factores que limitan el conocimiento sobre lactancia materna en gestantes de 15 a 35 años que acuden al Centro de Salud Simón Bolívar de Guayaramerín entre julio y septiembre de 2025, a partir de sus respuestas a un cuestionario breve.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Identificar si las gestantes han recibido orientación o enseñanza técnica sobre lactancia durante sus controles prenatales y charlas en el centro de salud
- Determinar la percepción y creencias de las gestantes respecto a la calidad de la leche materna, la comparación con fórmula y los mitos asociados al amamantamiento (el uso de sucedáneos).
- Reconocer la seguridad de las gestantes para el amamantar exclusivamente los primeros 6 meses, considerando que le ayuda a lo socio económico porque es totalmente gratuita.

1.5. Justificación.

Estudiar por qué las gestantes del Centro de Salud “Simón Bolívar”, desconocen aspectos básicos de la lactancia materna es pertinente porque cada día que pasa sin esa información se pierde una oportunidad de proteger la salud de madres e hijos en nuestra Amazonía. En el Centro de Salud Simón Bolívar vemos bebés que ingresan por diarrea o desnutrición prevenibles cuando la madre, con el conocimiento adecuado, podría haberlos amamantado con éxito.

La investigación es viable: en tres meses podemos reunir a las gestantes en el mismo lugar donde ya acuden y aplicar un cuestionario breve que no interrumpe su control. Además, los resultados serán útiles de inmediato: revelarán qué mitos persisten, qué vacíos dejan las charlas actuales y qué apoyo familiar falta.

Con esa información, el equipo de salud podrá ajustar sus talleres, crear mensajes claros y reforzar la red de apoyo que la mujer necesita para amamantar con seguridad. Así, la investigación se convierte en una herramienta práctica para mejorar la práctica de la lactancia materna en nuestra comunidad.

2. Marco Teórico

2.1. Antecedentes.

2.1.1. *Ámbito internacional*

UNICEF (2023). **Breastfeeding Advocacy Initiative**. En 94 países se documentó que las mujeres que reciben educación prenatal específica sobre lactancia tienen 2,3 veces más probabilidades de iniciar la lactancia en la primera hora y mantenerla exclusiva a los 3 meses. El estudio destaca que la información debe incluir demostraciones prácticas y refuerzo posparto.

Rollins et al. (Lancet, 2022) en la serie **Breastfeeding in the 21st Century**. Observaron que los mitos más extendidos que llevan a la suplementación temprana son: “la leche materna no alcanza”, “el pecho se daña” y “la fórmula es igual”. Encontraron que estos mitos se reproducen con mayor fuerza en zonas urbano-marginales donde la industria de fórmulas tiene presencia directa.

WHO (2021). **Effective interventions for promoting breastfeeding**. Comprobó que la combinación de educación prenatal individual o grupal + apoyo posparto inmediato reduce el abandono de la lactancia exclusiva en un 18 %.

Ámbito latinoamericano

OPS/OMS (2023). **Situación de la lactancia materna en la Región de las Américas**. En Bolivia, el 42 % de las gestantes recibe algún tipo de información sobre lactancia en la consulta prenatal, pero menos del 20 % recibe demostración práctica. El documento menciona específicamente el Beni como zona con “bajo contacto piel con piel y alta exposición a muestras gratuitas de fórmulas”.

González & Flores (Perú, 2022). Estudio cualitativo en gestantes amazónicas halló que el principal predictor de abandono de la lactancia es la combinación de: creencias en “leche débil” + ausencia de apoyo familiar + recibir kits de fórmulas.

Ámbito nacional y local

Ministerio de Salud de Bolivia (2023). *Encuesta de Demografía y Salud (ENDSA)*. En el departamento del Beni solo el 38 % de los recién nacidos recibe lactancia materna exclusiva al mes de vida. Las razones declaradas por las madres fueron: “no tenía suficiente leche” (52 %), “bebé no se agarraba” (28 %), “me aconsejaron darme fórmula” (19 %).



Bravo et al. (Universidad Amazónica de Beni, 2022). Investigación piloto en el mismo centro de salud Simón Bolívar (Guayaramerín) con 50 puérperas. Concluyó que más del 60 % no recordaba haber practicado la posición y el agarre durante los controles prenatales y que el 70 % había recibido al menos un regalo de fórmula durante el embarazo.

Experiencia local no publicada (Archivo Prenatal, Centro de Salud Simón Bolívar, 2024). Las fichas de agosto-septiembre 2024 muestran que, de 145 partos atendidos, 83 madres (57 %) refirieron dudas sobre “cantidad de leche” y 71 (49 %) habían sido convencidas de que “el calostro no alimenta”.

2.2. Bases legales.

Las bases legales que sustentan esta investigación se encuentran plenamente respaldadas en la normativa vigente del Estado Plurinacional de Bolivia y en los lineamientos internacionales suscritos por el país, que garantizan el derecho a la salud materno-infantil y a la información científica y culturalmente pertinente durante el embarazo y la lactancia.

2.2.1. Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia (CPE)

-  **Ley 3460** Es el marco normativo que establece los objetivos de fomentar la lactancia materna exclusiva y prolongada, con el fin de mejorar la nutrición y la salud infantil.
-  **N° 0115** Reglamento del decreto supremo detalla la implementación de la ley, estableciendo el rol del ministerio de salud como autoridad competente y la creación comité nacional de lactancia materna.

2.3. Bases Teóricas.

2.3.1. Definición De La Lactancia Materna

La leche materna es el mejor alimento para el niño, porque tiene todos los nutrientes incluso el agua que necesita y las cantidades correctas, para que crezca sano física y emocionalmente así sea fuerte e inteligente, por ello es muy importante la leche materna.

La leche materna es el alimento primario y único del mamífero recién nacido es ideal para el nuevo y frágil sistema digestivo que tolerará su composición. Aunque aún tendrá que ir adaptando su función metabólica y posteriormente los sistemas y órganos para la ingesta de alimentos, la leche materna es un líquido complejo, compuesto de proteínas, grasas, aminoácidos y oligoelementos constituyendo el primer paso de adaptabilidad a la vida, provisto a cada niño por la madre a través de sus glándulas mamarias, estas se reemplazan en caso de ser necesario por mamaderas, pero con leche extraída de las mamas.

Las glándulas mamarias son glándulas sudoríparas evolucionadas en excretoras de leche, en esta evolución se facilitó a la madre alimentar a la cría sin necesidad de salir a cazar buscando comida para el neonato en sus primeros tiempos de vida dada su indefensión acentuada en la especie humana. En esta larga evolución de los mamíferos la leche materna se fue convirtiendo en alimento altamente nutritivo para las crías de cada especie en su paso de cachorros a adultos.

De aquí que no es lo indicado la alimentación de crías humanas con leche de otra especie menos aún durante 170 años con leche artificial que llamaremos de aquí en más así dado que es de origen no humano.

Podemos decir con seguridad que cada cría nace y espera ser alimentada, más aún su organismo requiere ser alimentado, de las mamas preparadas para él, que poseen los Requerimientos energéticos exactos en grasas, proteínas, vitamina, etc....según los

gradientes necesarios para cada etapa y de acuerdo a su desarrollo y nunca menos importante el aporte de elementos que le proveerán inmunidad.

2.3.2. Cuadro Comparativo De Ambas Leches.

| CONTENIDO | VACA | HUMANA |
|------------------|-------------|---------------|
| Agua | 87.0 | 88.5 |
| Carbohidratos | 3.6 | 3.3 |
| Grasa | 3.9 | 4.4 |
| Proteína | 3.3 | 1.0 |
| Vitaminas | trazas | trazas |
| Minerales | 0.7 | 0.2 |

A composición general de la leche materna madura es aproximadamente 88% agua, seguida por grasas (3-5%), carbohidratos (lactosa, ~7%), y proteínas (~1%), junto con vitaminas y minerales en menores proporciones. Estos componentes proporcionan la energía y los nutrientes esenciales para el desarrollo del bebé, siendo el agua el componente más abundante.

Composición aproximada de la leche materna madura

2.3.3. Las Mamas Y La Lactancia

Llegada la etapa de la pubertad la secreción de progesterona y estrógenos darán como resultado el crecimiento y desarrollo de las mamas y las glándulas mamarias como preparación para el período de lactancia.

Puede suceder que haya mamas o pezones supernumerarios desde la axila a la región púbica, esta se denomina línea de la leche.

Particularmente en la pubertad las mamas crecerán en forma y tamaño, pero lo esencial es el desarrollo de las glándulas mamarias y sus componentes glandulares. El tamaño significativo e importante es el alcanzado en realidad en la etapa de gestación del 1º bebé porque las mamas tendrán allí su función original.

Una vez producida la preñez o embarazo la presencia de placenta estimulará el crecimiento de las mamas el prostágeno y el estrógeno hará secretoras a las células glandulares y producirán leche. Este desarrollo se irá dando progresivamente y la leche en sí no se producirá hasta después del alumbramiento. Con la remoción de la placenta los índices de prostágeno y estrógeno disminuirán drásticamente en su concentración. Durante el período de gestación la hormona gonadotrofina se ve inhibida por la presencia de prostágeno, en la hipófisis anterior una vez concluido el embarazo ante la ausencia de placenta se elevarán los niveles de prolactina sustancia que estimula en las mamas la producción y secreción de leche.

Descripción de las Mamas:

Las glándulas mamarias poseen en su fisiología abundante tejido adiposo de éste dependerán su volumen y apariencia, su consistencia variará de acuerdo a la bajada de leche, cabe aclarar que en todos momentos hablamos de mamas en situación de lactancia.

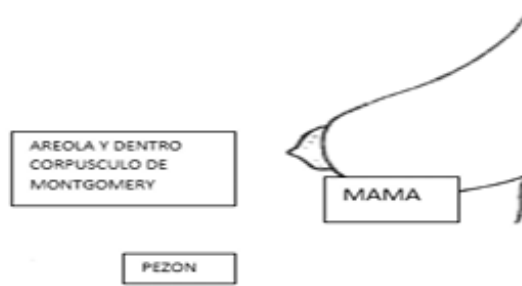
En el centro de sus senos se destacan las areolas y los corpúsculos de Montgomery, glándulas sebáceas y en el centro los pezones que invadidos por tejido conectivo al momento del estímulo se ponen erectos.

Podemos diferenciar dentro de la estructura mamaria:

- ✚ Tejidos conectivos.
- ✚ Tejido glandular, nódulo alveolar productor de leche.
- ✚ Tejido adiposo, grasas intraoculares.

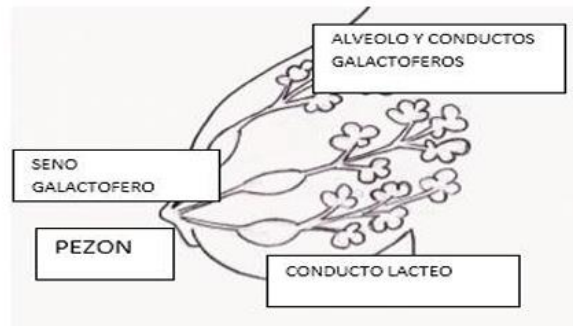
Todo esto recubierto por tejido subcutáneo y piel.

2.3.4. Partes De La Mama.



Las glándulas mamarias se componen de dos decenas de lóbulos con abundante tejido adiposo y conectivo, los lóbulos están formados por lobulillos y éstos por ramificaciones de células secretoras que conectadas por túbulos y conductos llega a los senos galactóferos en donde se depositarán las secreciones lácteas para exteriorizarse a través del pezón.

2.3.5. Esquema Fisiológico De La Mama.

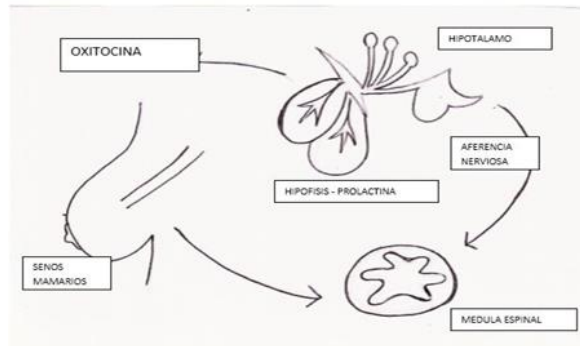


Por el estímulo de la succión se libera oxitócica que llegará a las glándulas mediante el torrente sanguíneo esto desencadenará la contracción de las células que rodean a los alvéolos eyectando leche hacia el pezón, esto se llama eyección láctea y podrá ocurrir también sin necesidad de succión por constituirse en un reflejo involuntario que ocurrirá cuando la madre piensa, escucha o ve a su hijo o inclusive al percibir su olor o extrañar la presencia del niño.

El pezón por estímulo deberá quedar erecto, en mujeres con pezones aplastados y madres primerizas los mismos deberán ser estimulados y dárseles forma manualmente.

La existencia de agotamiento, dolor, stress o angustia en la madre puede malograr la buena “leucopoyesis” (mantenimiento de la secreción láctea) y “eyección” (salida de leche).

El stress libera adrenalina y con la vasoconstricción de la zona alveolar se inhibe el trabajo de la oxitócica y se produce un proceso de contracción innecesario.



ESQUEMA DE LIBERACION DE PROLACTINA Y OXITOSINA ANTE REFLEJO NEURO ENDOCRINO DE SUCCION

2.3.6. *La Mamo Génesis:*

En el período neonatal existen incrementos del tamaño glandular mamario en ambos sexos, y recién en la etapa de pre-pubertad, el sistema hormonal distinguirá quien desarrolla (niñas), y quien atrofia (varones) definitivamente las mamas. Igualmente, en la pubertad las niñas tendrán conductos y no alvéolos.

Entre los 11 y 13 años el hipotálamo hipofisario producirá 17-b-estradiol en los folículos ováricos que anexándose a la hormona HGH (hormona del crecimiento) y a insulina provee desarrollo físico en la adolescente y el crecimiento de las glándulas mamarias.

Los niveles particulares de estrógeno y prostágeno darán forma y tamaño dependiendo de raza, morfología y genética de cada mujer.

Como se mencionó con anterioridad el verdadero y acelerado crecimiento se dará durante el embarazo ante la presencia de prostágeno, estrógeno, gonadotrofinas y en forma temprana estimulada por corticoides placentarios como prolactina y tiroxina y corticoides adrenales.

Entre la 5^o y 10^o semana de embarazo las mamas tendrán un notorio aumento en su crecimiento, y su aspecto y forma se desarrollarán en forma notable en las mamas:

Conductos

- ✚ Epitelios alveolares
- ✚ Nueva formación de alvéolos
- ✚ Mayor pigmentación areolar y del pezón

2.3.7. La Leche Deberá Poseer Las Siguietes Cualidades:

Nutrientes que lo alimenten: PRE-enzimas gástricas y digestivas que van a ayudar a la asimilación y degradación de los alimentos Líquidos, de por sí la leche está compuesta por un 85 a 90% de agua.

Componentes inmunológicos tanto humorales como celulares que proveerán las defensas necesarias para el bebé.

Bacteriostáticos, bacterias de utilidad orgánica digestiva.

LACTOGENESIS (mantenimiento de la secreción láctea)

Se mencionó que el proceso en las mamas se sucede en cuatro etapas antes de la eyección (salida de leche).

- ✚ Mamogénesis.
- ✚ Galactogénesis.
- ✚ Leucopoyesis.

Eyección de la leche: Tras el parto, en el inicio del puerperio, los estrógenos disminuyen con la caída de la placenta y comienza la secreción de calostro. En el inicio de la galactogénesis se involucran glucocorticoides, insulina, tiroxina y somatotrofina hipofisaria.

Entre las 36 y 70 horas de ocurrido el parto, las mamas se hinchan, se ponen tensas y sensibles, secretan calostro y luego leche (leucopoyesis) luego sigue el mantenimiento de la lactancia, este mantenimiento es dado por la prolactina y el estímulo de la succión en los receptores sensitivos en los pezones.

La cantidad de leche en las mamas es un sistema de oferta y demanda, cuanto mayor sea la succión, mayor será la cantidad de leche en oferta.

Ante el estímulo de succión se desencadena la respuesta hipofisaria de secreción de prolactina, a la vez se liberará oxicítica provocando la contracción y vaciamiento de los alvéolos mamarios.

La prolactina estimula la síntesis de lactosa y esta a su vez regula la cantidad de agua en la leche y la concentración de potasio, sodio y cloro, inmunoglobulinas, lactoferrina y cero albumina. Hasta aquí el líquido es llamado pre calostro.

Ya como calostro, es de color amarillo con un volumen es de 18 a 23 ml. cada vez que el niño lacta llegando a ser entre 180 a 230 ml. diarios, Se compone de pre calostro, leche, grasas, lactosa, proteínas, Inmunoglobulinas, lactoferrina, macrófagos y beta-carotenos.

Es primordial la maduración de los reflejos del bebe, que posee una succión entrenada y aprendida desde la gestación en la semana 28^o y puesta en acción de inmediato al nacer, a veces él bebe necesita algunos minutos para reaccionar teniendo el pleno reflejo hasta las 2 horas por ello es importante que lo practique de inmediato en presencia de la madre. Si él bebe está internado, el procedimiento es que la madre se traslade a neonatología para amamantar a su bebe y no se le suplemente ningún tipo de alimentación salvo que la clínica indique.

2.3.8. Reflejos

A. reflejos del bebe:

El neonato llega al mundo con tres reflejos que se podrían llamar congénitos:

✚ El reflejo de búsqueda

✚ El reflejo de succión

✚ El reflejo de deglución

B. el reflejo de búsqueda:

Es el conjunto de movimientos que él bebe realiza para encontrar el pezón, el estímulo es el rozarse por la piel materna y más adelante sentir el olor de la leche y de la mamá.

Buscará con su mejilla hasta que la comisura de sus labios toque el pezón, este reflejo aparece en la semana 32 de gestación.

C. el reflejo de succión:

Una vez que él bebe encuentra el pezón, comienza a chupar y succionar con pequeñas pausas intermitentes por un tiempo, y después adquiere mayor ritmo, esta falta de continuidad inicial es en realidad el ritmo normal que practico durante la gestación, de hecho, en las ecografías podemos ver a los bebes succionando sus deditos.

D. el reflejo de deglución:

Si bien como mencionamos antes el esófago se presenta sin rigidez en estado atónico, él bebe tiene movimientos voluntarios e involuntarios de los músculos faciales que le ayudaran a llevar el líquido hasta el estómago.

2.3.9. Reflejos En La Madre:

A. reflejo eyecto lácteo:

La oxitocina es la hormona que estimula la evacuación de leche y en menor grado la vasopresina por contracción de las células mioepiteliales de los alvéolos mamarios, este reflejo puede desencadenarse ante el solo llanto o presencia del bebe, es del tipo Condicionado y se da en ausencia física del niño inclusive, por ejemplo, cuando estando en su trabajo la madre piensa en él bebe.

Cuando la oxitocina se segrega también produce contracciones miométriales para colaborar con el achicamiento e involución del músculo uterino hasta el estado anterior al embarazo.

A medida que él bebe sigue succionando, se sigue alimentando y da origen a la leche de transición que aparece entre los 3 y los 15 días del puerperio, aumentando su volumen a 500 y 800 ml. diarios.

Esto significa que la leche ira cambiando a medida que él bebe siga mamando y cumplirá siempre su función de nutrir y proteger al recién nacido.

2.3.10. La Leche

✚ Tipos de leche:

✚ Pre-calostro

✚ Calostro

✚ Leche de transición

✚ Leche madura

2.3.11. Pre-Calostro:

Es la leche que la mamá forma durante la gestación cuya composición es plasma, inmunoglobulinas, lactoferrina, cloro, sodio, suero-albúmina y una ínfima cantidad de lactosa.

2.3.12. Calostro:

Su coloración es amarillenta por la presencia de beta-carotenos, también encontramos pre calostro, leche, grasas, lactosa, proteínas (tres veces más que en la leche madura), Inmunoglobulina A, lactoferrina, macrófagos.

A medida que el niño o recién nacido acta se mejora y eleva la concentración de proteína y de Inmunoglobulina A, esta última de acción antibiótica dado que el sistema digestivo del neonato no destruye las posibles bacterias patógenas.

También se incrementará paulatinamente la concentración de lactoferrina y macrófagos.

2.3.13. Leche de Transición:

Hacia el 15º día posterior al parto existe un aumento brusco en el volumen de leche hasta llegar a 700 ml. de consumo diario, su composición ira de calostro a leche madura.

2.3.14. Leche Madura:

Se produce a partir de la 2º o 4º semana posterior al parto, su volumen se mantiene más estable iniciándose en 700 ml. llega gradualmente a 1000 o 1200 ml. diarios.

Su composición está dada por: proteínas, minerales, carbohidratos, grasas, vitaminas y agua en un 85%.

La lactosa es sus principales carbohidratos e implica la mayor fuente energética (disacárido de galactosa y glucosa) es de alta importancia para el desarrollo del sistema nervioso

central del niño, su alta concentración en de lactosa permite el aprovechamiento del calcio y facilita deposiciones blandas, por ello él bebe que lacta no tiene problemas de estreñimiento como se ve en bebes que consumen leche artificial exclusivamente.

Adentrándonos más en la bioquímica de la leche, los carbohidratos y glucoproteínas facilitan y agilizan el desarrollo de lactobasilos bífidos que favorece la microbiótica bífida del lactante, es decir esta microbiótica de la que hablamos es la que cumple la función de no permitir el desarrollo de microbios patógenos hasta favorecer la síntesis de las vitaminas del bebe, por ejemplo, el complejo B.

Un litro de leche materna aporta entre 700 a 780 Kcal. Pero aun así su contenido en hierro es bajo, no obstante, suficiente y de alta absorción y él bebe durante el 1º cuatrimestre se halla cubierto de no sufrir deficiencias de hierro, siempre y cuando la madre este bien alimentada. Además, los bebes poseen una reserva de mineral ferroso en su hígado que acarrearán desde la vida uterina y les servirá hasta el 4º mes de vida.

En cuanto a vitaminas, aunque la leche de vaca marque algunos índices mayores no serán significativos para él bebe, sino al contrario perjudiciales, lo que da mamá es exactamente en calidad y cantidad lo que necesita él bebe, fue así desde la 1º semana de gestación y será así mientras dure la lactancia.

Lo que queremos aclarar es que la leche de vaca no es “mala leche” sino que es buena para el ternero y que se ha vuelto tecnológico y cómodo su uso en bebes humanos. Y, más aun, decimos, que es excelente para acompañar la alimentación del humano. Pero no para un bebe recién nacido.

| <p style="text-align: center;">LECHE PARA BEBE HUMANO</p> <p style="text-align: center;">LECHE PARA TERNERO</p> | <p style="text-align: center;">LECHE PARA BEBE HUMANO</p> <p style="text-align: center;">LECHE PARA TERNERO</p> |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Caseína blanda y digerible. • Menor osmoralidad, plasma. • Mayor cantidad de agua lo que hace que no necesite ingerirla. • 1 gr. De proteína. • Lacto albumina con cofactor biológico + Lisozima con función inmunológica y anti-inflamatoria. • Menos ácidos grasos saturados y estereificados. • Ácidos grasos poli-insaturados para el SNC. • Fácil absorción de las grasas, lipasa activa, mejor absorción del hierro. • Modelador bioactivo del crecimiento, facilita crecimiento armonioso psico emocional | <ul style="list-style-type: none"> • Mayor cantidad de caseína, coagulo no digerible. • Mayor os molaridad. • Mayor concentración de solutos renales lo que hace necesaria la ingesta de agua adicional. • 3 gr. de Proteína. • Lacto albumina y lactoferrina en insuficientes cantidades. • No posee taurina. • Mayor cantidad de ácidos grasos saturados, sin presencia de lipasa lo que inhibe la absorción del hierro. • No posee modulador bioactivo del crecimiento. El desarrollo se da en tamaño corporal no armónico |

El valor calórico de ambas leches es similar e inclusive en las formulas neonatales lo que más varia es su fórmula dadas las exigencias de crecimiento para cada especie.

Ya mencionamos que la cantidad de proteína es mayor en la leche de vaca, pero recordemos que es acorde a las necesidades de desarrollo de un herbívoro.

Lo que no hicimos hasta aquí es tratar el tema de su fórmula proteica y del nitrógeno no proteico en específico.

2.3.15. Proteínas:

La leche materna humana posee menor cantidad de proteína que cualquier especie mamífera, posee un valor de entre 0.89 a 0.9 gr/dl. Entre las proteínas podemos mencionar:

- ✚ Lacto albumina: elemento esencial transportador de los ácidos grasos.
- ✚ Lactoferrina: copta el hierro para su uso específico fisiológico.
- ✚ Lisozima: como ya lo mencionamos esta proteína es de acción antibacteriana y junto a las inmunoglobulinas forman una verdadera fortificación contra las enfermedades.

2.3.16. Grasas:

Componen un 3.5 gr./dl de la leche materna, constituyendo el principal factor energético calórico y llegando a alcanzar el 50% de la composición inclusive.

La forma y composición de las grasas pueden variar cada 6 u 8 horas según la ingesta y alimentación de la madre, por esto deberá tener cuidado en su dieta, suplementando grasas y calidad alimenticia. Si bien no se puede especificar con precisión el tipo de grasas existen valores cuantitativos de referencia, posee escasa composición de ácidos grasos de cadena corta y media, el mayor porcentaje es el de grasas saturadas, y aun así en el vacuno la proporción es mayor que en la leche humana.

La leche humana posee mayores valores porcentuales de colesterol que la bovina, pero ello no implica que sea saludable ni funcional orgánicamente para el lactante, lo que sí, no se recomiendan agregados de leche esterificadas en dietas anti grasas.

Aunque haya agregados en la leche artificial, aceite vegetal, maíz, coco, etc. No cumplirá con las funciones de digestibilidad, defensa y organización de las estructuras del sistema nervioso central.

Es natural la presencia de w3 y w6 en la leche materna, cuestión muy importante sobre todo en el caso de bebés prematuros, y ya sabemos que los fosfolípidos lácteos, ganglios, ácidos poli-insaturados son favorecedores del desarrollo del Sistema Nervioso

2.3.17. Central.

Hidratos de Carbono:

Presentes en la leche en un valor de .5 a 7.4 gr. /100 ml. correspondientes al 38 o 41% de la energía total, representa una porción mayor que en la leche de vaca que posee entre 4.2 y 5 gr. /100 ml que representa un 25% de la energía total.

Ya se dijo que la lactosa es el mayor representante de los carbohidratos en la leche materna, es un elemento muy importante en la alimentación del bebé y posee cualidades bacteriostáticas, facilitadoras del tránsito intestinal y mantienen la homeostasis intestinal.

2.3.18. Vitaminas y Minerales:

Si bien se tienen medidas y valores cuantitativos y cualitativos Standard las vitaminas y minerales en la leche varían con la alimentación de la madre, su raza y edad. La leche materna posee todas las vitaminas, quizás en el caso de la vitamina D en un índice menor al de la leche vacuna, pero no se han visto casos de raquitismo en niños con lactancia materna y sí se registraron en niños con alimentación mixta o artificial exclusiva, esto se da se supone, por el sulfato de la vitamina D en la leche humana que es hidrosoluble y es más fácil de sintetizar.

De hecho, hay una concentración de vitamina D y B- carotenos durante el embarazo que el niño irá degradando hasta el 6º mes de lactancia, igual se da con el hierro.

En cuanto a los minerales podemos afirmar que la leche humana es inferior en contenido en comparación a la leche vacuna, porque corresponde evitar una mayor carga renal de solutos lo que representa una ventaja y necesidad fisiológica de no exponer al recién nacido a la carga de minerales que posee la leche vacuna. Si bien, como mencionamos, la leche humana posee menor cantidad de minerales, estos son de mayor digestibilidad y absorción que los presentes en la leche bovina. La leche Humana llega a tener un 70% de absorción de minerales como el calcio, hierro y zinc, contra un 25% de absorción de estos mismos compuestos en la leche de vaca y un 45% en mezclas especiales.

Para la absorción del hierro, la leche humana ya posee ácidos de vitamina C y para la absorción del calcio, la leche materna ya posee el calcio adaptado al sistema del bebe y posee calciferoles.

Aumentar el contenido de vitaminas y minerales en las leches de fórmula es un error dado que el cuerpo soporta cierta cantidad de solutos y no toda cantidad a la que lo exponamos.

Recargamos riñón, páncreas y sistema digestivo, con semejante carga, significaría dar comida concentrada sin necesidad de hacerlo, en un organismo sano, y en adaptación a la alimentación vía oral.

2.3.19. Enzimas:

Habíamos mencionado como primer enzima a la saliva la cual es digestiva de los almidones. Lipasa: Actúa sobre el duodeno para y por los triglicéridos de las sales biliares y la lipasa ancreática formadora de los ácidos grasos e hidrolización de los esteres de retinol. También defienden al organismo contra ciertos estreptococos.

2.3.20. Factor Defensivo e Inmunológico:

La leche materna posee elementos inmunológicos, celulares y del tipo humoral los cuales algunos serán específicos y otros inespecíficos. Como específicos podemos nombrar las inmunoglobulinas.

La leche de vaca presenta abundante IgG e IgM mayormente y la leche humana en cambio posee mayor cantidad de IgA, y en menor proporción otras inmunoglobulinas.

El sistema defensivo comienza con el pre calostro, con las filas de leucocitos en las células, es más abundante en el calostro, su acción es sobre todo como macrófagos que pueden llegar a fagocitar candidas y variedad de bacterias. El calostro también posee linfocitos inmunoalergicos en su mayoría células T que se activan por presencia virosica, los linfocitos producirán IgA.

2.3.21. La Lactancia Materna Protege Al Bebe Se:

- ✚ Diarreas bacterianas
- ✚ Diarreas parasitarias
- ✚ Virulencias varias
- ✚ Enfermedades pulmonares
- ✚ Enfermedades de origen alérgico, bronquiales, dérmicas
- ✚ Problemas urinarios y de riñón (la síntesis de proteína en la lactancia siempre será correcta)
- ✚ Desnutrición y avitaminosis
- ✚ Infecciones en general.
- ✚ Intoxicación con alimentos contaminados
- ✚ Enterocolitis necrosante
- ✚ Obesidad

- ✚ Es un modulador bioactivo del crecimiento, enzimas, hormonas, células y regulador bacteriostático.

El bebe recién nacido viene con necesidades alimenticias naturales, si no justifica no se le proveerá leche artificial quitando los beneficios de una lactancia nutritiva, natural, sana y cargada de afectividad.

2.3.22. Los Altos Beneficios De La Lactancia En Recién Nacidos

Para hablar de una lactancia exitosa, tendremos que decir que es una lactancia desde el inicio mismo de la vida, y por ello se pondrá a disposición de la madre todo tipo de información y preparación ya desde la gestación.

Como habíamos dicho antes, la lactancia es continuidad de la reproducción misma, entonces no debemos pretender que con las 72 horas de internación se termine el cuidado, todo pediatra deberá alentar desde el primer momento a la nueva madre para que sostenga la lactancia entre 6 meses y un año, tratar de no dejar a la madre con ningún tipo de inquietud o duda, que tenga la plena seguridad que ella es capaz de alimentar a su bebe.

2.3.23. Entre Las Ventajas De La Lactancia Contamos:

Es leche estéril, no hay que hervirla ni manipularla para su elaboración. Mantiene su temperatura Biodisponible en el acto, a cualquier hora y momento Correcta degradación y síntesis, metabolizada por y para él bebe Inmunológica, previene enfermedades como diarreas, alergias y problemas Pulmonares

Se evita prácticamente la necesidad de suministrar antibióticos al bebe antes del 1º año de vida.

- ✚ Evita las caries porque posee azúcares naturales

- ✚ Evita problemas dentales y de mal oclusión
- ✚ Favorece el fortalecimiento de los músculos faciales

Existen estudios que asocian el sostenimiento de la lactancia con niños con mayor coeficiente intelectual debido a compuestos presentes en la leche materna que favorecen el desarrollo del SNC en forma armoniosa.

- ✚ Evita coágulos por ser más digerible
- ✚ Provee mayor capacidad autoinmune
- ✚ Menor incidencia de las enfermedades intestinales
- ✚ Menor tendencia al estreñimiento
- ✚ Menor tendencia a padecer colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn
- ✚ Aporta nutrientes, vitaminas, minerales y agua sin necesidad de suplementación
- ✚ Refuerza el lazo madre hijo, disminuyendo el riesgo de maltrato infantil
- ✚ Favorece una mayor y mejor involución uterina
- ✚ Minimiza las hemorragias pos parto (menos días de sangrado)
- ✚ Anticonceptivo por aumento de prolactina que interrumpe la ovulación, para esto la lactancia debe ser alimento exclusivo
- ✚ Reduce el riesgo de cáncer de mamas y ovarios
- ✚ Económico al no necesitar preparados lácteos, biberones ni medicamentos por recaída de la salud del bebe
- ✚ Evita micro hemorragias intestinales y estreñimiento
- ✚ Favorece el desarrollo del vínculo emocional en el niño
- ✚ Favorece espaciamiento entre embarazos MELA (método de lactancia y amenorrea)
- ✚ Provee un proceso de maduración normal y natural del desapego entre madre-hijo desde la protección en el vientre hasta la autonomía del niño en sus primeros pasos

- ✚ Preparación fisiológica natural del metabolismo del bebe para la futura ingesta de alimentos
- ✚ No existen riesgos de sobrealimentación.
- ✚ Optimización del sistema hormonal de la madre para futuros embarazos
- ✚ Independencia y autosuficiencia de la madre para alimentar a su bebe.
- ✚ Mayor seguridad a la madre en las necesidades de su bebe.

2.3.24. Lactancia Materna Correcta, Exitosa, Y Feliz

Ya durante la gestación la mama se ira preparando para cumplir su función verdadera que es amamantar, y ya desde el cuidado perinatal el medico debería enseñar a mama y papa los ejercicios o maniobras de Hoffman, la preparación del pezón, las mamas y el estado emocional de mamá también.

Procedimiento:

Primeramente, deberán mantenerse siempre limpios los senos, y si hay secreción limpiarla con agua y algodón, para evitar la acumulación de líquidos en la ropa, existen apósitos absorbentes.

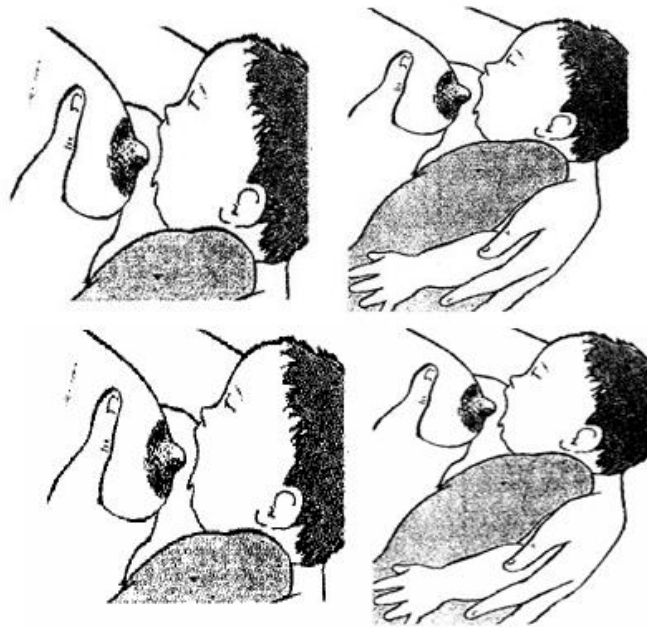
Los siguientes ejercicios podrán realizarse sola o en compañía del futuro papa:

- ✚ Estirar la aureola con los dedos hacia fuera haciendo un circulo.
- ✚ Sujetar el pezón y darle forma, como si se estuviera dando cuerda a un reloj.
- ✚ Para realizar estos ejercicios es importante lubricar la aureola y el pezón con una crema hidratante o con el calostro que segrega el pezón. Los ejercicios tienen como finalidad ayudar a dar forma al pezón, puede darse que al hacer los ejercicios se produzcan contracciones uterinas y en este caso se aconseja suspender y asesorarse con el profesional médico, más aún si se trata de mujeres con antecedentes de parto prematuro.

2.3.25. Reflejo De Succión:

Como habíamos dicho antes él bebe nace con el reflejo de succión, y cuando nace se busca ese reflejo tanteando mejillas y mentón con lo que él bebe abrirá la boca en forma de U, esperamos hasta ver un gesto que nos dará la impresión de que él bebe dice AAA, allí se ampliará la apertura de la boca y la madre acercará el pecho, poniendo el pezón en la boca del bebe.

Si la mamá realizo las manobras que formaron y entrenaron la erección del pezón, entonces se dará fácilmente que él bebe comience la succión



La madre colocará los dedos sobre el pecho formando una C para sostenerlo sobre la boca del bebe, posteriormente la madre podrá lactar al niño en cualquier posición después de lograda la 1º toma, pero deberá tener en cuenta los siguientes aspectos:

- ✚ Estar recostada y/o sentada
- ✚ Estar cómoda y tranquila
- ✚ Sostener las mamas con los dedos y no los pezones
- ✚ Evitar la flexión o torsión del cuello del bebe que deberá estar recostado en brazos o la falda.

- ✚ Colocar el pezón ocupando la mayor área bucal la aureola y no solo que chupe la punta del pezón
- ✚ Tratar de evitar dar de mamar con la madre acostada en la cama
- ✚ Para detener la succión introducir el dedo índice en la boca con cuidado y retirar la aureola
- ✚ Evitar que mame en vacío y evitar maniobras que lastimen el pezón
- ✚ Lograr un máximo de contacto corporal entre madre y bebe tratando de que mame con ambos abdómenes pegados
- ✚ Lograr que mentón y nariz del bebe queden pegados a la mama.
- ✚ Procurar en lo posible que elimine los gases, o sea que haga provechito, una vez que esté satisfecho



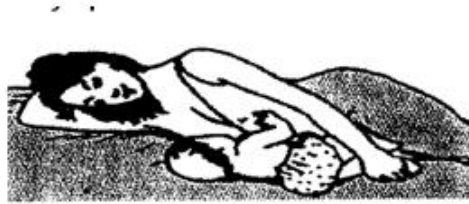
2.3.26. Anteriormente Mencionamos Tres Reflejos En Él Bebe:

- ✚ Reflejo de búsqueda
- ✚ Reflejo de succión
- ✚ Reflejo de deglución

Cuando él bebe ya está mamando se oirán ruidos de deglución, entre leves y suaves quejidos que corresponden al aire que ocupa el desplazamiento en la zona retrofaringea.

Volvemos a recalcar que él bebe lacta porque la mamá da de mamar o sea que el reflejo de succión hace de estímulo para dar más leche, una vez que mamá y bebe estén satisfechos con la acción, él bebe dormirá tranquilo hasta el próximo requerimiento de ingesta.

Una vez que él bebe haya expulsado el meconio durante los primeros días, tendrá en adelante una materia fecal amarilla con grumos de leche y orina clara y abundante, pero en relación siempre a la cantidad de leche que tome. Un bebe tomara pecho entre 8 a 12 veces el primero tiempo, así como ira de cuerpo otras tantas veces, luego el solo ira regulando la cantidad de lactadas y el control de esfínteres.



En caso de que la mamá no pueda sentarse podrá darle de mamar acostada con él bebe sobre su pecho y de costado, lo ideal es que dé de mamar sentada pero la cesárea suele dificultar esto.



2.3.27. Medidas de la Unicef, Para Fomentar la "Lactancia Materna"

Adoptar una política sistemática según normas escritas, relativa a la lactancia natural, que se pongan en conocimiento de todo el personal de atención de salud.

Capacitar a todo el personal de atención de salud de forma tal que esté en condiciones de poner en práctica ésta política.

Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica.

Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto. Enseñar a las madres como se debe dar de mamar al niño y como mantener la lactancia, incluso si han de separarse de sus hijos.

No dar a los recién nacidos más que leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén medicamentos indicados. Facilitar la cohabitación de la madre y el niño durante las 24 horas del día.

Procurar y fomentar la lactancia natural cada vez que se solicite. No dar chupones a los niños alimentado al pecho. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o de la clínica.

2.3.28. 11 Pasos De La Lactancia Materna

En Bolivia se aplican 11 pasos para lograr una lactancia materna exitosa, ampliando los 10 pasos internacionales con uno adicional propio del país. Estos pasos están establecidos dentro de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño y de la Madre (IHAN) y deben ser cumplidos por todos los establecimientos de salud que atienden a madres y recién nacidos:

- I. Tener una política escrita sobre lactancia materna que sea comunicada al personal y a las familias, y cumplir con el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.
- II. Capacitar al personal de salud en habilidades y conocimientos para apoyar la lactancia materna.
- III. Informar a las mujeres embarazadas y sus familias sobre los beneficios y manejo de la lactancia materna.

- IV. Facilitar el contacto piel con piel entre la madre y el bebé inmediatamente después del nacimiento y ayudar a iniciar la lactancia en la primera hora de vida.
- V. Apoyar a las madres para que inicien y mantengan la lactancia materna, incluso cuando surjan dificultades.
- VI. No dar alimentos ni líquidos adicionales (ni siquiera agua) a los bebés que están recibiendo leche materna, salvo indicación médica.
- VII. Practicar el alojamiento conjunto (madre y bebé juntos las 24 horas).

- VIII. Enseñar a las madres a reconocer las señales de hambre de sus bebés y alimentarle a demanda.
- IX. Evitar el uso de biberones, chupetes o tetinas, ya que interfieren con la lactancia.
- X. Ofrecer apoyo y seguimiento** a las madres después del alta hospitalaria.
- XI. Erradicar la distribución gratuita de sucedáneos de la leche materna (como fórmulas, biberones o chupetes) en hospitales y evitar la promoción de estos productos dentro de los establecimientos de salud

3. Marco Metodológico

3.1. Tipo y Enfoque De Investigación.

3.1.1. Tipo De Investigación

Investigación descriptiva con enfoque mixto (cuali-cuantitativo).

- ✚ Cuantitativa: se cuantificará la frecuencia de respuestas “Sí/No/No sabe” del cuestionario aplicado a las gestantes.
- ✚ Cualitativa: se añadirán observaciones breves y comentarios espontáneos que las participantes hagan al responder, para contextualizar los números.

3.1.2. Enfoque

Enfoque participativo-crítico: se parte del reconocimiento de que el desconocimiento sobre lactancia materna es una construcción social. La encuesta no solo recoge datos; se utiliza como disparador de diálogo breve con cada gestante para validar y enriquecer las interpretaciones.

3.2. Diseño De La Investigación.

Diseño transversal descriptivo: se recoge información en un solo punto del tiempo (los tres meses de estudio) mediante la aplicación directa de un cuestionario estructurado de 10 preguntas cerradas.

3.3. Población y Muestra.

3.3.1. Población

Todas las gestantes de 15 a 35 años que acuden al Centro de Salud Simón Bolívar para control prenatal en el período julio-septiembre 2025.

3.3.2. Muestra

Por tratarse de una investigación de carácter exploratorio y de alcance limitado, se trabajará con una muestra de conveniencia compuesta por las primeras 20 gestantes que concurren al centro y acepten participar.

La población de mujeres en edad fértil es de 994 y se espera tener un número 83 mujeres embarazadas en la presente gestión la cual solo 25 mujeres gestantes asisten a sus controles prenatales en el centro de salud simón bolívar en los meses de julio a septiembre de la gestión 2025.

3.4. Tipo De Muestreo

3.4.1. Muestreo No Probabilístico Por Conveniencia.

Se seleccionaron las 25 gestantes que acudieron al Centro de Salud Simón Bolívar para su control prenatal y que cumplan los criterios de inclusión (15-35 años, embarazo activo, disposición a responder la encuesta).

3.4.2. Criterios De Inclusión y Exclusión

A. Criterios de inclusión

- ✚ Gestantes de 15 a 35 años.
- ✚ Que acudan al Centro de Salud Simón Bolívar para control prenatal entre julio y septiembre de 2025.
- ✚ Dispuestas a participar.

B. Criterios de exclusión

- ✚ Gestantes menores de 15 años o mayores de 35 años.
- ✚ Gestantes en trabajo de parto o puerperio inmediato.

- ✚ Gestantes que no dominan el español ni alguna de las lenguas originarias utilizadas por el equipo de encuesta.

- ✚ Técnica e instrumento de recolección de datos

3.4.3. Técnica e instrumento de recolección de datos

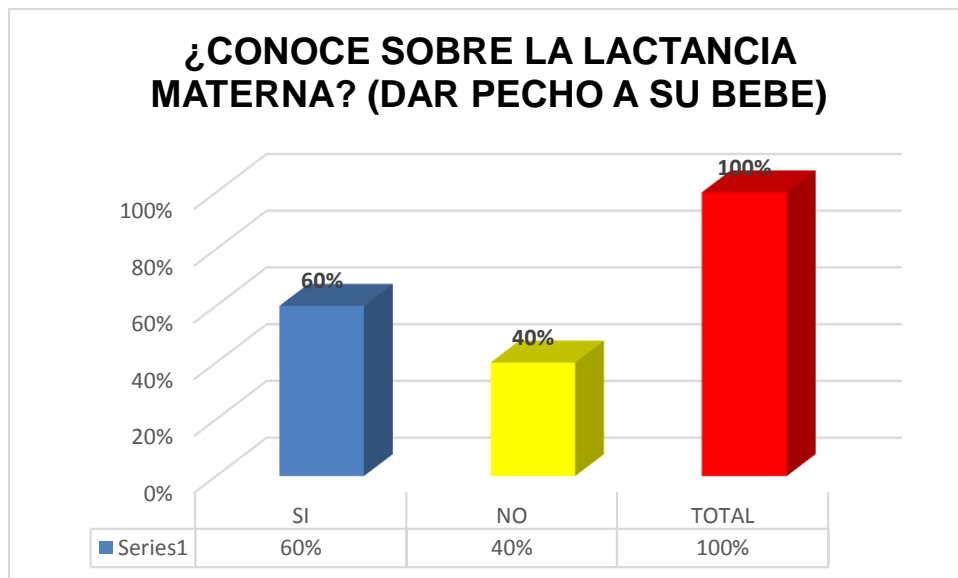
- ✚ Técnica: Encuesta directa presencial, aplicada por la investigadora de manera individual a cada gestante mientras espera su control prenatal.

4. RESULTADOS.

TABLA Nª 1

¿CONOCE SOBRE LA LACTANCIA MATERNA? (DAR PECHO A SU BEBE) en madres gestantes de 15 a 35 años que acuden al centro de Salud Simón Bolívar entre los meses de julio a septiembre del 2025,

| CONOCE SOBRE LA LACTANCIA MATERNA? | Frecuencia | % |
|------------------------------------|------------|------|
| SI | 15 | 60 % |
| NO | 10 | 40% |
| TOTAL | 25 | 100% |



FUENTE PROPIA

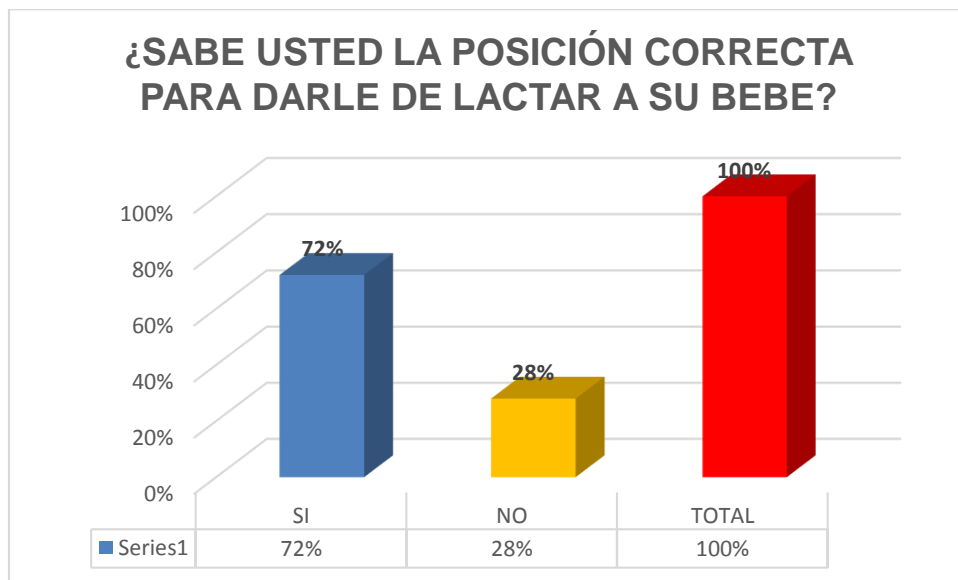
INTERPRETACIÓN:

El gráfico indica que del 100% de las mujeres encuestadas el 60% de las madres de familia conocen sobre la lactancia materna y el 40% no conoce sobre la lactancia materna.

TABLA Nª 2

¿SABE USTED LA POSICIÓN CORRECTA PARA DARLE DE LACTAR A SU BEBE? en madres gestantes de 15 a 35 años que acuden al centro de Salud Simón Bolívar entre los meses de julio a septiembre del 2025.

| ¿SABE USTED LA POSICIÓN CORRECTA PARA DARLE DE LACTAR A SU BEBE? | FRECUENCIA | % |
|---|-------------------|----------|
| SI | 18 | 72% |
| NO | 7 | 28% |
| TOTAL | 25 | 100% |



FUENTE PROPIA

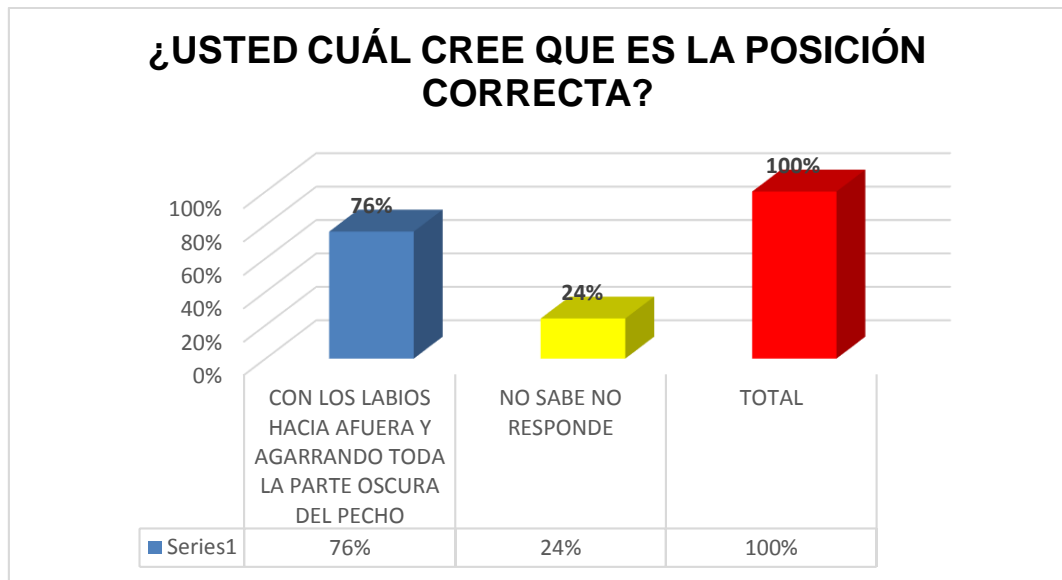
INTERPRETACIÓN:

El gráfico indica que del 100% de las mujeres encuestadas, el 72% saben la posición correcta para darle de lactar a su bebé y el 28% de las madres de familia no conocen la posición correcta para darle de lactar a su bebé.

TABLA N° 3

¿USTED CUÁL CREE QUE ES LA POSICIÓN CORRECTA? en madres gestantes de 15 a 35 años que acuden al centro de Salud Simón Bolívar entre los meses de julio a septiembre del 2025.

| ¿USTED CUÁL CREE QUE ES LA POSICIÓN CORRECTA? | FRECUENCIA | % |
|--|-------------------|----------|
| CON LOS LABIOS HACIA AFUERA Y AGARRANDO TODA LA PARTE OSCURA DEL PECHO | 19 | 76% |
| NO SABE NO RESPONDE | 6 | 24% |
| TOTAL | 25 | 100% |



FUENTE PROPIA

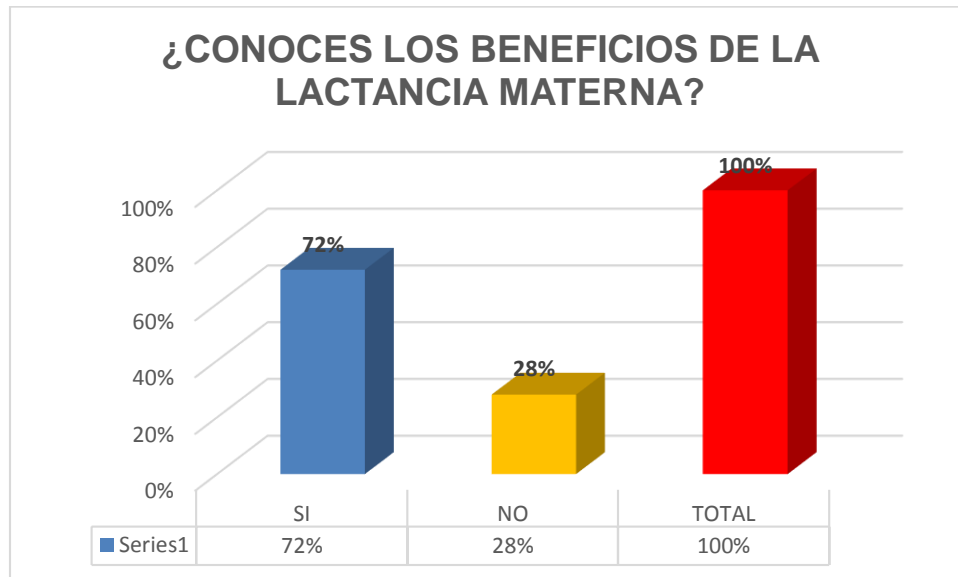
INTERPRETACIÓN:

El gráfico indica que del 100% de las mujeres encuestadas, el 76 % de las madres de familia indican que la posición correcta es con los labios hacia afuera y agarrando toda la parte oscura del pecho, el 24% no sabe o no responde.

TABLA N° 4

¿CONOCES LOS BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA? en madres gestantes de 15 a 35 años que acuden al centro de Salud Simón Bolívar entre los meses de julio a septiembre del 2025.

| ¿CONOCES LOS BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA? | FRECUENCIA | % |
|--|------------|------|
| Si | 18 | 72% |
| No | 7 | 28% |
| TOTAL | 25 | 100% |



FUENTE PROPIA

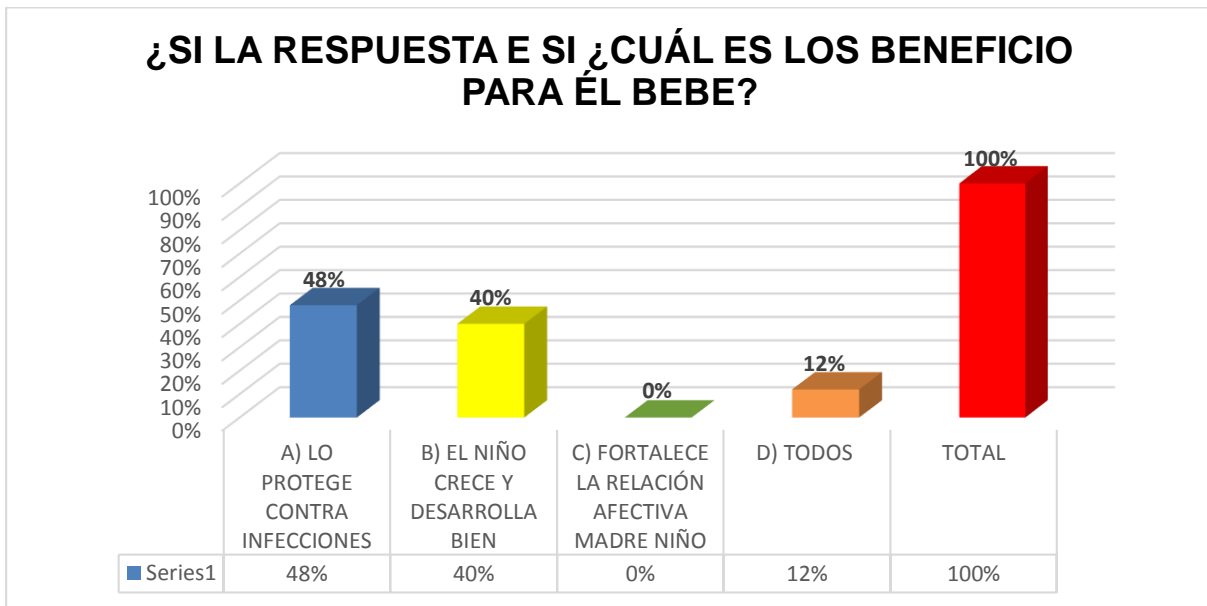
INTERPRETACIÓN:

El gráfico indica que del 100% de las mujeres encuestadas, el 72% de las madres de familia conocen los beneficios de la lactancia materna y el 28% no conoce los beneficios de la lactancia materna.

TABLA Nª 5

¿SI LA RESPUESTA E SI ¿CUÁL ES LOS BENEFICIO PARA ÉL BEBE? en madres gestantes de 15 a 35 años que acuden al centro de Salud Simón Bolívar entre los meses de julio a septiembre del 2025.

| ¿SI LA RESPUESTA ES SI ¿CUÁL ES LOS BENEFICIO PARA ÉL BEBE? | FRECUENCIA | % |
|--|-------------------|----------|
| A) LO PROTEGE CONTRA INFECCIONES | 12 | 48% |
| B) EL NIÑO CRECE Y DESARROLLA BIEN | 10 | 40% |
| C) FORTALECE LA RELACIÓN AFECTIVA MADRE NIÑO | 0 | 0% |
| D) TODOS | 3 | 12% |
| TOTAL | 25 | 100% |



FUENTE PROPIA

INTERPRETACIÓN:

El gráfico indica que del 100% de las mujeres encuestadas, el 48% de las madres de familia indican que los beneficios de la lactancia materna son que los protege a los bebés contra infecciones, el 40% indica que el niño crece y desarrolla bien, el 0% indica que fortalece la relación afectiva madre niño y el 12% indica que son todos los incisos.

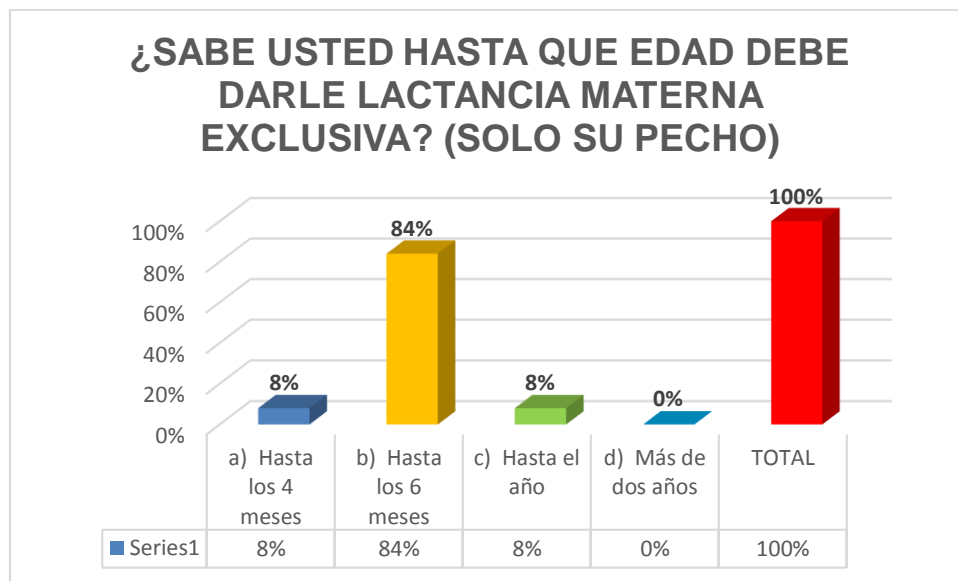
TABLA Nª 6

¿SABE USTED HASTA QUE EDAD DEBE DARLE LACTANCIA MATERNA

EXCLUSIVA? (SOLO SU PECHO) en madres gestantes de 15 a 35 años que acuden al centro de

Salud Simón Bolívar entre los meses de julio a septiembre del 2025.

| ¿SABE USTED HASTA QUE EDAD DEBE DARLE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA? (SOLO SU PECHO) | FRECUENCIA | % |
|---|-------------------|----------|
| A) HASTA LOS 4 MESES | 2 | 8% |
| B) HASTA LOS 6 MESES | 21 | 84% |
| C) HASTA EL AÑO | 2 | 8% |
| D) MÁS DE DOS AÑOS | 0 | 0% |
| TOTAL | 25 | 100% |



FUENTE PROPIA

INTERPRETACIÓN:

El grafico indica que del 100% de las mujeres encuestadas, el 84% de las madres de familia indican hasta los 6 meses, un 8% indica hasta los 4 meses, un 8% indica hasta el año y un 0% indica más de 2 años.

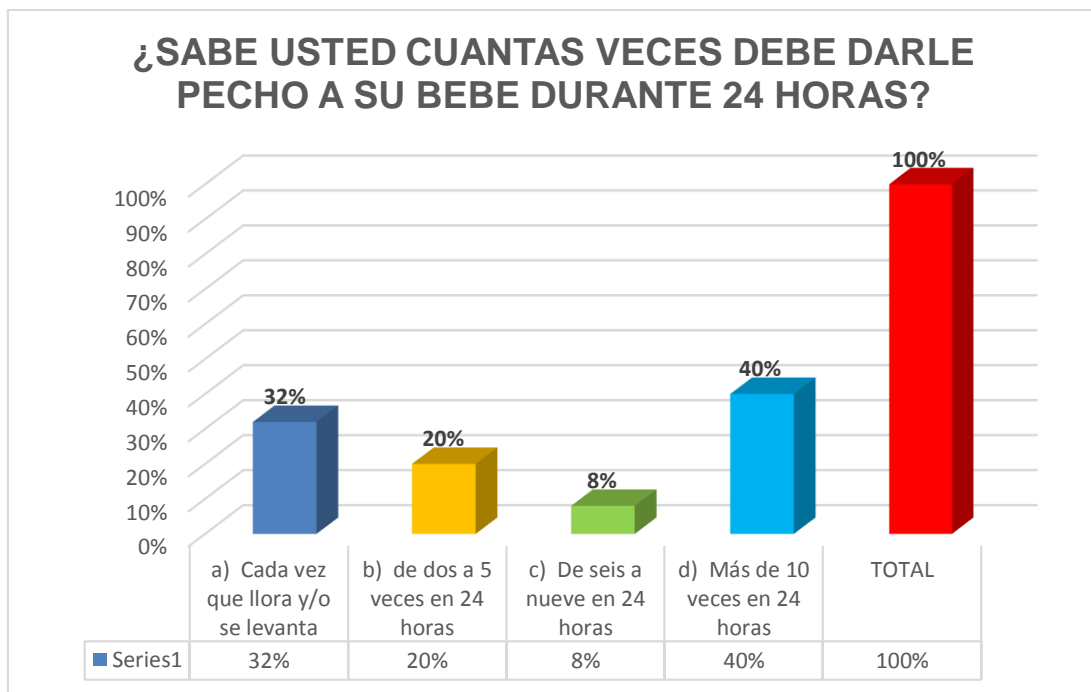
TABLA Nª 7

¿SABE USTED CUANTAS VECES DEBE DARLE PECHO A SU BEBE DURANTE 24

HORAS? en madres gestantes de 15 a 35 años que acuden al centro de Salud Simón Bolívar

entre los meses de julio a septiembre del 2025.

| ¿SABE USTED CUANTAS VECES DEBE DARLE PECHO A SU BEBE DURANTE 24 HORAS? | FRECUENCIA | % |
|--|------------|------|
| A) CADA VEZ QUE LLORA Y/O SE LEVANTA | 8 | 32% |
| B) DE DOS A 5 VECES EN 24 HORAS | 5 | 20% |
| C) DE SEIS A NUEVE EN 24 HORAS | 2 | 8% |
| D) MÁS DE 10 VECES EN 24 HORAS | 10 | 40% |
| TOTAL | 25 | 100% |



FUENTE PROPIA

INTERPRETACIÓN:

El grafico indica que del 100% de las mujeres encuestadas, el 40% de las madres de familia indican que sus bebes deben recibir leche materna más de 10 veces en 24horas, un 32% indica cada vez que llora y/o se levanta, un 20% indica de dos a cinco veces en 24horas y un 8% indica de seis a nueve en 24horas.

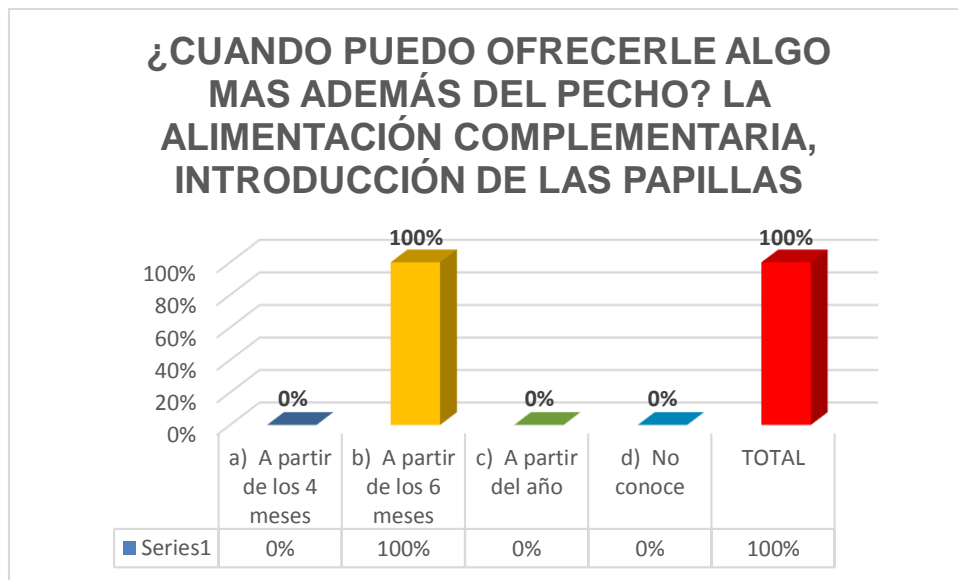
TABLA Nª 8

¿CUANDO PUEDO OFRECERLE ALGO MAS ADEMÁS DEL PECHO? LA

ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA, INTRODUCCIÓN DE LAS PAPILLAS en madres

gestantes de 15 a 35 años que acuden al centro de Salud Simón Bolívar entre los meses de julio a septiembre del 2025.

| ¿CUANDO PUEDO OFRECERLE ALGO MAS ADEMÁS DEL PECHO? LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA, INTRODUCCIÓN DE LAS PAPILLAS | FRECUENCIA | % |
|--|-------------------|----------|
| A) A PARTIR DE LOS 4 MESES | 0 | 0% |
| B) A PARTIR DE LOS 6 MESES | 25 | 100% |
| C) A PARTIR DEL AÑO | 0 | 0% |
| D) NO CONOCE | 0 | 0% |
| TOTAL | 25 | 100% |



FUENTE PROPIA

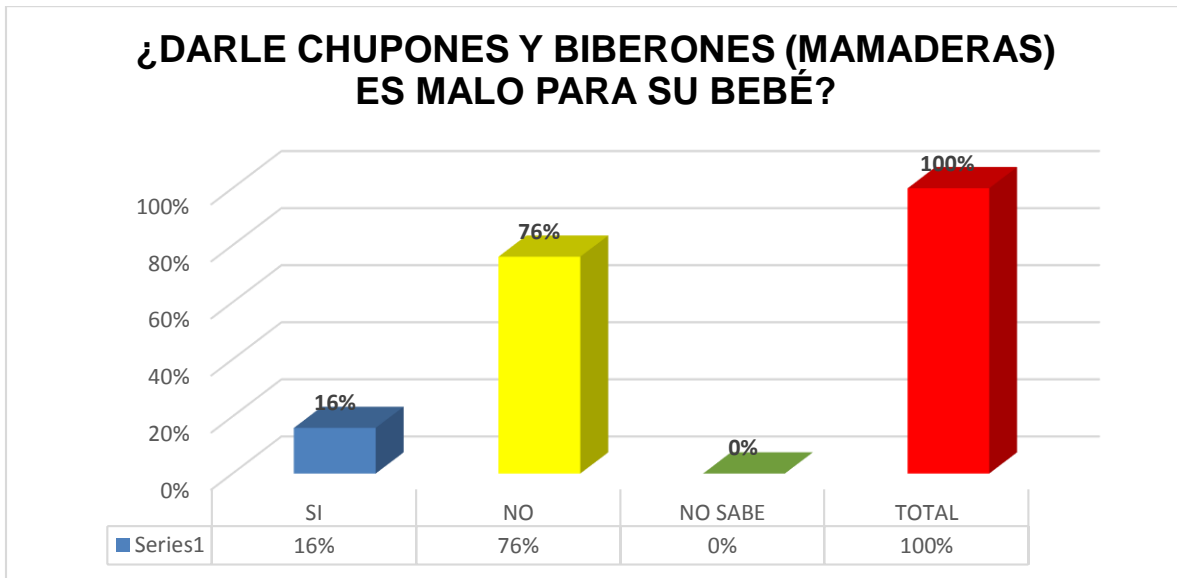
INTERPRETACIÓN:

El grafico indica que del 100% de las mujeres encuestadas, el 100 % de las madres de familia indican que sus bebes deben recibir alimentación complementaria a partir de los 6 meses, un 0% indica a partir de los 4 meses, un 0% a partir del año y un 0% no conoce.

TABLA Nª 9

¿DARLE CHUPONES Y BIBERONES (MAMADERAS) ES MALO PARA SU BEBÉ? en madres gestantes de 15 a 35 años que acuden al centro de Salud Simón Bolívar entre los meses de julio a septiembre del 2025.

| ¿DARLE CHUPONES Y BIBERONES (MAMADERAS) ES MALO PARA SU BEBÉ? | FRECUENCIA | % |
|--|-------------------|----------|
| SI | 4 | 16% |
| NO | 19 | 76% |
| NO SABE | 0 | 0% |
| TOTAL | 25 | 100% |



FUENTE PROPIA

INTERPRETACIÓN:

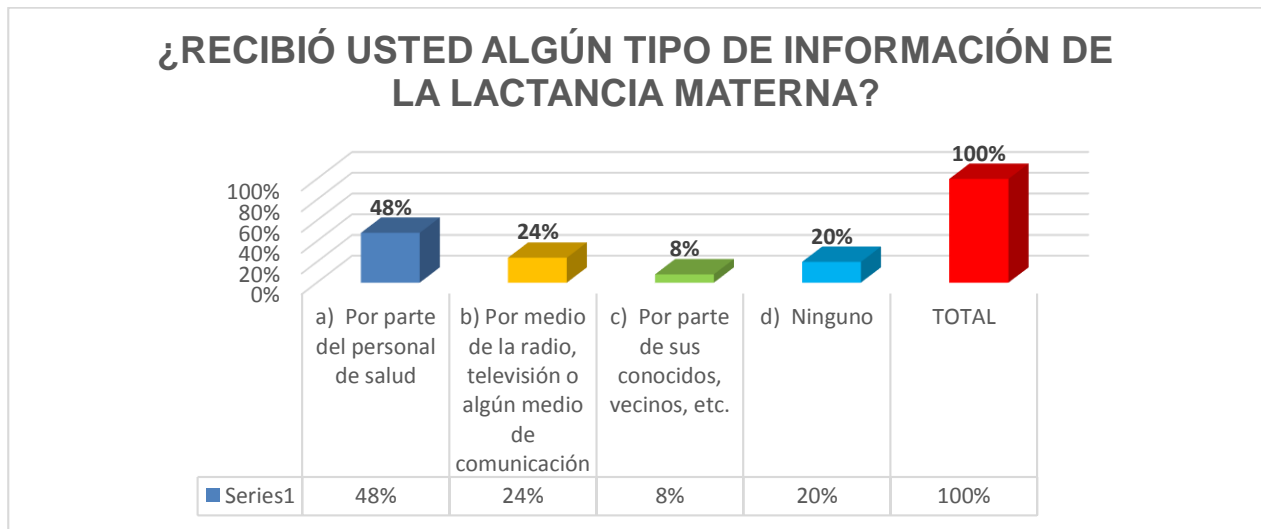
El grafico indica que del 100% de las mujeres encuestadas, el 76% de las madres de familia indican que no es malo darle chupones a su bebe, 16% indica que si es malo darle chupones a su bebe y un 0% indica que no sabe.

TABLA Nª 10

¿RECIBIÓ USTED ALGÚN TIPO DE INFORMACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA?

en madres gestantes de 15 a 35 años que acuden al centro de Salud Simón Bolívar entre los meses de julio a septiembre del 2025.

| ¿RECIBIÓ USTED ALGÚN TIPO DE INFORMACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA? | FRECUENCIA | % |
|--|------------|------|
| A) POR PARTE DEL PERSONAL DE SALUD | 12 | 48% |
| B) POR MEDIO DE LA RADIO, TELEVISIÓN O ALGÚN MEDIO DE COMUNICACIÓN | 6 | 24% |
| C) POR PARTE DE SUS CONOCIDOS, VECINOS, ETC. | 2 | 8% |
| D) NINGUNO | 5 | 20% |
| TOTAL | 25 | 100% |



FUENTE PROPIA

INTERPRETACIÓN:

El gráfico indica que del 100% de las mujeres encuestadas, el 48% de las madres de familia indican que recibieron información sobre la lactancia materna por medio del personal de salud, un 24% indica que recibió información por medio de la radio televisión, algún medio de comunicación, un 20% indica que por ningún medio y 8% indica por parte de sus conocidos, vecinos, etc.

4.1. Conclusiones.

4.1.1. *El Conocimiento Declarado No Garantiza La Apropiación Crítica Del Saber Sobre Lactancia Materna*

Aunque el 80% de las gestantes afirmó conocer sobre lactancia materna, solo el 72% conocía la posición correcta, y un 28% desconoce los beneficios reales para el bebé. Esto revela que la información no ha sido interiorizada ni resignificada desde sus propias realidades culturales, sociales o emocionales. El dato no es cuantitativamente alarmante, pero pedagógicamente es revelador: se está transmitiendo información, pero no formación crítica.

4.1.2. *Los Saberes Previos Y Los Mitos Aún Operan Como Filtros Interpretativos Poderosos*

A pesar de recibir información, 24% de las gestantes no supo responder cuál es la posición correcta, y 12% negó o ignoró los beneficios de la lactancia. Esto sugiere que los discursos médicos no están desplazando los discursos familiares o comunitarios, como la creencia de que "la leche materna no alcanza" o que "el calostro no alimenta".

4.1.3. *La Intención De Lactar No Se Acompaña De Seguridad Ni De Redes De Apoyo*

El 84% sabe que la lactancia exclusiva debe durar 6 meses, y el 76% está dispuesta a lactar hasta los 2 años, pero esto no se correlaciona con prácticas reales ni con confianza en sí mismas. La ausencia de prácticas simbólicas o experienciales (como demostraciones prácticas, acompañamiento posparto, o grupos de pares) deja a las gestantes en una zona de vulnerabilidad afectiva.

4.1.4. *La Fuente Principal De Información Es El Personal De Salud, Pero No Se Valida La Calidad Del Mensaje*

El 48% recibió información del personal de salud, pero no sabemos si fue bidireccional, culturalmente pertinente o crítica. Esto evidencia una brecha entre la intención institucional y la efectividad comunicativa.

4.1.5. La Investigación Participativa Como Herramienta De Transformación

Esta monografía, al aplicar una encuesta breve con diálogo, ya comenzó a interpelar a las gestantes, generando reflexión inmediata. Esto valida que la investigación puede ser también intervención, si se articula con estrategias de educación popular en salud.

4.2. Recomendaciones.

- a. Fortalecer la demostración práctica de la posición y el agarre durante los controles prenatales, dado que el 28 % de las gestantes aún desconoce la forma correcta de amamantar (Cuadro 2). Se sugiere incluir una práctica guiada con muñeco anatómico en cada consulta, con duración mínima de 3 minutos, para activar la memoria muscular y reducir la brecha entre conocimiento teórico y práctico.
- b. Revisar el contenido y la efectividad de las charlas educativas sobre beneficios de la lactancia materna, ya que el 28 % de las participantes declaró no conocer los beneficios para el bebé (Cuadro 4). Se recomienda sustituir la exposición oral por dinámicas participativas (como lluvia de ideas o juego de mitos y verdades) que permitan resignificar creencias previas.
- c. Incluir contenidos explícitos sobre el vínculo afectivo madre-hijo durante la lactancia, dado que ninguna gestante identificó este beneficio en sus respuestas (Cuadro 5). Se propone incorporar testimonios audiovisuales de madres locales que describan la experiencia emocional de amamantar, como estrategia pedagógica para visibilizar el valor afectivo de la lactancia.
- d. Acompañar a las gestantes en la construcción de una red de apoyo social, especialmente hacia aquellas que recibieron información solo por medios masivos (24 %) o por personas del entorno (8 %), según el Cuadro 10. Se sugiere la formación de grupos de crianza comunitarios liderados por pares, con reuniones quincenales en el propio centro de salud o en espacios vecinales.

- e. Ajustar los mensajes sobre frecuencia de lactancia, toda vez que el 32 % de las gestantes cree que se debe dar pecho “solo cuando llora el bebé” (Cuadro 7). Se recomienda utilizar afiches y tarjetas ilustradas que muestren la recomendación oficial: más de 10 tomas en 24 horas, incluyendo la noche, como forma de estimular adecuadamente la producción láctea.
- f. Capacitar al personal de salud en pedagogía intercultural y lenguaje no sexista, considerando que el 48 % de las gestantes recibió información del equipo sanitario (Cuadro 10), pero aún persisten mitos y dudas.
- g. Instalar un “rincón de la lactancia” en la sala de espera del centro, como estrategia de pedagogía informal. Este espacio debe contar con material visual en español y lenguas originarias, muñecos para práctica libre, y mensajes clave sobre duración y beneficios de la lactancia, reforzando así los contenidos dados en consulta y llegando también a acompañantes y familiares.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OPS/OMS. (2023). *Situación de la lactancia materna en la Región de las Américas*. Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/documentos/situacion-lactancia-materna-region-americas-2023>
2. Rollins, N. C., Bhandari, N., Hajeebhoy, N., Horton, S., Lutter, C. K., Martines, J. C., ... & Lamberti, L. M. (2022). Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *The Lancet*, 387(10017), 491–504. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01044-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01044-2)
3. Walsh, C. (2021). *Pedagogías decoloniales: Prácticas insurgentes de resistir, (re)existir y (re)vivir*. Abya Yala.
4. Quilaqueo, D., & Torres, H. (2023). Multiculturalismo e interculturalidad: Desafíos epistemológicos de la escolarización en contextos indígenas. *Alpha*, 47, 47–61. <https://doi.org/10.32735/s0718-220120180004700163>
5. Rodríguez Garat, C. D. (2021). Abordajes teórico-normativos en torno a políticas sanitarias y problemáticas vivenciadas por mujeres mapuche en la atención sanitaria. *Divulgatio*, 6(16), 1–29. <https://doi.org/10.48160/25913530di16.192>
6. Quintriqueo Millán, S. E., Riquelme Mella, E. H., Morales Saavedra, S., Quilaqueo Rapimán, D., & Gutiérrez Surjan, M. C. (2022). Conocimiento educativo en contexto escolar y en la educación familiar mapuche: principales tensiones epistemológicas. *Revista Brasileira de Educação*, 27(e27154). <https://doi.org/10.1590/s1413-24782017227154>
7. Albó Corrons, X., & Anaya, A. (2022). *La audacia de la educación intercultural y bilingüe en Bolivia*. Revista Andina, 38, 281–292.
8. Solano-Alpízar, J. (2021). Descolonizar la educación o el desafío de recorrer un camino diferente. *Revista Electrónica Educare*, 25(1), 117–129. <https://doi.org/10.15359/ree.25-1.7>
9. Ministerio de Salud de Bolivia. (2023). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA)*. Instituto Nacional de Estadística.

10. Walsh, C. (2024). *Interculturalidad crítica y pedagogía de-colonial: apuestas (des)del in-surgir, re-existir y re-vivir*. Revista Educación Online, 9(2), 1–29.
<https://doi.org/10.31243/re.v9i2.1668>

ANEXOS.





