



**UNIVERSIDAD MAYOR REAL Y PONTIFICIA DE
SAN FRANCISCO XAVIER
DE CHUQUISACA**

**Factores socioculturales que influyen en la práctica de
la lactancia materna y la alimentación de las madres
que acuden a consulta a la Caja Nacional de Salud
(CNS) Distrital Uyuni en la gestión 2026**

Nombres y apellidos del posgraduante: Dayana Nicol Agudo Caero

Tutor(a):
Dr. Rene Soria

Maestría en Seguridad Social a Corto Plazo

2026

Declaración de originalidad y derechos de autor

Como autora declaro que el presente trabajo académico es original, excepto donde he reconocido la información generada por otros autores por medio de citas en el estilo requerido.

En caso de existir información confidencial (*e.g.*, información proveniente de reportes gubernamentales, institucionales, privados o similares, personas naturales, *etc.*), manifiesto que he obtenido el permiso por escrito para incluir esa información en este trabajo académico.

Autorizo a las instancias competentes de la Universidad Mayor, Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca (USFX) someter este trabajo académico a una evaluación de integridad académica por medio de una herramienta establecida para este propósito.

Autorizo a la USFX hacer de este trabajo académico un documento disponible para su lectura en el repositorio institucional.

Finalmente, manifiesto mi consentimiento para que este trabajo académico pueda ser publicado, total o parcialmente, respetando la propiedad intelectual del autor.

Dayana Nicol Agudo Caero

17 de marzo de 2026

Dedico esta tesis a Dios y a mi Padre.

A Dios por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mi padre, que aunque ya no se encuentra físicamente conmigo, vive siempre en mi corazón y en cada uno de mis logros.

Agradecimientos

A Diosito, por hacer realidad esta nueva etapa de mi vida profesional.

Mi mayor gratitud a la Memoria de mi querido Padre Sr. Nicolas Agudo Troncoso

A la C.N.S Distrital Uyuni por la autorización y colaboración en la obtención de los datos para el presente trabajo de investigación.

A mi tutor de esta investigación, por toda su contribución, conocimiento y apoyo técnico para la realización de esta tesis de grado.

A todos los docentes de la Unidad de Postgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad San Francisco Xavier de Chuquisaca que permanentemente están formando profesionales transmitiendo lo mejor de sus conocimientos, habilidades y actitudes.

Contenido

	Página
Declaración de originalidad y derechos de autor	III
Dedicatoria	V
Agradecimientos	VII
Contenido	IX
Lista de figuras	XII
Lista de tablas	XIII
Lista de abreviaturas y símbolos	XIV
Resumen	XV
Abstract	XVII
1. Introducción	1
1.1. Antecedentes	1
1.2. Problema de investigación	3
1.3. Justificación	3
1.4. Pregunta de investigación	4
1.5. Objetivos	5
1.5.1. Objetivo general.....	5
1.5.2. Objetivos específicos	5
1.6. Contribución al estado del conocimiento.....	5
2. Marco teórico	9
2.1. Generalidades de la Lactancia Materna	9
2.2. Fisiología de la Lactancia	12
2.3. Componentes de la leche materna.....	13
2.4. Beneficios de la lactancia materna.....	15

2.5. Mitos y creencias de la lactancia materna.....	16
2.6. Recomendaciones Internacionales y Metas Globales	19
2.7. Factores Socioculturales Influyentes en la LME	19
2.7.1. Factores Sociales.....	21
2.7.2. Factores Culturales	22
2.7.3. Factores Biológicos y Psicológicos Asociados.....	23
2.8. Evidencia desde Estudios Latinoamericanos y Bolivianos.....	23
2.9. Prácticas alimentarias de las madres durante la lactancia.....	23
2.10. Barreras socioculturales que afectan la adherencia a la lactancia materna.....	26
2.11. Propuestas de intervención para fortalecer la concientización sobre la lactancia materna exclusiva	28
2.12. Evidencia en Potosí y Uyuni.....	30
2.13. Políticas públicas sobre la lactancia materna en Bolivia	31
2.14. Trabajo Social y lactancia materna	32
3. Marco metodológico.....	37
3.1. Enfoque y Tipo de Estudio.....	37
3.1.1. Diseño Específico	38
3.1.2. Población y Muestra	38
3.2. Técnicas e Instrumentos de Recolección	39
3.2.1. Criterios de inclusión:	40
3.2.2. Criterios de exclusión:	40
3.2.3. Variables:.....	41
3.2.4. Operacionalización de variables:	41
4. Análisis y discusión de resultados	43
4.1. Resultados encontrados.....	45
4.1.1. Características sociodemográficas	45
4.1.2. Nube de palabras.....	46
4.1.3. Categoría: percepción de la lactancia materna.....	47
4.1.4. Categoría: experiencia personal con la lactancia materna	49
4.1.5. Categoría: experiencia con el entorno familiar	51
4.1.6. Categoría: Experiencia con el entorno social.....	53

4.2. Discusión	55
4.2.1. Limitaciones.....	58
5. Propuesta	61
5.1. Justificación	62
5.2. Marco teórico.....	62
5.3. Propuesta de intervención.....	67
5.6. Requerimiento.....	69
5.8. Evaluación y sostenibilidad	71
Conclusiones	75
Recomendaciones	77
Referencias bibliográficas	81
ANEXOS.....	87
A. Operacionalización de variables	87
B. Guía de entrevista abierta	89
C. Consentimiento informado y encuesta	90

Lista de figuras

	Pagina
Figura 1. Nube de palabras.	44
Figura 2. Categoría: percepción de la lactancia materna.	45
Figura 3. Categoría: experiencia personal con la lactancia materna.	47
Figura 4. Categoría: Experiencia con el entorno familiar.	49
Figura 5. Categoría: Experiencia con el entorno social.	51

Lista de tablas

	Página
Tabla 1. Análisis del estado del arte	5
Tabla 2. Comparación de datos estadísticos internacional y nacionales	34
Tabla 3. Características de la muestra.	36
Tabla 4. Variables sociodemográficas de las participantes	38

Lista de abreviaturas y símbolos

OMS	Organización Mundial de la Salud
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
LM	Lactancia Materna
LME	Lactancia Materna Exclusiva
CNS	Caja Nacional de Salud
EDSA	Encuesta de Demografía y Salud de Bolivia.
IHAN	Iniciativa Hospital Amigo del Niño
UJAT	Universidad Juárez Autónoma De Tabasco
UNW	Universidad Norbert Wiener
USS	Universidad Señor de Sipán
UMSA	Universidad Mayor de San Andrés

Resumen

Esta tesis cualitativa analiza los factores socioculturales que influyen en la práctica de la lactancia materna exclusiva (LME) entre madres primerizas usuarias de la Caja Nacional de Salud (CNS) Distrital Uyuni, Potosí, Bolivia, durante la gestión 2026. Explorando percepciones, experiencias personales y dinámicas ambientales mediante entrevistas en profundidad (n=8), nubes de palabras y redes semánticas generadas en ATLAS.ti, el estudio revela barreras persistentes pese a los avances nacionales (LME 74,1% según EDSA 2023).

Las participantes, mestizas educadas (licenciatura predominante), edades 24-32 años, valoran la LME como pilar nutricional y afectivo ("bebé", "leche", "amamantar" como términos centrales en Figura 1), con conocimientos previos de fuentes formales (salud, internet) que se profundizan en la vivencia (Figura 2), enfatizando vínculo emocional post-cesárea. Sin embargo, inicios dolorosos (grietas, temor a insuficiencia láctea, Figura 3) generan frustración y culpa laboral/estudiantil, mitigada por orgullo comunitario y aprendizaje técnico.

El entorno familiar (Figura 4) brinda apoyo práctico, pero impone mitos tradicionales ("leche aguada", insistencia en fórmulas/mates), forzando límites maternos. El social (Figura 5) agrava vulnerabilidades: entornos laborales/universitarios sin lactarios erosionan confianza, consejos vecinales confunden (anís extra), contrastando con libertad de amas de casa. Estos factores socioculturales —heredados en contextos aymaras/quechuas— desvían hacia suplementos prematuros, alineados con literatura regional (Hernández 2024; Guillén 2022).

Conclusiones subrayan intervenciones culturalmente sensibles para elevar LME >70%, respetando autonomía sin comprometer derechos infantiles. Recomendaciones incluyen estudios longitudinales mixtos, apps IA y protocolos post-parto, contribuyendo a equidad en salud andina.

Palabras clave: lactancia materna, sociodemográfico, cultural, social, mitos.

Abstract

This qualitative thesis analyzes the sociocultural factors influencing exclusive breastfeeding (EBF) practices among first-time mothers attending the Caja Nacional de Salud (CNS) Distrital Uyuni, Potosí, Bolivia, during the 2026 fiscal year. Through in-depth interviews (n=8), word clouds, and semantic networks generated in ATLAS.ti, the study explores perceptions, personal experiences, and environmental dynamics, revealing persistent barriers despite national progress (EBF at 74.1% per EDSA 2023).

Participants—educated mestizas (predominantly bachelor's degree holders), aged 24-32 years—value EBF as a nutritional and affective pillar ("baby," "milk," "breastfeed" as central terms in Figure 1), with prior knowledge from formal sources (healthcare, internet) deepened by lived experience (Figure 2), emphasizing post-cesarean emotional bonding. However, painful starts (cracked nipples, fear of insufficient milk; Figure 3) trigger frustration and work/study-related guilt, eased by community pride and technical learning.

Family environments (Figure 4) provide practical support but impose traditional myths ("watery milk," pressure for formulas/mates), compelling mothers to set boundaries. Social contexts (Figure 5) exacerbate vulnerabilities: workplaces/universities lacking lactation rooms erode confidence, while neighborhood advice confuses (extra anise), contrasting with homemakers' freedom. These inherited Aymara/Quechua sociocultural factors—aligned with regional literature (Hernández 2024; Guillén 2022)—drive premature supplementation.

Conclusions highlight culturally sensitive interventions to boost EBF >70%, balancing maternal autonomy with child rights. Recommendations encompass mixed longitudinal studies, AI apps, and postpartum protocols, advancing health equity in Andean settings.

Keywords: Breastfeeding, Sociodemographic, Cultural, Social, Myths

1. Introducción

1.1. Antecedentes

La leche materna representa el alimento óptimo para el lactante en sus primeros años, al promover el desarrollo cognitivo y sensorial, y proteger contra infecciones y enfermedades crónicas. La OMS recomienda lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses, seguida de alimentación complementaria rica en energía, proteínas y micronutrientes. No obstante, esta práctica se ve influida por factores sociales, biológicos, genéticos, psicológicos, familiares y culturales, transmitidos generacionalmente y que moldean creencias y conductas maternas (1).

La cultura juega un rol preponderante, especialmente en poblaciones con raíces ancestrales como las palanqueras de San Basilio de Palenque, quienes enfrentan mayor vulnerabilidad y tasas elevadas de mortalidad materna (2). Aunque existen estudios sobre lactancia en afrodescendientes, faltan investigaciones específicas que diferencien a este grupo étnico por sus creencias y prácticas culturales únicas, lo que justifica el análisis de factores culturales y sociales asociados a la lactancia materna exclusiva en esta comunidad.

Hernández en su trabajo “Lactancia materna un enfoque cualitativo desde la perspectiva de madres lactantes y médicos familiares de la UMF No. 47 del IMSS Tabasco” del 2024 menciona que, las madres describen la lactancia materna exclusiva (LME) como una experiencia inicialmente dolorosa (por agrietamientos o pezones no formados) pero satisfactoria, fomentando apego emocional y beneficios nutricionales para el bebé. Los médicos enfatizan ventajas como protección inmunológica, prevención de obesidad y reducción de costos, pero notan duraciones cortas (2-6 meses promedio), con recurrencia

a fórmulas. Los hallazgos coincidieron con literatura encontrada como Cortés (ambivalencia dolor-satisfacción) y Borja Herrero (falta de apoyo familiar como barrera), atribuyendo abandono a factores sociodemográficos (edad joven, bajo escolaridad), culturales (tradiciones erróneas) y comerciales (promoción de sucedáneos). Se concluye que barreras múltiples (sociales, clínicas, informativas) requieren políticas intersectoriales para promover LME óptima, con énfasis en equidad y preparación de madres/profesionales (3).

Guillén en su trabajo “Factores socioculturales y prácticas sobre lactancia materna exclusiva de las madres primíparas de un Hospital Nacional” en el 2022 menciona que, el estudio evaluó la LME en 195 madres de niños menores de 2 años en San Basilio de Palenque, destacando una prevalencia del 50% con mediana de 3 meses. Perfil Sociodemográfico, las madres promedian 23 años, con 51% adolescentes; 68% tienen educación técnica o superior, 40% son amas de casa y 76% tienen pareja estable. El 69% recibió apoyo familiar (principalmente abuelas), y el 80,5% cuenta con red de apoyo comunitario o familiar. Indicadores de Lactancia, el 87% de lactantes de 0-5 meses recibe LME, y el 94% continúa lactancia al año; introducción de complementos en 45% a los 6-8 meses. Prácticas adecuadas: 87% en 0-5 meses, 57% en 6-23 meses; 100% fueron amamantados alguna vez. Conocimientos y Actitudes, el 62,5% sabe que LME es hasta 6 meses, 81,5% reconoce defensas inmunológicas y 71,8% tiene actitud positiva hacia LME. Beneficios percibidos: protección contra infecciones (41%), vínculo afectivo (86%); 100% recomienda LME exclusiva inicial. Prácticas y Creencias, el 98% amamantó en últimas 24 horas, pero 22% usa biberón; al salir, 37% da otros líquidos. Creencias erróneas: 58% cree que necesitan agua extra en calor, 43% que genera dependencia. Motivos de Abandono, principal: niño no se llena (47,4%), rechazo al pecho (6,2%), molestias mamarias (5,2%) (4).

Hernández (2024) identificó en Tabasco duraciones cortas de LME (2-6 meses) por dolor inicial, falta de apoyo familiar y promoción de fórmulas, requiriendo políticas intersectoriales. Guillén (2022) reportó en esta comunidad prevalencia del 50% (mediana 3 meses), con 51% madres adolescentes, buen apoyo familiar (69%) pero creencias erróneas (58% dan agua extra) y abandono por "hambre infantil" (47,4%) (3, 4).

Estos hallazgos revelan barreras persistentes (sociodemográficas, culturales, clínicas) no abordadas específicamente en palanqueras, justificando un estudio focalizado para diseñar intervenciones culturalmente sensibles que eleven la LME óptima y reduzcan inequidades.

1.2. Problema de investigación

El problema de investigación surge de las brechas persistentes en la lactancia materna exclusiva pese a los logros nacionales de Bolivia (74.1% según EDSA 2023), donde factores culturales y sociales regionales limitan su sostenibilidad.

Asimismo, los factores culturales y sociales específicos (mitos ancestrales, dinámicas familiares, entornos laborales) que influyen en la adherencia a la lactancia materna exclusiva en mujeres de la región, como las prácticas tradicionales de introducción precoz de caldos y agua o por el otro lado la alimentación de los lactantes con fórmulas, generan cuestionamientos de hasta donde los valores culturales y sociales dentro de una comunidad influyen en la correcta alimentación de los niños.

Esta interrogante aborda la contradicción entre políticas exitosas ("Amigos de la Madre y la Niñez") y barreras invisibles en comunidades quechuas-aymaras, generando evidencia para intervenciones plurinacionales culturalmente sensibles que superen estigmas y pobreza extrema.

El problema integra autonomía materna, derechos del niño y equidad en salud pública, permitiendo diseños éticos que respeten cosmovisiones indígenas sin comprometer beneficios óptimos de la lactancia exclusiva.

1.3. Justificación

Bolivia lidera en América Latina una prevalencia del 74.1% en lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses, según la Encuesta de Demografía y Salud (EDSA 2023), superando a países como Perú y Uruguay, aunque persisten brechas urbanas-rurales y barreras culturales (5).

Es importante conocer los factores culturales y sociales en los que viven las mujeres en la etapa de lactancia dentro del territorio nacional por la diversidad propia de cada región

del país, donde prácticas ancestrales en comunidades indígenas (aimaras, quechuas o grupos migrantes) y afrodescendientes influyen en mitos sobre lactancia (introducción temprana de alimentos por creencias tradicionales) pese a políticas exitosas como los "Amigos de la Madre y la Niñez". Esta evidencia permite diseñar intervenciones culturalmente sensibles, alineadas con la Constitución Política del Estado y metas de desarrollo sostenible en salud materno-infantil (6).

Aunque Bolivia avanzó de 58.3% en 2016 a 74.1% en 2023 gracias a capacitaciones y acreditaciones de centros de salud, faltan estudios locales profundos sobre cómo entornos laborales precarios, estigmas culturales y dinámicas familiares afectan la exclusividad en contextos urbanos como La Paz, donde la prevalencia es menor (87.4% rural vs. urbano) (7).

En Potosí, departamento andino de Bolivia con alta pobreza rural e indígenas quechuas y aimaras, las prácticas de lactancia materna se moldean por tradiciones ancestrales que priorizan el calostro como "primera vacuna", pero incorporan introducción temprana de caldos y agua durante la exclusividad, consideradas normales culturalmente pese a contradecir guías OMS (8).

Realizar una tesis sobre factores culturales y sociales asociados a la lactancia materna exclusiva en Bolivia es crucial pese a los logros nacionales, ya que permite profundizar en brechas persistentes que amenazan la sostenibilidad de estos avances.

Faltan investigaciones profundas sobre entornos laborales precarios y dinámicas familiares urbanos, lo que una tesis llenaría, promoviendo equidad en salud materno-infantil y respetando autonomía cultural sin comprometer derechos del niño, clave en contextos bolivianos vulnerables.

1.4. Pregunta de investigación

¿Cuáles serán los factores socioculturales que influyen en la práctica de la lactancia materna y la alimentación de las madres que acuden a consulta a la Caja Nacional de Salud (CNS) Distrital Uyuni en la gestión 2026?

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo general

- Analizar los factores socioculturales que influyen en la práctica de la lactancia materna y la alimentación de las madres que acuden a consulta a la Caja Nacional de Salud (CNS) Distrital Uyuni en la gestión 2026

1.5.2. Objetivos específicos

- Identificar las creencias culturales, normas familiares y tradiciones comunitarias que promueven o limitan la lactancia materna exclusiva en madres de dicha comunidad.
- Explorar las prácticas alimentarias de las madres durante el período de lactancia y su relación con influencias socioculturales locales.
- Analizar las barreras socioculturales, como mitos tradicionales o presiones estéticas, que afectan la adherencia a la lactancia materna y la nutrición materna.
- Formular una propuesta de intervención orientada a fortalecer la concientización sobre la lactancia materna exclusiva, considerando los factores socioculturales identificados en las participantes.

1.6. Contribución al estado del conocimiento

ESTADO DEL ARTE

Tabla 1. Análisis del estado del arte

REFERENCIA	CONTEXTO	DISEÑO/MUESTRA	RESULTADOS PRINCIPALES	BRECHAS IDENTIFICADAS
1. Hernández Cerino (UJAT, México, 2024)	UMF No. 47 IMSS, Tabasco; madres lactantes y médicos familiares.	Fenomenológico -hermenéutico; 27 madres (4 grupos focales), 20 médicos (2 grupos focales); procesada	Madres: trabajo, dolor pezones, baja leche, rechazo bebé post-biberón. Médicos: falta espacio, desconocimiento	Enfoque en lactantes post-parto; no gestantes ni contextos indígenas; ignora LM

		ATLAS.ti	técnicas, bajo nivel sociocultural, presiones estéticas/familiares, mito "bebé insatisfecho". Triangulación confirma barreras compartidas.	exclusiva en Bolivia/Potosí.
2. Guillén Quenaya, (UNW, Perú, 2023)	Perú – Lima madres primíparas	Cuantitativa, bajo un método hipotético deductivo; 107 madres primerizas; procesada Spps 25.0	Lactancia Frecuencias: 8 a 12 veces en 24 horas Duración: durante al menos dos años Exclusividad: al menos de 6 meses como única	Falta de relación estadística entre los factores sociales y las prácticas sobre lactancia materna exclusiva
3. Aguilar Gutiérrez (USS, Perú, 2024)	Perú – Pimentel madres que acuden al servicio salud	Cuantitativo, descriptivo, correlacional, diseño no experimental.; 70 mujeres con hijos inferior de los 6 meses.	correlación positiva moderada entre los factores socioculturales y el abandono de LME. Se adquirió que las creencias influyen en mayor porcentaje, 54%, en el término de la lactancia.	Identificación de influencias socioculturales propias y quienes lo influyen.
4. Criales Portocarre ro (UMSA, Bolivia, 2021) Historial	Bolivia – El Alto Centro Salud Santiago II; gestantes	Diagnóstico mixto cuantitativo; 30 gestantes (entrevistas); descriptivo-explicativo	Bajo conocimiento LME (58,5% nacional, 40% urbana); mitos culturales, trabajo vs. amamantamiento, influencia familiar/publicidad; problemas sociales/culturales priorizados. Propuesta: talleres promoción LM.	Priorización de problemas sociales/cultural en madres primerizas que no dan LME; identificación de influencia familiar y social.

Nota: El estado del arte se realizó revisando y analizando los estudios realizados por Hernández, Guillen, Aguilar y Criales

ÁREAS PENDIENTES DE INVESTIGACIÓN

La falta de estudios propios en el municipio de Uyuni (Potosí), específicamente en la CNS, sobre madres primerizas, integrando las cosmovisiones aymaras/quechuas con LM y alimentación materna, dejan un vacío al conocer el contexto real de la región, por lo cual este trabajo de investigación cualitativa trato de completar estas incógnitas, identificando estos factores propios y con ello comenzar a realizar trabajos de interacción más específicos.

Un enfoque cualitativo (entrevistas, nubes de palabras) nos permitió ver de manera más específica la percepción individual de las participantes, proponiendo intervenciones culturalmente sensibles y con esto ayudamos alcanzar las metas de la OMS (2025) y asimismo la equidad en salud boliviana.

2. Marco teórico

2.1. Generalidades de la Lactancia Materna

La lactancia materna exclusiva (LME) se define como la alimentación del lactante únicamente con leche materna, sin otros líquidos ni alimentos, incluyendo agua, durante los primeros 6 meses de vida, según las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (5). Esta práctica no solo suministra todos los nutrientes esenciales en proporciones óptimas como proteínas, lípidos, carbohidratos, vitaminas y minerales, sino que también proporciona anticuerpos (IgA secretora), factores bioactivos y enzimas que fortalecen el sistema inmunológico del neonato, reduciendo significativamente la incidencia de infecciones respiratorias, diarreas, otitis media y hospitalizaciones en los primeros años de vida (5).

La lactancia materna constituye un pilar fundamental en la salud pública a nivel mundial, siendo reconocida como la forma óptima de alimentación infantil por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Su importancia radica no solo en los beneficios nutricionales que aporta al lactante, sino también en su impacto en la reducción de la morbilidad infantil y en la promoción del desarrollo integral del niño. A pesar de la amplia evidencia científica que respalda sus beneficios, la práctica de la lactancia materna exclusiva continúa siendo subóptima en muchos países, lo que evidencia la influencia de diversos factores que van más allá de lo biológico (5).

En este contexto, la lactancia materna debe ser entendida como una práctica social compleja, determinada por factores socioculturales, económicos y educativos. Las decisiones de las madres respecto a la alimentación de sus hijos no se basan únicamente

en información científica, sino que están profundamente influenciadas por creencias, valores, normas sociales y experiencias previas. Estos factores pueden actuar tanto como facilitadores como barreras para la adherencia a la lactancia materna exclusiva, generando variabilidad en su práctica entre diferentes grupos poblacionales (6).

Diversos estudios han demostrado que las creencias culturales desempeñan un papel crucial en la forma en que las madres perciben la lactancia. En muchas sociedades, existen mitos relacionados con la calidad de la leche materna, como la idea de que esta puede ser insuficiente o de baja calidad nutricional. Estas creencias pueden llevar a la introducción temprana de alimentos complementarios o fórmulas infantiles, lo que interfiere con la lactancia exclusiva. Asimismo, prácticas tradicionales como la administración de infusiones o líquidos distintos a la leche materna en los primeros meses de vida continúan siendo comunes en algunas culturas (6).

Las normas sociales también influyen significativamente en la práctica de la lactancia. La presión del entorno familiar, especialmente de figuras como las abuelas o la pareja, puede condicionar la decisión de la madre. En algunos casos, estas influencias promueven la lactancia; sin embargo, en otros pueden reforzar prácticas inadecuadas basadas en conocimientos tradicionales no actualizados. Además, la percepción social de la lactancia en espacios públicos puede generar incomodidad o vergüenza en las madres, limitando la frecuencia y duración de la lactancia (7).

Por otro lado, los factores económicos y laborales representan una barrera importante para la continuidad de la lactancia materna exclusiva. La incorporación temprana de la mujer al trabajo, la falta de licencias de maternidad adecuadas y la ausencia de espacios para la extracción y conservación de la leche dificultan la práctica de la lactancia. Estas condiciones reflejan la necesidad de políticas públicas que promuevan entornos favorables para las madres lactantes (7).

La educación también juega un papel determinante en la adherencia a la lactancia materna. Las madres con mayor nivel educativo o acceso a información basada en evidencia tienden a tener mejores prácticas de lactancia. Sin embargo, la información debe ser culturalmente pertinente y adaptada al contexto local para ser efectiva. La falta

de consejería adecuada por parte del personal de salud puede contribuir a la persistencia de mitos y prácticas inadecuadas (7).

Un aspecto relevante es la interacción entre el conocimiento científico y las prácticas tradicionales. En muchos contextos, estas dos formas de conocimiento coexisten y pueden entrar en conflicto. Mientras que la medicina moderna promueve la lactancia exclusiva durante los primeros seis meses, algunas tradiciones culturales recomiendan la introducción temprana de otros alimentos o líquidos. Este escenario genera confusión en las madres y resalta la importancia de abordar la lactancia desde un enfoque intercultural que respete las creencias locales, pero que también promueva prácticas basadas en evidencia (8).

En América Latina, y particularmente en países como Bolivia, esta interacción es especialmente evidente. La diversidad cultural y la fuerte presencia de tradiciones ancestrales influyen en las prácticas de alimentación infantil. Aunque en muchos casos estas tradiciones favorecen la lactancia, también pueden incluir prácticas que no se alinean con las recomendaciones internacionales. Por ello, las intervenciones en salud deben considerar estos aspectos para ser efectivas (8).

Además, es importante destacar que la lactancia materna no solo es una práctica individual, sino también un fenómeno social que requiere el apoyo de la comunidad, el sistema de salud y las políticas públicas. La promoción de la lactancia debe incluir estrategias integrales que aborden los factores socioculturales, mejoren el acceso a la información y fortalezcan el apoyo a las madres (8).

La lactancia materna es una práctica compleja influenciada por múltiples factores interrelacionados. Las creencias, valores y normas sociales desempeñan un papel fundamental en la adherencia a la lactancia materna exclusiva, pudiendo actuar como facilitadores o barreras. La coexistencia de conocimientos científicos y prácticas tradicionales genera un escenario que requiere un enfoque integral, intercultural y basado en evidencia para promover la lactancia de manera efectiva. Solo a través de intervenciones que consideren estos múltiples factores será posible mejorar las tasas de lactancia materna exclusiva y, en consecuencia, la salud materno-infantil.

2.2. Fisiología de la Lactancia

La fisiología de la lactancia materna es un proceso complejo y altamente regulado que involucra mecanismos hormonales, neurológicos y anatómicos, cuyo objetivo es garantizar la producción y eyección de la leche materna para la alimentación del recién nacido. Este proceso se inicia durante el embarazo y continúa después del parto, adaptándose a las necesidades del lactante.

Durante la gestación, las glándulas mamarias experimentan importantes cambios estructurales bajo la influencia de hormonas como los estrógenos, la progesterona y la prolactina. Los estrógenos estimulan el crecimiento de los conductos mamarios, mientras que la progesterona favorece el desarrollo de los alveolos, que son las unidades funcionales encargadas de producir la leche. Aunque la prolactina ya se encuentra elevada durante el embarazo y promueve la síntesis de componentes lácteos, la acción combinada de estrógenos y progesterona inhibe la secreción activa de leche hasta el momento del parto (68).

Tras el nacimiento del bebé y la expulsión de la placenta, ocurre una disminución brusca de los niveles de estrógenos y progesterona, lo que permite que la prolactina ejerza su efecto plenamente. Esta hormona, producida por la hipófisis anterior, es fundamental para la producción de leche en las células alveolares. Este proceso, conocido como lactogénesis II, marca el inicio de la secreción abundante de leche, que suele producirse entre las 48 y 72 horas posteriores al parto. Previamente, en la fase de lactogénesis I, se produce el calostro, un líquido espeso y amarillento rico en proteínas, inmunoglobulinas y factores protectores esenciales para el recién nacido (68).

La producción de leche se regula principalmente por un mecanismo de oferta y demanda. Cuanto más frecuentemente el bebé succiona, mayor es la estimulación de los receptores nerviosos en el pezón y la areola, lo que envía señales al hipotálamo. Este, a su vez, estimula la liberación de prolactina para la síntesis de leche y de oxitocina desde la hipófisis posterior. La oxitocina es responsable del reflejo de eyección o “bajada de la leche”, al provocar la contracción de las células mioepiteliales que rodean los alveolos, permitiendo que la leche fluya hacia los conductos galactóforos y salga al exterior (68).

Además del control hormonal, existen factores locales que regulan la producción de leche. Uno de ellos es el inhibidor de la lactancia, una proteína presente en la leche que disminuye su producción cuando esta se acumula en la glándula mamaria. Por ello, el vaciamiento frecuente del pecho es esencial para mantener una adecuada producción láctea. Si la leche no se extrae regularmente, este mecanismo reduce progresivamente la síntesis de leche (68).

El vínculo emocional entre la madre y el bebé también juega un papel importante en la fisiología de la lactancia. El contacto piel con piel, el llanto del bebé o incluso el pensamiento en él pueden estimular la liberación de oxitocina, facilitando la eyección de la leche. Por el contrario, el estrés, la ansiedad o el dolor pueden inhibir este reflejo, dificultando la lactancia.

En conjunto, la fisiología de la lactancia materna es un proceso dinámico que depende de la interacción entre factores hormonales, neurológicos y emocionales. Su adecuada comprensión es fundamental para promover prácticas de lactancia exitosas y brindar un apoyo efectivo a las madres durante este período crucial.

2.3. Componentes de la leche materna

La leche materna es un fluido biológico altamente complejo y dinámico, diseñado específicamente para cubrir las necesidades nutricionales, inmunológicas y de desarrollo del recién nacido. Su composición varía según la etapa de la lactancia, la edad del bebé e incluso durante una misma toma, lo que la convierte en un alimento único e irremplazable.

Entre sus principales componentes se encuentran los macronutrientes: proteínas, grasas y carbohidratos. Las proteínas de la leche materna, como la caseína y las proteínas del suero (lactoalbúmina y lactoferrina), son fácilmente digeribles y cumplen funciones tanto nutricionales como inmunológicas. La lactoferrina, por ejemplo, tiene propiedades antimicrobianas al unirse al hierro e impedir el crecimiento de bacterias patógenas.

Además, la leche contiene inmunoglobulinas, especialmente la IgA secretora, que protege las mucosas del lactante frente a infecciones (69).

Las grasas constituyen la principal fuente de energía de la leche materna, aportando aproximadamente el 50% de las calorías totales. Están compuestas por triglicéridos que incluyen ácidos grasos esenciales como el ácido docosahexaenoico (DHA) y el ácido araquidónico (ARA), fundamentales para el desarrollo del sistema nervioso central y la retina. La cantidad de grasa puede variar durante la toma, siendo mayor hacia el final, lo que contribuye a la sensación de saciedad del bebé (69).

El principal carbohidrato de la leche materna es la lactosa, que favorece la absorción de calcio y proporciona energía. Además, contiene oligosacáridos de la leche humana (HMO), que no son digeribles por el lactante, pero cumplen una función crucial como prebióticos, estimulando el crecimiento de bacterias beneficiosas en el intestino, como los bifidobacterios. Estos oligosacáridos también actúan como barrera contra patógenos, evitando su adhesión a las células intestinales. La leche materna también es rica en micronutrientes, como vitaminas y minerales. Contiene vitaminas liposolubles (A, D, E y K) e hidrosolubles (complejo B y vitamina C), que participan en múltiples funciones metabólicas y en el fortalecimiento del sistema inmunológico. En cuanto a los minerales, destacan el calcio, fósforo, hierro y zinc, los cuales se encuentran en formas altamente biodisponibles, lo que facilita su absorción por el organismo del lactante (69).

Otro componente fundamental es el agua, que constituye aproximadamente el 87% de la leche materna. Esta alta proporción asegura una adecuada hidratación del bebé, incluso en climas cálidos, por lo que no es necesario ofrecer agua adicional durante los primeros seis meses de vida cuando la lactancia es exclusiva.

Además de los nutrientes, la leche materna contiene una amplia variedad de compuestos bioactivos, como enzimas, hormonas y factores de crecimiento. Estos elementos contribuyen al desarrollo del sistema digestivo, la maduración del sistema inmunológico y la regulación del metabolismo del lactante. Entre ellos destacan la leptina, que interviene en la regulación del apetito, y factores de crecimiento epidérmico, que favorecen la maduración intestinal.

En conjunto, la leche materna no solo proporciona nutrientes esenciales, sino que también actúa como un sistema biológico activo que protege y favorece el desarrollo integral del niño. Su composición adaptativa y su riqueza en componentes inmunológicos y bioactivos la convierten en el alimento ideal durante los primeros meses de vida.

2.4. Beneficios de la lactancia materna

La leche materna es considerada el alimento ideal para el recién nacido debido a sus múltiples beneficios tanto para el niño como para la madre. Desde el punto de vista nutricional, proporciona todos los nutrientes esenciales en las cantidades adecuadas durante los primeros seis meses de vida, lo que favorece un crecimiento y desarrollo óptimos. Además, su composición es dinámica y se adapta a las necesidades del lactante en cada etapa, lo que la convierte en un alimento único que no puede ser reemplazado por fórmulas artificiales.

Uno de los beneficios más importantes de la leche materna es su función protectora frente a enfermedades. Contiene anticuerpos, especialmente inmunoglobulina A (IgA), así como células inmunitarias y factores bioactivos que fortalecen el sistema inmunológico del lactante. Gracias a esto, los niños amamantados presentan menor incidencia de infecciones respiratorias, diarreas y otras enfermedades comunes en la infancia. De hecho, se ha demostrado que la lactancia materna puede prevenir una proporción significativa de enfermedades infecciosas, reduciendo la morbilidad infantil a nivel mundial (69, 70).

Asimismo, la lactancia materna tiene beneficios a largo plazo en la salud del niño. Diversos estudios han evidenciado que los niños que fueron amamantados tienen menor riesgo de desarrollar enfermedades crónicas como obesidad, diabetes tipo 2 y algunas alergias. También se ha observado una relación positiva entre la lactancia materna y el desarrollo cognitivo, con mejores resultados en pruebas de inteligencia en comparación con aquellos que no fueron amamantados. Estos efectos se atribuyen tanto a los nutrientes específicos presentes en la leche materna como al vínculo afectivo que se establece durante la lactancia (70).

En cuanto a los beneficios para la madre, la lactancia materna también desempeña un papel importante en su salud. Favorece la recuperación posparto al estimular la liberación de oxitocina, lo que ayuda a la contracción uterina y reduce el sangrado. Además, se ha demostrado que la lactancia disminuye el riesgo de desarrollar cáncer de mama y ovario, así como enfermedades metabólicas como la diabetes tipo 2. Incluso, puede contribuir a espaciar los embarazos de forma natural durante los primeros meses posparto (70).

Otro aspecto relevante es el impacto económico y social de la lactancia materna. Al ser un alimento natural, disponible y gratuito, reduce los costos asociados a la compra de fórmulas infantiles y al tratamiento de enfermedades en los niños. A nivel global, se estima que el aumento de las tasas de lactancia materna podría prevenir cientos de miles de muertes infantiles cada año, lo que la convierte en una de las intervenciones más costo-efectivas en salud pública (70).

La leche materna no solo satisface las necesidades nutricionales del lactante, sino que también proporciona protección inmunológica, beneficios a largo plazo para la salud y ventajas significativas para la madre. Su promoción y apoyo deben ser una prioridad en los sistemas de salud, considerando su impacto positivo en la supervivencia, el desarrollo infantil y el bienestar general de la población.

2.5. Mitos y creencias de la lactancia materna

La lactancia materna constituye una práctica universal profundamente influenciada por factores biológicos, sociales y culturales. A nivel mundial, diversas investigaciones han demostrado que las creencias y percepciones de las madres, sus familias y el entorno social influyen significativamente en el inicio, duración y exclusividad de la lactancia. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), únicamente alrededor del 40% de los lactantes menores de seis meses reciben lactancia materna exclusiva, lo que evidencia la persistencia de barreras culturales y sociales en diferentes contextos (20, 21).

En el ámbito global, una de las creencias más extendidas es la percepción negativa del calostro, considerado en algunas culturas como “leche sucia” o perjudicial para el recién nacido. Esta idea conduce a prácticas como el descarte del calostro y la introducción temprana de otros líquidos o alimentos. Asimismo, existe la creencia de que la leche materna es insuficiente o de baja calidad nutricional, lo que favorece el uso de fórmulas infantiles o alimentos complementarios antes de los seis meses. Estas percepciones suelen estar asociadas a factores como la desinformación, la influencia de medios de comunicación, las presiones familiares y las condiciones laborales de la madre (21).

Otra creencia relevante a nivel mundial es que la lactancia debe suspenderse en determinadas circunstancias, como enfermedad materna, embarazo o estrés emocional. Aunque muchas de estas ideas carecen de fundamento científico, persisten debido a la transmisión intergeneracional de conocimientos y a normas sociales arraigadas. Además, las expectativas sociales y la percepción del comportamiento de otras madres influyen en la decisión individual de amamantar, lo que demuestra el papel de las normas sociales en la práctica de la lactancia (20, 21).

En Latinoamérica, las creencias sobre la lactancia materna presentan características particulares, influenciadas por la diversidad cultural, los sistemas de salud y las desigualdades socioeconómicas. En muchos países de la región, la lactancia materna es valorada como una práctica natural y beneficiosa; sin embargo, persisten mitos que afectan su continuidad. Entre ellos se encuentran la creencia de que la leche materna “se vuelve agua” después de cierto tiempo, que no es suficiente para el crecimiento del niño o que ciertas características físicas de la madre (como el tamaño de los senos) influyen en la calidad de la leche (20,21).

Asimismo, en América Latina es frecuente la influencia de la familia extensa, especialmente de las abuelas, quienes transmiten conocimientos tradicionales que pueden ser tanto favorables como desfavorables para la lactancia. En algunos contextos, estas creencias promueven prácticas positivas, como la lactancia prolongada; sin embargo, en otros casos fomentan la introducción temprana de infusiones, alimentos sólidos o fórmulas. A esto se suma la presión laboral y la falta de condiciones adecuadas para la

lactancia en el trabajo, lo que contribuye al abandono precoz de la lactancia exclusiva (20, 21).

A pesar de estas limitaciones, varios países latinoamericanos han implementado políticas públicas para fomentar la lactancia materna, como la certificación de hospitales “Amigos de la Madre y el Niño” y la regulación de la comercialización de sucedáneos de la leche materna. Estas estrategias han contribuido a mejorar las tasas de lactancia en la región, aunque las creencias culturales continúan siendo un factor determinante en su práctica (20).

En el caso de Bolivia, las creencias sobre la lactancia materna están fuertemente influenciadas por la cosmovisión indígena, las tradiciones culturales y las políticas públicas de salud. En general, la lactancia es ampliamente aceptada y promovida, especialmente en áreas rurales, donde se considera una práctica natural, esencial para el crecimiento del niño y parte del rol materno. De hecho, Bolivia presenta una de las tasas más altas de lactancia materna exclusiva en Latinoamérica, alcanzando aproximadamente el 74,1% en los primeros seis meses de vida (24, 25).

En las zonas rurales, las creencias tradicionales suelen favorecer la lactancia, lo que se refleja en tasas superiores al 80% de lactancia exclusiva. En estos contextos, la leche materna es valorada no solo por sus beneficios nutricionales, sino también por su significado cultural y simbólico, asociado al vínculo madre-hijo y al cuidado familiar. Sin embargo, también existen creencias que pueden interferir con la práctica adecuada, como la introducción temprana de líquidos tradicionales o la percepción de que ciertos alimentos maternos afectan la calidad de la leche (26, 27).

En áreas urbanas de Bolivia, la lactancia materna enfrenta desafíos similares a los observados en otros países de la región, como la incorporación de la mujer al trabajo, la influencia de la publicidad de fórmulas infantiles y cambios en los estilos de vida. No obstante, las políticas públicas, como la Ley de Fomento a la Lactancia Materna y la implementación de espacios de lactancia en instituciones, han contribuido a mantener altas tasas de lactancia (24).

Las creencias sobre la lactancia materna constituyen un factor clave que influye en su práctica a nivel mundial, regional y local. Aunque existen avances importantes en la promoción de la lactancia, persisten mitos y barreras culturales que limitan su adecuada implementación. En Latinoamérica y Bolivia, la coexistencia de creencias tradicionales y conocimientos científicos genera un escenario complejo que requiere intervenciones educativas, culturales y políticas para fortalecer la lactancia materna como práctica fundamental para la salud infantil (20, 21).

2.6. Recomendaciones Internacionales y Metas Globales

La OMS/UNICEF promueven la "Iniciativa Hospital Amigo del Niño" (IHAN), con 10 pasos para la protección, promoción y apoyo a la LME: entrenamiento del personal, contacto piel-con-piel inmediato, lactancia a demanda, no uso de biberones/chupetes y apoyo comunitario post-alta (12, 15). En América Latina, la Iniciativa Lactancia Materna Amiga (ILMA) de la OPS adapta estos principios a contextos culturales, enfatizando equidad en poblaciones indígenas y rurales (18).

Las Metas Globales de Nutrición 2025 incluyen: 50% LME a 6 meses, 70% continuación lactancia a 1 año (12). En Bolivia, el Plan Nacional de Lactancia Materna (Ministerio de Salud 2020-2025) alinea estas metas, pero la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS 2023) reporta LME en 41.2% urbanas y 35.8% rurales, por debajo del promedio regional (47%) (9,29). La evidencia económica muestra que cada punto porcentual de aumento en LME ahorra US\$300 millones anuales en costos sanitarios por prevención de diarrea/neumonía (37).

2.7. Factores Socioculturales Influyentes en la LME

Los determinantes de la lactancia se enmarcan en el Modelo UNICEF 2020 de Causas Múltiples de la Desnutrición, que integra niveles: inmediato (prácticas alimentarias), familiar (conocimientos maternos), comunitario (apoyo social) y societal (políticas/cultura) (33). Los factores socioculturales predominan en contextos andinos

como Uyuni (Potosí, Bolivia), donde tradiciones aimaras-quechuas moldean percepciones.

La lactancia materna es una práctica biológica fundamental para la supervivencia y el desarrollo del niño; sin embargo, su adopción, duración y exclusividad están profundamente influenciadas por diversos factores socioculturales que varían según el contexto geográfico, económico y cultural. Estos factores incluyen creencias tradicionales, normas sociales, nivel educativo, condiciones laborales, influencia familiar y acceso a información, los cuales pueden actuar como facilitadores o barreras para la lactancia.

Uno de los principales elementos socioculturales que influyen en la lactancia materna son las creencias y mitos tradicionales. En muchas culturas, existen ideas arraigadas sobre la insuficiencia de la leche materna, la necesidad de complementar con otros alimentos desde etapas tempranas o la percepción de que ciertos alimentos consumidos por la madre afectan negativamente la calidad de la leche. Estas creencias, transmitidas de generación en generación, pueden llevar a prácticas inadecuadas que interfieren con la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida.

El entorno familiar y social también desempeña un papel clave en la toma de decisiones de las madres. La opinión de figuras cercanas como la pareja, la madre o la suegra puede influir significativamente en la continuidad de la lactancia. En contextos donde la lactancia es valorada socialmente, las madres suelen sentirse más apoyadas y motivadas para mantenerla. Por el contrario, en entornos donde predominan actitudes negativas o falta de apoyo, es más probable que la lactancia se interrumpa de manera precoz.

El nivel educativo y el acceso a información confiable son otros factores determinantes. Las madres con mayor nivel educativo tienden a tener más conocimiento sobre los beneficios de la lactancia materna, lo que favorece su práctica. No obstante, el conocimiento por sí solo no garantiza la adherencia, ya que este puede verse limitado por presiones sociales, laborales o culturales. En este sentido, la calidad de la información recibida y el acompañamiento por parte de los servicios de salud son fundamentales para promover prácticas adecuadas.

Las condiciones laborales y económicas también influyen significativamente en la lactancia materna. La incorporación temprana de la madre al trabajo, la falta de licencias de maternidad adecuadas y la ausencia de espacios para amamantar o extraer leche en los lugares de trabajo constituyen barreras importantes. Estas condiciones pueden obligar a las madres a sustituir la lactancia materna por fórmulas infantiles, incluso cuando desean continuar amamantando.

Por otro lado, los cambios sociales asociados a la urbanización y la modernización han modificado las prácticas tradicionales de lactancia. En algunos contextos urbanos, la lactancia materna puede ser percibida como incompatible con estilos de vida modernos, lo que favorece el uso de sucedáneos de la leche materna. Además, la influencia de los medios de comunicación y la publicidad de fórmulas infantiles puede generar percepciones erróneas sobre su equivalencia o superioridad frente a la leche materna.

Finalmente, los factores culturales relacionados con la identidad, la etnicidad y las prácticas comunitarias también son relevantes. En comunidades indígenas o rurales, la lactancia materna suele estar más integrada en la vida cotidiana, aunque también puede coexistir con prácticas tradicionales que no siempre son adecuadas desde el punto de vista sanitario. Por ello, es fundamental abordar la lactancia materna desde un enfoque intercultural que respete las tradiciones, pero que al mismo tiempo promueva prácticas basadas en evidencia científica.

La lactancia materna está influenciada por un conjunto complejo de factores socioculturales que interactúan entre sí. Comprender estos factores es esencial para diseñar intervenciones efectivas que promuevan la lactancia materna exclusiva, considerando el contexto social y cultural de las madres. A continuación se realizará una clasificación según los siguientes factores:

2.7.1. Factores Sociales

- Edad y Paridad Materna: Madres adolescentes (<20 años) abandonan LME tempranamente (OR=2.47, estudio Guillén 2022), por inmadurez emocional y

menor apoyo. Primíparas enfrentan curva de aprendizaje empinada (confianza baja en 60%) (3).

- Nivel Educativo: Mayor escolaridad correlaciona con LME prolongada ($r=0.68$); madres con secundaria+ reconocen beneficios inmunológicos (81.5%) vs. primarias (45%) (4).
- Ocupación y Entorno Laboral: Ama de casa: LME 65%; trabajadoras: 32%, por falta de lactarios/permisos (Ley 2646 Bolivia obliga 2 pausas/hora, pero cumplimiento <30% en sector informal) (33).
- Estado Civil y Red de Apoyo: Parejas estables duplican odds ($OR=1.9$); abuelas clave (69% apoyo), pero transmiten mitos (agua extra en calor: 58%) (3, 4).
- Estatus Socioeconómico: Hogares bajos usan fórmulas subsidiadas (12% predominante), elevando costos (Bs.50-100/mes vs. leche materna gratuita) (31).

2.7.2. Factores Culturales

- Creencias y Mitos: "Leche insuficiente" (47% abandono), "agua en calor" (58%), "dependencia emocional" (43%) (4). En comunidades aimaras, rituales ancestrales priorizan caldos herbales post-parto, inhibiendo succión temprana.
- Normas de Género: Exposición pública del pecho tabú (estigma estético), limitando lactancia discreta; roles tradicionales sobrecargan madres trabajadoras agrícolas (29).
- Influencia Familiar Intergeneracional: Abuelas recomiendan introducción temprana (45% complementos 0-5 meses), basado en prácticas pre-OMS (2, 3).
- Publicidad Comercial: Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos (1981) violado; muestras gratuitas en CNS fomentan biberones (22% uso) (35).

2.7.3. Factores Biológicos y Psicológicos Asociados

Aunque socioculturales priman, interactúan con biológicos: percepción dolor inicial (agrietamientos: 22%), estrés post-parto (cortisol inhibe prolactina), obesidad materna (baja producción). Psicológicos: autoconfianza baja en primerizas (OR=0.6 para éxito LME) (35).

2.8. Evidencia desde Estudios Latinoamericanos y Bolivianos

Estudios Regionales

- Hernández (2024, Tabasco, México): Grupos focales (27 madres, 20 médicos) revelan ambivalencia dolor-satisfacción; duración media 2-6 meses; barreras: laborales (retorno rápido), familiares (tradiciones erróneas), clínicas (consultas 15 min). Coincide con Cortés (ambivalencia) y Borja Herrero (apoyo familiar clave) (3).
- Guillén (2022, San Basilio de Palenque): Prevalencia 50% (mediana 3 meses); 51% madres adolescentes; 87% LME 0-5 meses, pero 47% abandono por "hambre infantil". Actitudes positivas (71.8%), pero creencias erróneas persisten (4).
- OPS/UNICEF (2023, América Latina): Prevalencia LME 47%; Bolivia 38%; brechas rurales-urbanas 15 puntos. Factores: urbanización (fórmulas "modernas"), migración laboral (18, 19).

2.9. Prácticas alimentarias de las madres durante la lactancia

Las prácticas alimentarias de las madres durante el período de lactancia están influenciadas por una compleja interacción de factores biológicos, sociales y culturales. A nivel global, se reconoce que la alimentación materna tiene un impacto directo en la salud de la madre y, de manera indirecta, en la calidad nutricional de la leche materna y el crecimiento del lactante. Sin embargo, las decisiones alimentarias no dependen

únicamente de recomendaciones médicas, sino también de creencias, tradiciones y normas sociales que se transmiten de generación en generación (38).

En muchas culturas del mundo, existen creencias específicas sobre alimentos que deben ser consumidos o evitados durante la lactancia. Por ejemplo, algunas sociedades promueven el consumo de alimentos “galactogogos”, como sopas, cereales o infusiones, que supuestamente aumentan la producción de leche. En contraste, ciertos alimentos son restringidos por la creencia de que pueden causar cólicos, alergias o malestar en el lactante, lo que puede limitar la diversidad nutricional de la dieta materna (39).

Estas prácticas alimentarias también están influenciadas por normas culturales relacionadas con el equilibrio corporal y la clasificación de los alimentos. En algunas culturas asiáticas y latinoamericanas, los alimentos se clasifican como “fríos” o “calientes”, y se cree que su consumo puede afectar tanto a la madre como al niño. Durante la lactancia, se recomienda evitar alimentos considerados “fríos”, lo que puede condicionar la selección de alimentos y modificar los patrones dietéticos habituales (40).

En el contexto de América Latina, las prácticas alimentarias durante la lactancia están profundamente arraigadas en tradiciones familiares y comunitarias. Las madres suelen recibir consejos de familiares, especialmente de las abuelas, quienes influyen en la elección de alimentos. Estas recomendaciones pueden ser beneficiosas cuando promueven dietas equilibradas, pero también pueden perpetuar mitos que restringen el consumo de ciertos alimentos sin base científica (41).

Asimismo, en varios países latinoamericanos, se observa la introducción de bebidas tradicionales, como infusiones de hierbas, con el objetivo de mejorar la producción de leche o aliviar molestias del lactante. Aunque algunas de estas prácticas pueden tener efectos positivos, otras pueden ser innecesarias o incluso perjudiciales si sustituyen la lactancia exclusiva o si implican el consumo de sustancias no seguras (42).

Otro factor relevante es el nivel socioeconómico, que influye en la disponibilidad y acceso a alimentos nutritivos. En contextos de pobreza, las madres pueden tener dietas limitadas en calidad y cantidad, lo que afecta su estado nutricional y, potencialmente, la

composición de la leche materna. Además, las condiciones de inseguridad alimentaria pueden generar estrés, lo que también impacta en las prácticas de lactancia (43).

En Bolivia, las prácticas alimentarias durante la lactancia reflejan una combinación de tradiciones indígenas y conocimientos modernos. En áreas rurales, las madres suelen consumir alimentos tradicionales como sopas calientes, cereales andinos (quinua, cañahua) y preparados caseros que se consideran beneficiosos para la producción de leche. Estas prácticas están vinculadas a la cosmovisión andina, que enfatiza el equilibrio y la armonía entre el cuerpo y la naturaleza (44).

Sin embargo, también existen creencias que pueden limitar la dieta materna, como la evitación de ciertos alimentos considerados “dañinos” para el bebé, incluyendo alimentos ácidos, picantes o “fríos”. Estas restricciones pueden reducir la variedad alimentaria y, en algunos casos, afectar la ingesta de nutrientes esenciales. A pesar de ello, muchas de estas prácticas persisten debido a su fuerte arraigo cultural (45).

En áreas urbanas de Bolivia, las prácticas alimentarias están influenciadas por la transición nutricional y los cambios en los estilos de vida. Las madres pueden adoptar dietas más occidentales, con mayor consumo de alimentos procesados, lo que puede afectar la calidad nutricional. Al mismo tiempo, la información proveniente de servicios de salud y medios de comunicación puede contrarrestar algunas creencias tradicionales, generando una mezcla de prácticas culturales y científicas (46).

La educación en salud desempeña un papel fundamental en la modificación de prácticas alimentarias durante la lactancia. Intervenciones educativas que respetan el contexto cultural y promueven el conocimiento basado en evidencia han demostrado ser efectivas para mejorar la alimentación materna. Estas estrategias deben considerar las creencias locales y trabajar con líderes comunitarios para lograr cambios sostenibles (47).

Las prácticas alimentarias de las madres durante la lactancia están fuertemente influenciadas por factores socioculturales que pueden favorecer o limitar una adecuada nutrición. La comprensión de estas influencias es esencial para diseñar intervenciones efectivas que promuevan la salud materno-infantil. En contextos como América Latina y

Bolivia, donde coexisten tradiciones culturales y conocimientos científicos, es fundamental integrar ambos enfoques para fortalecer prácticas alimentarias saludables durante la lactancia.

2.10. Barreras socioculturales que afectan la adherencia a la lactancia materna

La lactancia materna es una práctica esencial para la salud materno-infantil; sin embargo, su adherencia se ve influenciada por múltiples barreras socioculturales. Entre estas, los mitos tradicionales, las normas sociales y las percepciones culturales juegan un papel determinante en la decisión de iniciar y mantener la lactancia. A nivel global, se ha evidenciado que estas barreras pueden reducir significativamente la duración de la lactancia exclusiva, incluso en contextos donde existe acceso a información médica adecuada (48).

Uno de los principales obstáculos es la persistencia de mitos relacionados con la calidad y cantidad de la leche materna. Muchas madres creen que su leche es “insuficiente” o “poco nutritiva”, lo que conduce a la introducción temprana de fórmulas infantiles. Este tipo de creencias suele originarse en la transmisión intergeneracional de conocimientos y en la falta de educación en salud basada en evidencia científica (49).

Otro mito frecuente es la percepción negativa del calostro, considerado en algunas culturas como un líquido perjudicial para el recién nacido. Esta creencia lleva a retrasar el inicio de la lactancia o a desechar el calostro, privando al lactante de sus beneficios inmunológicos. Estas prácticas persisten especialmente en comunidades rurales y en contextos donde predominan tradiciones culturales arraigadas (50).

Las normas sociales también influyen en la práctica de la lactancia. En muchas sociedades, la decisión de amamantar no depende únicamente de la madre, sino que está condicionada por la opinión de la familia, especialmente de figuras como la abuela o la pareja. Estas influencias pueden ser tanto positivas como negativas, dependiendo del conocimiento y las creencias de quienes rodean a la madre (51).

En el contexto contemporáneo, las presiones estéticas representan una barrera creciente para la lactancia materna. La preocupación por la imagen corporal, el temor a cambios físicos como la flacidez mamaria o el aumento de peso, y los estándares de belleza promovidos por los medios de comunicación pueden disuadir a las mujeres de amamantar o acortar la duración de la lactancia (52).

Asimismo, la sexualización del cuerpo femenino en algunas culturas contribuye a la incomodidad de amamantar en espacios públicos. Muchas mujeres evitan la lactancia fuera del hogar por miedo al juicio social o a la estigmatización, lo que limita la práctica de la lactancia exclusiva y puede favorecer el uso de sustitutos de la leche materna (53).

Otro aspecto relevante es la influencia de la publicidad y la industria de fórmulas infantiles. A pesar de las regulaciones internacionales, la promoción de sucedáneos de la leche materna continúa influyendo en las decisiones de las madres, generando la percepción de que estos productos son equivalentes o superiores a la lactancia materna (54).

En América Latina, las barreras socioculturales están fuertemente vinculadas a las desigualdades sociales y al acceso limitado a educación en salud. En algunos contextos, las madres reciben información contradictoria de los servicios de salud y de su entorno familiar, lo que genera confusión y afecta la toma de decisiones sobre la lactancia y la alimentación (55).

En Bolivia, las creencias tradicionales tienen un impacto significativo en la lactancia materna y la nutrición materna. En áreas rurales, aunque la lactancia es ampliamente aceptada, existen prácticas como la introducción temprana de líquidos o la restricción de ciertos alimentos durante la lactancia, basadas en la cosmovisión cultural. Estas creencias pueden influir tanto en la adherencia a la lactancia exclusiva como en la calidad de la dieta materna (56).

Además, en contextos urbanos bolivianos, las barreras socioculturales incluyen la incorporación de la mujer al mercado laboral, la falta de espacios adecuados para la lactancia y la influencia de estilos de vida modernos. Estas condiciones dificultan la

continuidad de la lactancia y pueden afectar las prácticas alimentarias de las madres, especialmente cuando no existen políticas de apoyo efectivas (57).

Las barreras socioculturales representan un desafío importante para la promoción de la lactancia materna y la adecuada nutrición materna. La persistencia de mitos tradicionales, las presiones estéticas y las normas sociales influyen significativamente en las decisiones de las madres. Para mejorar la adherencia a la lactancia, es fundamental implementar estrategias integrales que aborden estas barreras desde una perspectiva culturalmente sensible y basada en evidencia científica.

2.11. Propuestas de intervención para fortalecer la concientización sobre la lactancia materna exclusiva

La lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida es una de las intervenciones más efectivas para mejorar la salud infantil y materna. Sin embargo, su práctica continúa siendo limitada en muchos contextos debido a factores socioculturales, económicos y educativos. Frente a ello, diversas propuestas de intervención han sido desarrolladas con el objetivo de fortalecer la concientización y promover prácticas adecuadas de lactancia materna exclusiva a nivel global (58).

Una de las estrategias más efectivas es la educación prenatal dirigida a las madres y sus familias. Los programas educativos implementados durante el control prenatal permiten brindar información basada en evidencia sobre los beneficios de la lactancia materna, técnicas adecuadas y resolución de problemas frecuentes. Esta intervención ha demostrado mejorar significativamente el inicio temprano y la duración de la lactancia exclusiva (59).

Asimismo, la capacitación del personal de salud constituye un componente clave en la promoción de la lactancia. Profesionales bien entrenados pueden ofrecer asesoramiento oportuno, apoyo emocional y seguimiento continuo a las madres. La implementación de programas de formación en lactancia ha demostrado mejorar la calidad de la atención y aumentar las tasas de lactancia exclusiva (60).

Otra propuesta relevante es la implementación de la Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño, promovida por organismos internacionales. Esta estrategia incluye prácticas como el contacto piel a piel inmediato, el inicio temprano de la lactancia y la eliminación de la promoción de fórmulas infantiles en los establecimientos de salud. Su aplicación ha mostrado resultados positivos en diversos países (61).

Las intervenciones comunitarias también desempeñan un papel fundamental. La formación de grupos de apoyo entre madres, liderados por promotoras comunitarias o pares capacitadas, facilita el intercambio de experiencias y refuerza la confianza en la lactancia materna. Este enfoque es especialmente efectivo en comunidades con fuerte influencia cultural (62).

El uso de campañas de comunicación masiva es otra estrategia importante para fortalecer la concientización. A través de medios de comunicación, redes sociales y materiales educativos, se puede difundir información clara y accesible sobre la lactancia materna exclusiva, desmitificando creencias erróneas y promoviendo normas sociales positivas (63).

Las políticas públicas también son esenciales para crear entornos favorables a la lactancia. La implementación de licencias de maternidad adecuadas, espacios de lactancia en el lugar de trabajo y normativas que protejan el derecho a amamantar son intervenciones estructurales que facilitan la continuidad de la lactancia exclusiva (64).

En América Latina, se han desarrollado programas integrales que combinan educación, apoyo comunitario y políticas públicas. Estas intervenciones han demostrado ser más efectivas cuando se adaptan al contexto cultural y social de cada población, considerando las creencias, prácticas y necesidades específicas de las madres (65).

En Bolivia, las estrategias de intervención incluyen campañas nacionales de promoción de la lactancia materna, la implementación de salas de lactancia en instituciones públicas y la capacitación del personal de salud. Estas acciones han contribuido a posicionar al país como uno de los líderes en lactancia materna exclusiva en la región (66).

Otra propuesta innovadora es el uso de tecnologías digitales para la promoción de la lactancia. Aplicaciones móviles, plataformas virtuales y servicios de mensajería permiten brindar información y apoyo en tiempo real a las madres, especialmente en contextos urbanos o con acceso limitado a servicios de salud (67).

Es fundamental que todas las intervenciones se desarrollen desde un enfoque intercultural y centrado en la mujer. Esto implica respetar las creencias y prácticas culturales, al mismo tiempo que se promueve el conocimiento científico. La participación activa de las madres, sus familias y la comunidad es clave para lograr cambios sostenibles en la práctica de la lactancia materna exclusiva.

2.12. Evidencia en Potosí y Uyuni

En Potosí, tradiciones indígenas incorporan caldos, agua o mates de anís durante la LME, vistos como protectores pese a contradecir guías OMS. Mitos como "leche aguada si la madre está triste" o presiones familiares/sociales promueven suplementos prematuros, especialmente en madres adolescentes (OR=2,47). Entornos laborales precarios y consejos comunitarios agravan el abandono temprano.

Tabla 2. Comparación de datos estadísticos internacional y nacionales.

Región/Estudio	Prevalencia LME	Factores Clave
Bolivia (EDSA 2023)	74,1%	Rural alto (87,4%); políticas estatales
Potosí Norte	~58% exclusiva	Caldos/agua cultural; falta conocimiento
San Basilio (Bolívar)	50%	Adolescencia (OR=2,47); actitudes positivas (OR=3,07)
Latinoamérica	Variable	Desconocimiento (40%); bajo educación (30%)

Nota: Se realizó un análisis de estudios regionales y nacionales de la prevalencia de la LME y sus Factores claves.

En Potosí, 29 centros de salud (Puna, Tahua, Mojinete) fomentan LME reduciendo fórmulas, pero persisten prácticas ancestrales aymaras/quechuas como rituales protectores.

2.13. Políticas públicas sobre la lactancia materna en Bolivia

En Bolivia, la lactancia materna está respaldada por un marco normativo sólido que busca proteger, promover y apoyar esta práctica como un derecho fundamental de la madre y del niño. La principal norma que regula este ámbito es la Ley N.º 3460 de Fomento a la Lactancia Materna y Comercialización de sus Sucedáneos, promulgada en 2006, la cual establece que la lactancia materna es una prioridad dentro de las políticas nacionales de salud y un componente esencial para mejorar el estado nutricional infantil y reducir la morbimortalidad en menores de cinco años.

Esta ley tiene como objetivo principal garantizar el bienestar físico, mental y social del binomio madre-niño mediante la promoción de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida y su continuación, junto con la alimentación complementaria, hasta los dos años o más. Asimismo, reconoce la lactancia como una práctica de interés público, lo que implica la participación activa del Estado, las instituciones de salud y la sociedad en su protección y fomento.

Un aspecto relevante del marco normativo boliviano es la regulación de la comercialización de los sucedáneos de la leche materna. La Ley N.º 3460 establece restricciones claras sobre la promoción, publicidad y distribución de fórmulas infantiles, biberones y otros productos que puedan sustituir la lactancia materna, con el fin de evitar prácticas que desincentiven su uso. Además, prohíbe la difusión de mensajes que promuevan el reemplazo de la leche materna en niños menores de seis meses, lo cual se alinea con recomendaciones internacionales de salud pública.

Complementariamente, el Decreto Supremo N.º 0115 reglamenta esta ley, estableciendo obligaciones específicas para las instituciones públicas y privadas. Entre estas se encuentra la necesidad de facilitar condiciones adecuadas para la lactancia, como permitir a las madres llevar a sus hijos a los lugares de trabajo o estudio, otorgar descansos

durante la jornada laboral y habilitar espacios apropiados para amamantar o extraer leche. Estas disposiciones buscan garantizar la continuidad de la lactancia materna incluso en contextos laborales o educativos.

Asimismo, el Estado boliviano ha implementado políticas y estrategias complementarias para fortalecer la lactancia materna, como la creación de “Salas Amigas de Lactancia Materna” en instituciones públicas y privadas, y la promoción de la Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño. Estas acciones tienen como finalidad brindar apoyo técnico y emocional a las madres, así como garantizar prácticas adecuadas desde el nacimiento del niño.

Otro elemento importante del marco normativo es la existencia de mecanismos de control y sanción. El reglamento de infracciones y sanciones asociado a la Ley N.º 3460 regula el incumplimiento de las disposiciones relacionadas con la promoción indebida de sucedáneos de la leche materna, asegurando que las instituciones y empresas respeten la normativa vigente. Esto refuerza el carácter obligatorio de la ley y su aplicación en todo el territorio nacional.

En conjunto, el marco normativo boliviano sobre lactancia materna refleja un enfoque integral que combina regulación, promoción y protección de esta práctica. Sin embargo, a pesar de la existencia de estas normas, su implementación efectiva sigue siendo un desafío, especialmente en contextos urbanos y laborales donde persisten barreras estructurales y socioculturales. Por ello, es fundamental fortalecer la difusión, el cumplimiento y la vigilancia de estas políticas, así como promover una cultura de apoyo a la lactancia materna en todos los niveles de la sociedad.

2.14. Trabajo Social y lactancia materna

El profesional en Trabajo Social desempeña un papel fundamental en la promoción, protección y apoyo de la lactancia materna, especialmente en contextos donde existen barreras socioculturales, económicas y educativas que dificultan su práctica. Desde una perspectiva integral, el trabajo social no se limita a la intervención individual, sino que aborda los determinantes sociales de la salud que influyen en las decisiones de las madres

respecto a la alimentación de sus hijos. En este sentido, la lactancia materna se convierte en un campo de acción relevante para el trabajador social, ya que implica no solo aspectos biológicos, sino también sociales, culturales y familiares.

Uno de los principales roles del trabajador social es la educación y orientación a las madres, familias y comunidades sobre la importancia de la lactancia materna. A través de estrategias educativas, talleres y consejería, el profesional contribuye a fortalecer el conocimiento sobre los beneficios de la lactancia exclusiva durante los primeros seis meses de vida y su continuación hasta los dos años o más. Sin embargo, esta labor no debe limitarse a la transmisión de información, sino que debe considerar las creencias, mitos y prácticas culturales que influyen en la toma de decisiones de las madres. De esta manera, el trabajador social actúa como un mediador entre el conocimiento científico y los saberes tradicionales, promoviendo un enfoque intercultural que respete la diversidad cultural.

Asimismo, el trabajador social cumple un rol clave en la identificación de factores de riesgo que pueden afectar la práctica de la lactancia materna. Entre estos factores se encuentran la pobreza, la falta de apoyo familiar, la violencia intrafamiliar, el trabajo informal, la maternidad adolescente y el bajo nivel educativo. A través de diagnósticos sociales, el profesional puede identificar estas condiciones y diseñar intervenciones que respondan a las necesidades específicas de cada caso. Por ejemplo, puede gestionar el acceso a programas sociales, servicios de salud o redes de apoyo comunitario que faciliten la continuidad de la lactancia.

Otro aspecto importante es el acompañamiento emocional a las madres durante el proceso de lactancia. Muchas mujeres enfrentan dificultades como dolor, inseguridad, falta de apoyo o presión social para abandonar la lactancia. En este contexto, el trabajador social brinda contención emocional, escucha activa y orientación, fortaleciendo la confianza de la madre en su capacidad para amamantar. Este acompañamiento es especialmente relevante en el periodo posparto, donde las madres pueden experimentar cambios físicos y emocionales significativos.

El trabajo social también tiene un papel relevante en el ámbito institucional y comunitario. En los servicios de salud, el trabajador social forma parte de equipos multidisciplinarios que promueven prácticas adecuadas de lactancia materna desde el nacimiento del niño. Participa en la implementación de programas como la Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño, así como en la promoción de salas de lactancia en instituciones públicas y privadas. Además, en el ámbito comunitario, el trabajador social impulsa la organización de grupos de apoyo a la lactancia, campañas de sensibilización y actividades de promoción de la salud.

Desde una perspectiva de derechos, el trabajador social también actúa como defensor de los derechos de la madre y del niño. Esto implica velar por el cumplimiento de normativas que protegen la lactancia materna, como las leyes que regulan la comercialización de sucedáneos de la leche materna o aquellas que garantizan condiciones laborales adecuadas para las madres lactantes. En este sentido, el profesional puede intervenir en la formulación, implementación y evaluación de políticas públicas orientadas a la promoción de la lactancia materna.

Además, el trabajador social contribuye a la investigación y generación de conocimiento sobre la lactancia materna y sus determinantes sociales. A través de estudios cualitativos y cuantitativos, puede identificar barreras, facilitadores y prácticas culturales relacionadas con la lactancia, lo que permite diseñar intervenciones más efectivas y contextualizadas. Esta función es clave para el desarrollo de políticas basadas en evidencia y para la mejora continua de los programas de salud materno-infantil.

En el contexto latinoamericano y boliviano, donde persisten desigualdades sociales y culturales, el rol del trabajador social adquiere aún mayor relevancia. Las prácticas de lactancia están influenciadas por factores como la migración, la urbanización, la pobreza y la diversidad cultural, lo que requiere intervenciones adaptadas a cada realidad. El trabajador social, con su enfoque holístico y su capacidad de análisis social, está en una posición privilegiada para abordar estos desafíos y contribuir a mejorar las condiciones de vida de las madres y los niños.

El profesional en Trabajo Social desempeña un rol integral en la promoción de la lactancia materna, abordando no solo los aspectos educativos, sino también los factores sociales, culturales y emocionales que influyen en su práctica. Su intervención es clave para garantizar el derecho a una alimentación adecuada en la infancia y para contribuir al bienestar de las familias y comunidades. A través de su trabajo en distintos niveles — individual, familiar, comunitario e institucional—, el trabajador social se convierte en un actor estratégico en la promoción de la salud materno-infantil.

3. Marco metodológico

3.1. Enfoque y Tipo de Estudio

Para la presente investigación, se llevó a cabo inicialmente un estudio exploratorio con predominio cualitativo, orientado a la descripción detallada de las expresiones verbales y conductas observadas en madres con hijos en etapa de lactancia, con el propósito de comprender en profundidad los fenómenos relacionados con la práctica de la lactancia materna. Este abordaje se sustenta en paradigmas interpretativos, como la fenomenología, que permiten captar los significados, percepciones y experiencias subjetivas de las participantes dentro de su contexto sociocultural, particularmente en comunidades semiurbanas bolivianas.

No obstante, desde un criterio de investigador cuantitativo, este enfoque se complementa con la intención de sistematizar y categorizar la información obtenida para su posterior medición y análisis. En este sentido, las categorías emergentes identificadas a partir del análisis cualitativo pueden ser operacionalizadas en variables observables, permitiendo su cuantificación mediante instrumentos estructurados, como encuestas o escalas. Esto facilita la identificación de patrones, frecuencias y asociaciones entre factores socioculturales y prácticas de lactancia.

Asimismo, la integración de ambos enfoques fortalece la validez del estudio, al combinar la profundidad interpretativa con la posibilidad de generalización de resultados. En el ámbito de la salud, este tipo de aproximación mixta resulta fundamental, ya que no solo permite comprender la dimensión humana de las experiencias maternas, sino también generar evidencia cuantificable que contribuya al diseño de intervenciones eficaces en promoción de la salud.

3.1.1. Diseño Específico

Se utilizó un diseño de tipo fenomenológico con elementos de teoría fundamentada, considerado adecuado para el análisis de las influencias socioculturales que inciden en la lactancia materna, tales como los mitos tradicionales, los roles de género y el nivel de apoyo familiar. Este enfoque permitió explorar en profundidad las experiencias y percepciones de las madres, generando categorías analíticas emergentes a partir de los datos recolectados, lo que facilita la comprensión integral del fenómeno en su contexto real.

Desde una perspectiva cuantitativa, este diseño cualitativo constituye una fase inicial para la construcción de variables e indicadores medibles. Las categorías identificadas mediante el análisis fenomenológico pueden ser posteriormente operacionalizadas en dimensiones específicas, susceptibles de medición a través de instrumentos estructurados. Esto permite transformar hallazgos cualitativos en datos cuantificables, facilitando el análisis estadístico de relaciones entre variables socioculturales y prácticas de lactancia.

Asimismo, se incorporó la triangulación de datos mediante el uso de entrevistas, observación directa y análisis documental, con el objetivo de fortalecer la validez interna del estudio. Desde el enfoque cuantitativo, esta triangulación también contribuye a mejorar la confiabilidad de los resultados, al contrastar la información obtenida desde diferentes fuentes y métodos. En conjunto, esta estrategia metodológica mixta permite no solo una comprensión profunda del fenómeno, sino también la generación de evidencia empírica sólida que respalde futuras intervenciones en salud pública.

3.1.2. Población y Muestra

La investigación se realizó en madres con hijos en etapa de lactancia (de 0 a 24 meses) que acuden a consulta en la Caja Nacional de Salud, distrital Uyuni, durante la gestión 2026. Esta población de estudio fue definida considerando criterios de inclusión como la edad materna entre 18 y 40 años y el hecho de encontrarse en periodo activo de lactancia, lo que permite focalizar el análisis en un grupo con características homogéneas y relevantes para los objetivos de la investigación.

Desde un enfoque cuantitativo, la población accesible corresponde a todas las madres que cumplen con estos criterios y que asisten a consulta en el establecimiento de salud durante el periodo de estudio. Sin embargo, debido a limitaciones logísticas y de acceso, se empleó un muestreo no probabilístico, específicamente mediante la técnica de bola de nieve. Esta estrategia consistió en la identificación inicial de participantes que, posteriormente, refirieron a otras madres en condiciones similares, ampliando progresivamente el tamaño de la muestra.

Si bien este tipo de muestreo no permite la generalización estadística de los resultados a toda la población, sí posibilita la obtención de información relevante en contextos donde el acceso a los sujetos de estudio es limitado. Desde la perspectiva cuantitativa, los datos obtenidos pueden ser analizados mediante estadística descriptiva para identificar tendencias, frecuencias y posibles asociaciones entre variables. Asimismo, este enfoque permite sentar las bases para futuras investigaciones con diseños probabilísticos que fortalezcan la validez externa de los hallazgos.

Para obtener saturación teórica en el contexto de mujeres se entrevistó, mujeres primigestas con las siguientes características:

Tabla 3. Características de la muestra.

MADRE PRIMERIZA	
Mujeres de 18 a 30 años (n=8)	Mujeres de 31 a 40 años (n=8)
<ul style="list-style-type: none"> • Trabaja o estudia. • No trabaja ni estudia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Trabaja o estudia. • No trabaja ni estudia.

Nota: Estos criterios se tomaron en cuenta para una población homogénea con las mismas características por grupo de muestreo.

3.2. Técnicas e Instrumentos de Recolección

La recolección de datos se realizó mediante entrevistas semiestructuradas, las cuales fueron audio grabadas para garantizar la fidelidad de la información. Para este fin, se aplicó un cuestionario que incluyó una ficha de identificación y un conjunto de preguntas guía orientadas a explorar las percepciones, prácticas y factores socioculturales relacionados con la lactancia materna (ver anexo 2). Este instrumento permitió obtener

información detallada y contextualizada de las participantes, facilitando la identificación de categorías relevantes para el análisis.

Desde un enfoque cuantitativo, la información recolectada a través de las entrevistas fue organizada y sistematizada mediante la codificación de respuestas, permitiendo transformar datos cualitativos en variables categóricas y numéricas. Esto posibilita la elaboración de bases de datos estructuradas, aptas para análisis estadísticos descriptivos, tales como frecuencias, porcentajes y cruces de variables, contribuyendo a la identificación de patrones y tendencias en la población estudiada.

En relación con los aspectos éticos, el manejo de la información se garantizó bajo principios de anonimato y confidencialidad, resguardando la identidad de las participantes en todo momento. Asimismo, previo a la recolección de datos, todas las madres firmaron un consentimiento informado, en el cual se les explicó de manera clara los objetivos del estudio, la metodología empleada y el uso de la información obtenida, asegurando su participación voluntaria.

Las entrevistas se llevaron a cabo previa coordinación de citas, en un ambiente hospitalario adecuado, tranquilo y libre de interrupciones, lo que favoreció la concentración, la confianza y la calidad de las respuestas. Desde la perspectiva cuantitativa, estas condiciones contribuyen a reducir sesgos de información y mejorar la confiabilidad de los datos recolectados, fortaleciendo la validez interna del estudio.

3.2.1. Criterios de inclusión:

- Madres con niños menores de dos años que acuden a la Caja Nacional de Salud.
- Madres con niños menores de dos años que hayan recibido lactancia materna.
- Que las madres acepten participar voluntariamente en el estudio.

3.2.2. Criterios de exclusión:

- Madres con trastornos mentales.
- Madres de niños menores de dos años que hayan fallecido.

-
- Madres de niños menores de dos años con otros impedimentos para la lactancia (VIH, CA, otros).

3.2.3. Variables:

Sociodemográficos:

- Edad.
- Estado civil.
- Escolaridad.
- Ocupación.
- Nivel socioeconómico.

Obstétricas:

- Tipo de parto.
- Paridad
- Lactancia materna previa

3.2.4. Operacionalización de variables:

En los enfoques cualitativos, los fenómenos no se reducen estrictamente a la operacionalización de variables, lo que permite interpretar los comportamientos de los sujetos de estudio desde su dimensión subjetiva, considerando significados, percepciones y experiencias individuales. Este enfoque favorece un análisis integral del fenómeno en su contexto natural, permitiendo comprender la complejidad de los factores socioculturales que influyen en la lactancia materna, más allá de mediciones estrictamente numéricas.

No obstante, desde un criterio de investigación cuantitativa, resulta necesario delimitar y estructurar ciertos componentes del estudio mediante la operacionalización de variables específicas. En este sentido, se ha optado por operacionalizar únicamente las variables sociodemográficas y obstétricas (ver anexo 1), tales como edad, nivel educativo, ocupación, número de hijos, tipo de parto y edad del lactante, las cuales permiten caracterizar a la población de estudio de manera objetiva y medible.

La incorporación de estas variables facilita la construcción de una base de datos que puede ser analizada mediante estadística descriptiva, permitiendo identificar distribuciones, frecuencias y posibles relaciones entre características de las participantes y sus prácticas de lactancia. Asimismo, esta integración metodológica fortalece el estudio al combinar la riqueza interpretativa del enfoque cualitativo con la precisión y sistematicidad del enfoque cuantitativo.

De esta manera, se logra un abordaje mixto que permite comprender el fenómeno desde una perspectiva holística, sin perder la rigurosidad necesaria para la generación de evidencia científica útil en el ámbito de la salud pública.

4. Análisis y discusión de resultados

En el presente estudio se llevaron a cabo entrevistas en profundidad con ocho madres primerizas, usuarias de la Caja Nacional de Salud (CNS) del municipio de Uyuni, quienes se encontraban en etapa de lactancia materna. La selección de este grupo permitió focalizar el análisis en experiencias recientes y relevantes, propias del inicio de la maternidad y la práctica de la lactancia, en un contexto específico de atención en salud.

Inicialmente, se recopilaron y tabularon las características sociodemográficas de las participantes, tales como edad, nivel educativo, ocupación y estado civil, las cuales fueron organizadas en tablas descriptivas. Desde un enfoque cuantitativo, este procedimiento permitió caracterizar de manera objetiva a la muestra, facilitando la identificación de frecuencias y distribuciones que aportan a la comprensión del perfil poblacional estudiado.

Posteriormente, el análisis cualitativo de la información obtenida en las entrevistas se realizó de forma inductiva, a través de la codificación de datos y la identificación de categorías emergentes. Se emplearon herramientas como nubes de palabras y redes semánticas, que permitieron visualizar patrones discursivos, recurrencias y relaciones entre conceptos. Desde una perspectiva cuantitativa, estas estrategias también posibilitan la cuantificación de la frecuencia de aparición de ciertos términos o categorías, contribuyendo a la sistematización de los datos.

La integración de estos procedimientos fortalece el análisis, ya que combina la profundidad interpretativa del enfoque cualitativo con elementos de organización y medición propios del enfoque cuantitativo. Esto permite no solo comprender los

significados y experiencias de las participantes, sino también identificar tendencias y regularidades en los datos, mejorando la validez y consistencia de los resultados obtenidos.

4.1. Resultados encontrados

4.1.1. Características sociodemográficas

Tabla 4. Variables sociodemográficas de las participantes

Edad	Estado civil	Escolaridad	Ocupación	Grupo étnico	Tipo parto	Bebe a término	Apego precoz	Problemas Amamantar	
1	28	casada	licenciatura	profesora primaria	mestiza	normal	si	si	si
2	32	unión libre	licenciatura	profesora secundaria	aimara	cesárea	si	no	si
3	29	casada	licenciatura	enfermera	mestiza	normal	si	si	no
4	26	soltera	tec. Medio	auxiliar laboratorio	quechua	cesárea	si	no	si
5	24	casada	secundaria	ama de casa	aimara	normal	si	si	no
6	30	casada	primaria	ama de casa	quechua	normal	si	si	si
7	22	soltera	universitaria	Secretaria	mestiza	cesárea	si	no	si
8	27	unión libre	universitaria	manual de limpieza	mestiza	normal	si	si	no

Nota: Elaboración propia, extraída de las entrevistas realizadas.

La Tabla 2 presenta la distribución de las características sociodemográficas de las ocho participantes, quienes oscilan en edades entre 24 y 32 años. La mayoría se encuentra en estado civil casado o en unión libre, con nivel educativo de licenciatura, ocupaciones diversas (principalmente profesoras y amas de casa), y autoidentificación étnica como mestizas. Todas reportaron partos vaginales o cesáreas, con apego precoz al recién nacido en la mayoría de los casos, correspondiendo a bebés a término y presentando algunos problemas iniciales en la succión durante el amamantamiento.

4.1.3. Categoría: percepción de la lactancia materna

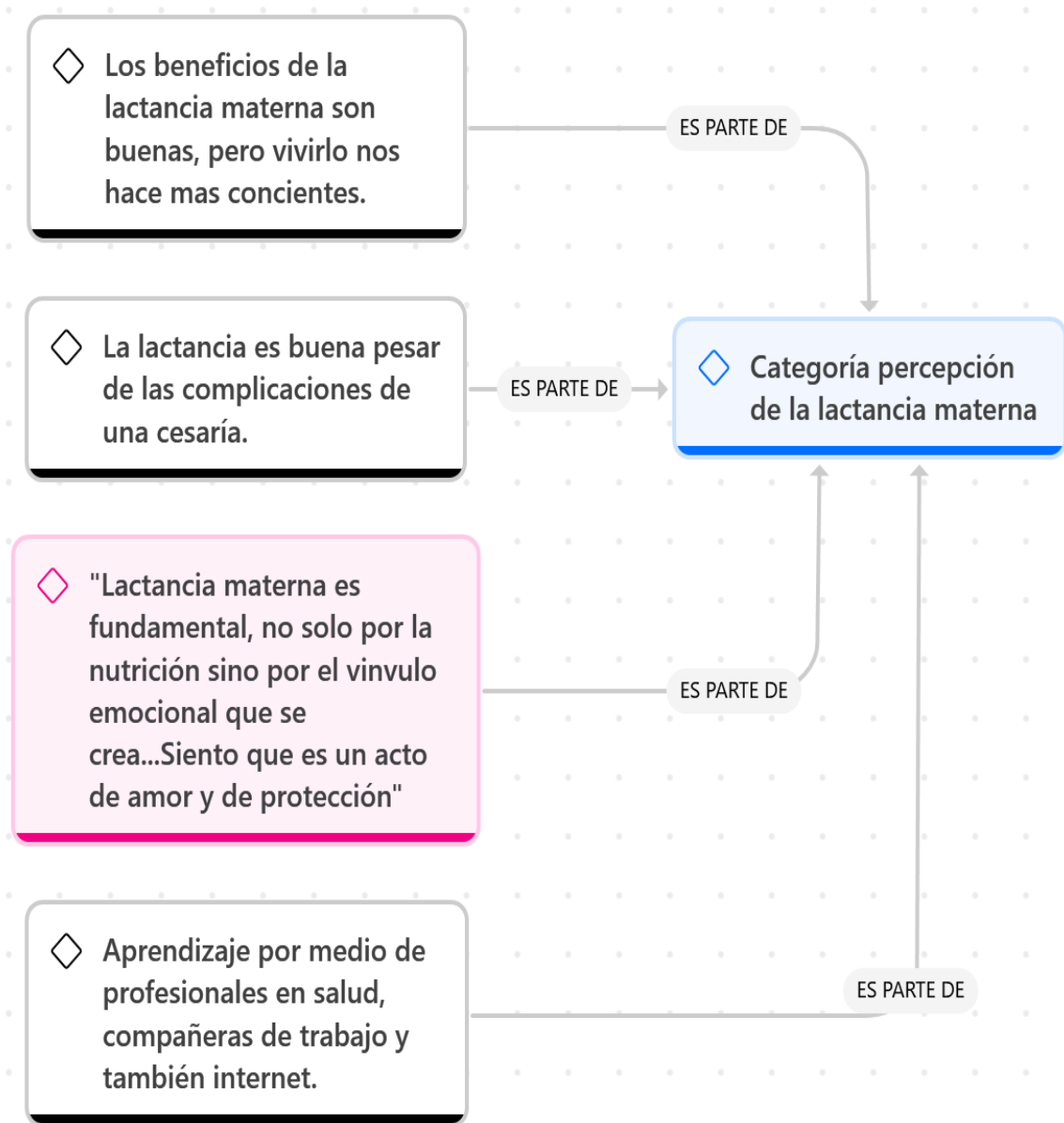


Figura 2. Categoría: percepción de la lactancia materna. Elaboración propia generado desde ATLAS.ti 25.

En la Figura 2, elaborada mediante análisis de redes semánticas, se identifica la categoría "percepción de la lactancia materna", derivada de los comentarios emitidos por las participantes sobre esta práctica. En ella se observa que las madres reconocen poseer conocimientos previos acerca de la lactancia materna; sin embargo, al experimentarla en primera persona, adquieren una mayor conciencia de su relevancia e importancia. Asimismo, en los casos de cesárea, pese a las complicaciones asociadas, las participantes

valoran sus beneficios para el bebé y refieren haber aprendido sobre lactancia principalmente a través de profesionales de la salud, compañeras de trabajo e internet. Una de las participantes expresó literalmente que, “la lactancia materna es fundamental no solo por la nutrición sino por el vínculo emocional que se crea...siendo que es un acto de amor y de protección”.

4.1.4. Categoría: experiencia personal con la lactancia materna

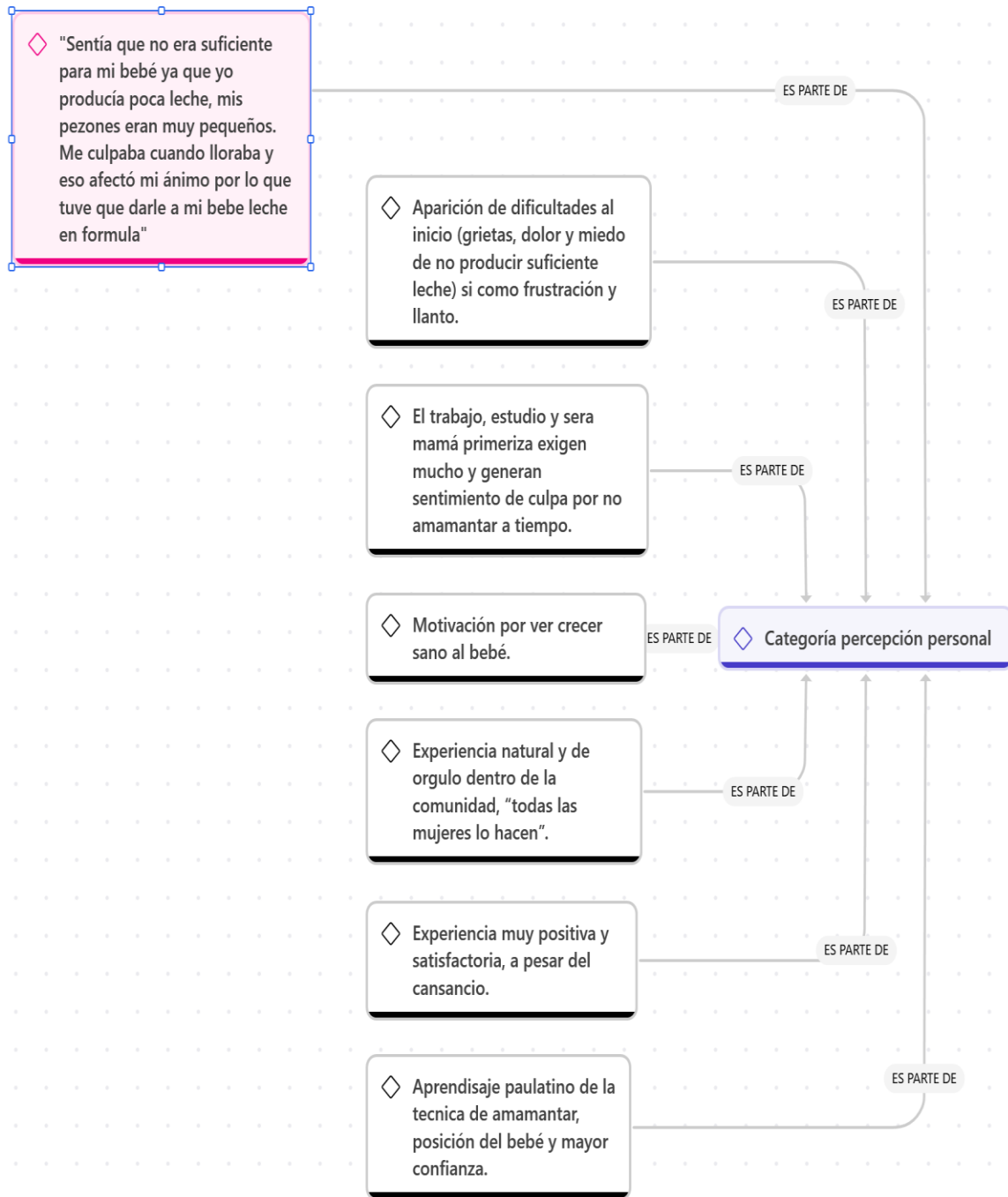


Figura 3. Categoría: experiencia personal con la lactancia materna. Elaboración propia generado desde ATLAS.ti 25.

En la Figura 3, correspondiente a la categoría "experiencia personal con la lactancia materna", las participantes refieren que, al inicio del amamantamiento, enfrentan

dificultades como grietas, dolor y temor a no producir suficiente leche, lo que genera frustración y llanto. Asimismo, las demandas laborales y de estudio, propias de las madres primerizas, intensifican estas exigencias y provocan sentimientos de culpa; no obstante, se sienten motivadas al observar el sano crecimiento de sus bebés. En algunas comunidades, perciben la lactancia como una experiencia natural que inspira orgullo, generando vivencias positivas y satisfactorias pese al cansancio, con un aprendizaje progresivo de técnicas de amamantamiento y posición del bebé que incrementa su confianza.

Una de las participantes expresó: "Sentía que no era suficiente para mi bebé ya que yo producía poca leche, mis pechos eran muy pequeños; me culpaba cuando lloraba y eso afectó mi ánimo, por lo que tuve que darle a mi bebé leche en fórmula". Este aspecto resalta la relevancia de considerar el componente emocional en madres primerizas durante el inicio de la lactancia, dado que puede influir en la decisión de recurrir a suplementos alimenticios en etapas inapropiadas.

4.1.5. Categoría: experiencia con el entorno familiar

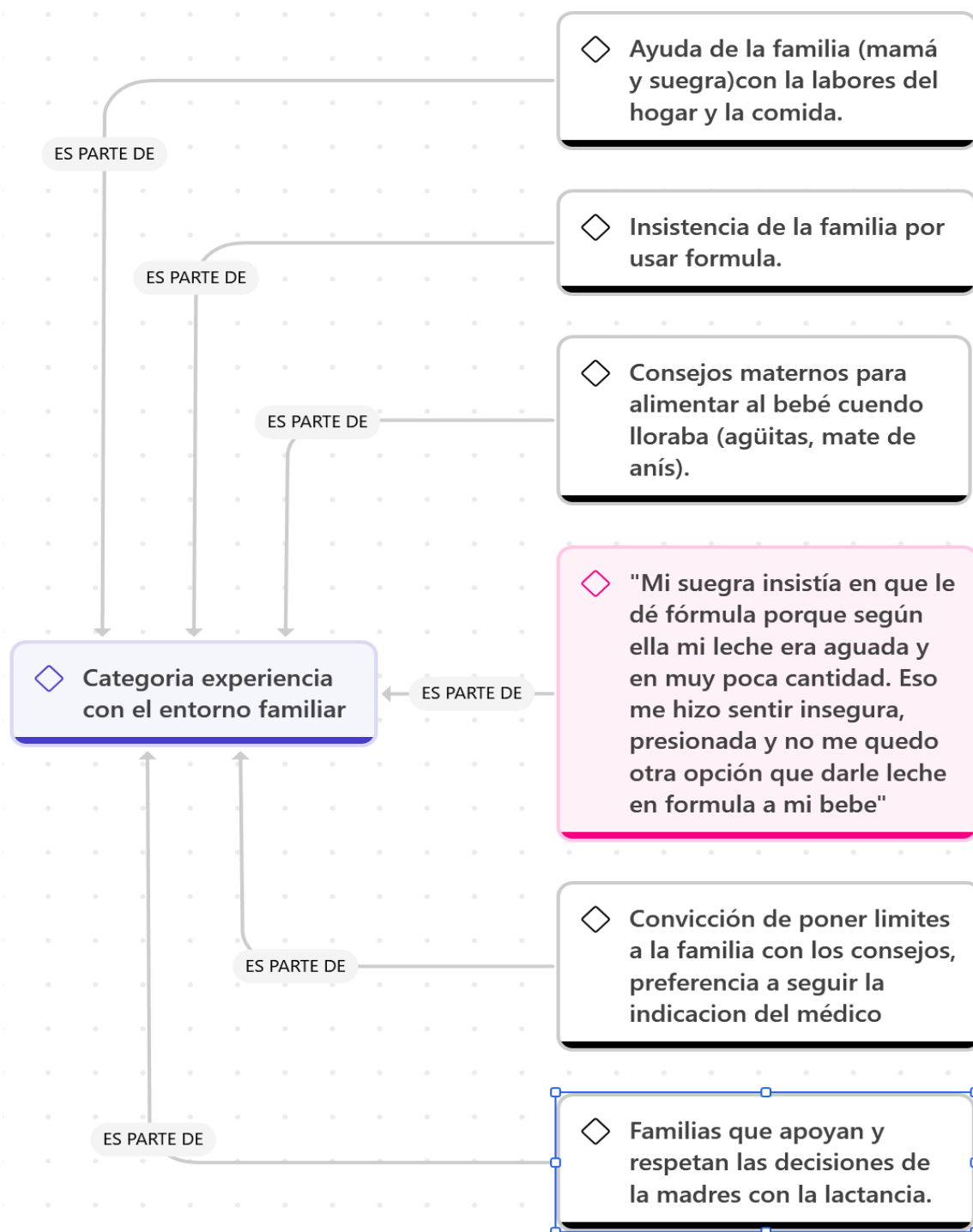


Figura 4. Categoría: Experiencia con el entorno familiar. Elaboración propia generado desde ATLAS.ti 25.

En la Figura 4, correspondiente a la categoría "experiencias con el entorno familiar", las participantes señalan que la ayuda de sus madres y suegros en las labores del hogar y la preparación de alimentos facilita el manejo de la lactancia materna. Sin embargo, esta asistencia también puede influir negativamente mediante la insistencia en ofrecer alimentaciones complementarias, como fórmulas, agua o mates, lo que obliga a algunas madres primerizas a establecer límites frente a los consejos familiares y priorizar las indicaciones médicas. Este hallazgo subraya la necesidad de que el apoyo familiar respete las decisiones autónomas de la madre durante el período de lactancia.

Una de las participantes refirió: "Mi suegra insistía en que le dé fórmula porque según ella mi leche era aguada y en muy poca cantidad; eso me hizo sentir insegura, presionada y no me quedó otra opción que darle leche de fórmula a mi bebé". Este testimonio invita a reflexionar sobre cómo, en madres primerizas, la ausencia de un apoyo familiar integral —influido por costumbres tradicionales— puede llevar a introducir alimentos inadecuados en etapas tempranas, lo que requiere estrategias de concientización y educación dirigidas al entorno familiar más cercano respecto a la importancia de la lactancia exclusiva y los momentos apropiados para la incorporación de complementos alimenticios.

4.1.6. Categoría: Experiencia con el entorno social

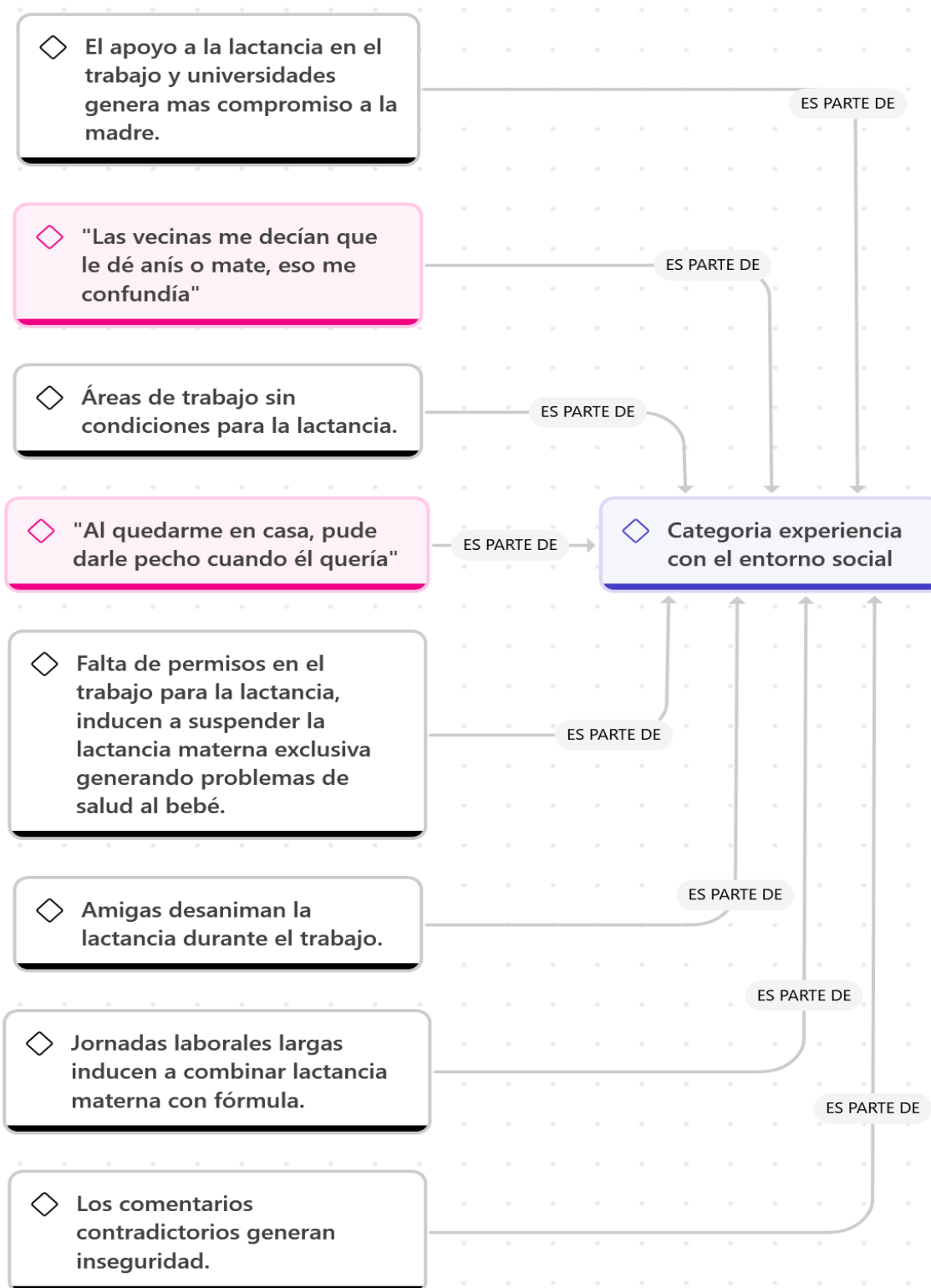


Figura 5. Categoría: Experiencia con el entorno social. Elaboración propia generado desde ATLAS.ti 25.

En la Figura 5, correspondiente a la categoría "experiencias con el entorno social", las participantes destacan que el apoyo en el ámbito laboral y universitario —mediante espacios adecuados y permisos para la lactancia— fortalece el compromiso materno con esta práctica. Por el contrario, la ausencia de condiciones apropiadas, jornadas extensas, comentarios contradictorios de colegas y falta de permisos fomentan la interrupción de la lactancia materna, lo que deriva en riesgos para la salud infantil y mayor uso de fórmulas lácteas.

Una de las madres refirió: "Las vecinas me decían que le dé anís o mate, y eso me confunde; al ser mamá primeriza, representa un potencial peligro al introducir otros alimentos". Otra participante señaló: "Al quedarme en casa, puedo darle pecho cuando él quiera". Estos testimonios evidencian que las madres primerizas trabajadoras o estudiantes enfrentan mayores dudas y baja confianza en la lactancia, mientras que aquellas dedicadas al hogar disfrutaban de mayor libertad para practicarla de forma exclusiva.

Este análisis resalta la necesidad de una educación integral sobre lactancia materna, que trascienda a la madre e incluya al entorno familiar y social para mitigar influencias negativas que generan indecisión y el uso prematuro de fórmulas u otros alimentos. Asimismo, resulta imperativo abordar las exigencias inflexibles en entornos laborales y educativos, ya que estas presionan hacia prácticas alimentarias inadecuadas, constituyendo un riesgo significativo para el bebé.

4.2. Discusión

Los resultados encontrados (n=8 madres primerizas, CNS Uyuni) no indican, en la nube de palabras, la priorización del "bebé y leche" sobre "familia y fórmula", reflejando percepción positiva inicial similar a Hernández (vínculo afectivo), pero añadiendo matices locales como el parto por cesáreas y culpa por "poca leche" (eco de mitos "aguada" en Guillén/suegras). Categorías semánticas revelan dinámicas únicas: experiencia personal (dolor, grietas, culpa y laboral) de amplia ambivalencia pero que reflejan que la falta de bienestar corporal, psicología y social influyen de forma directa en la percepción de madres primerizas; entorno familiar (presión por mates/fórmulas) coincide con Guillén (abuelas), pero enfatiza límites autónomos ausentes en Tabasco; entorno social (vecinas, confusión y anís) supera datos peruanos/mexicanos al vincular hogar vs. trabajo, favoreciendo LME en amas de casa que se identifican como mestizas y quechuas.

Aspecto	Antecedentes (Hernández/Guillén)	Resultados Locales (Uyuni)	Crítica
Perfil sociodemográfico	Adolescentes (51%), educación media-alta, apoyo familiar 69% Historial	24-32 años, mestizas/aymaras, profesoras/amas de casa, cesáreas frecuentes	No muestra comparación con adolescentes rurales potosinos; fortalece validez urbana CNS.
Barreras emocionales	Dolor inicial, "bebé insatisfecho" (47,4%) Historial	Grietas, culpa "poca leche", frustración laboral	Coincide, pero añade orgullo cultural y naturalidad andina no explorada previamente.
Entorno familiar/social	Suegras/formulas, agua extra (58%) Historial	Insistencias en formulas, mates (anís) y agua, por vecinas y suegras; más libertad en amas de casa.	Profundiza influencia social y familiar, para que la madre primeriza opte por una fórmula y otro.
Prevalencia/conocimiento	50% LME, 62,5% sabe 6 meses Historial	Conocimiento previo y experiencia real; apoyo variable por parte de familia y	Experiencias positivas por el conocimiento previo a amamantar.

entorno social.

Brecha: falta datos
cuantitativos locales
que tomen mayor
tamaño muestral.

Los resultados del estudio confirman la presencia de barreras multinivel que afectan la lactancia materna, en concordancia con el enfoque propuesto por la Organización Mundial de la Salud, que reconoce dimensiones sociales, culturales y clínicas como determinantes clave. Entre los hallazgos más relevantes se identifica la influencia de factores socioculturales arraigados que interactúan con las recomendaciones del sistema de salud, generando tensiones en la toma de decisiones de las madres, particularmente en el grupo de madres primerizas.

Desde un enfoque analítico, el estudio aporta un elemento innovador al incorporar el mapeo de redes semánticas, lo que permitió identificar patrones discursivos y relaciones conceptuales en torno a la lactancia materna. En este contexto, se evidenció una tensión significativa entre la autonomía materna y las tradiciones familiares, especialmente en la interacción entre las recomendaciones médicas y las influencias de figuras cercanas como las suegras. Desde una perspectiva cuantitativa, estas categorías pueden ser interpretadas como variables cualitativas susceptibles de medición en futuros estudios, permitiendo analizar la frecuencia e intensidad de dichas tensiones en poblaciones más amplias.

Estos hallazgos llevan a la reflexión sobre la necesidad de diseñar intervenciones culturalmente sensibles que aborden no solo a las madres, sino también a su entorno familiar y social. En este sentido, se propone la implementación de estrategias multinivel, como talleres comunitarios que incluyan a abuelas, parejas y redes de apoyo, con el objetivo de fortalecer la adherencia a la lactancia materna exclusiva. Desde un enfoque cuantitativo, estas intervenciones podrían ser evaluadas mediante indicadores de impacto, como el incremento en las tasas de lactancia materna exclusiva en la población.

No obstante, el estudio presenta limitaciones relacionadas con el tamaño y la homogeneidad de la muestra, particularmente en cuanto al nivel educativo de las participantes, lo que restringe la generalización de los resultados. Por ello, se sugiere la realización de estudios posteriores con diseños mixtos, que incluyan muestras más amplias y diversas, así como la incorporación de otros actores del sistema de salud, como los proveedores de la Caja Nacional de Salud. Asimismo, el desarrollo de estudios longitudinales permitiría analizar la evolución de las prácticas de lactancia a lo largo del tiempo.

Finalmente, este estudio contribuye al enfoque de equidad en el contexto boliviano plurinacional, al integrar aspectos bioéticos relacionados con la autonomía materna y los derechos del niño. Estos elementos constituyen una base para el diseño de propuestas de intervención contextualizadas, orientadas a mejorar las prácticas de lactancia materna y a promover la salud materno-infantil en contextos específicos como el municipio de Uyuni.

4.2.1. Limitaciones

Una de las principales limitaciones del estudio radica en el tamaño reducido de la muestra, compuesta únicamente por ocho madres primerizas que acudieron a consulta en la Caja Nacional de Salud (CNS) del municipio de Uyuni. Esta situación responde, en parte, al número limitado de usuarias en este establecimiento de salud y a las características específicas de la población accesible durante el periodo de estudio, lo que dificultó la posibilidad de ampliar la muestra. En consecuencia, los hallazgos obtenidos deben interpretarse con cautela, ya que no permiten una generalización estadística hacia toda la población de madres en etapa de lactancia del municipio o de otros contextos similares.

Asimismo, el carácter cualitativo del estudio implica limitaciones inherentes relacionadas con la subjetividad en la interpretación de los datos. El análisis de las entrevistas, basado en percepciones, discursos y experiencias, depende en gran medida del criterio del investigador, lo que puede introducir sesgos interpretativos. Aunque se aplicaron estrategias como la triangulación de datos y la codificación sistemática, siempre existe la posibilidad de variabilidad en la interpretación de los resultados.

Otra limitación importante es la homogeneidad de la muestra, ya que las participantes comparten características similares, como el hecho de ser madres primerizas y, en algunos casos, presentar niveles educativos relativamente altos. Esto puede restringir la diversidad de perspectivas, especialmente en relación con prácticas culturales más amplias o contextos socioeconómicos diferentes. Además, el uso de un muestreo no probabilístico limita la representatividad de los resultados y reduce la posibilidad de establecer inferencias causales o asociaciones estadísticamente significativas.

También deben considerarse las restricciones temporales y logísticas del estudio, que limitaron el tiempo disponible para la recolección y el análisis de la información. La aplicación de entrevistas en profundidad, su transcripción y el análisis semántico requieren un proceso riguroso y prolongado, que puede verse afectado por la disponibilidad de recursos humanos y materiales. En este sentido, la utilización de

herramientas como redes semánticas y nubes de palabras, aunque útiles, puede no captar completamente la complejidad del discurso de las participantes.

Adicionalmente, es importante señalar posibles sesgos de información, como el sesgo de deseabilidad social, donde las participantes pueden haber respondido de manera que consideren socialmente aceptable, especialmente en temas relacionados con la salud materno-infantil. Asimismo, el contexto institucional en el que se realizaron las entrevistas podría haber influido en las respuestas, al asociarse con normas y recomendaciones del sistema de salud.

Por otra parte, el estudio no incluyó la perspectiva de otros actores relevantes, como el personal de salud, parejas o familiares cercanos, quienes desempeñan un papel clave en la toma de decisiones sobre la lactancia materna. La ausencia de estas voces limita la comprensión integral del fenómeno desde un enfoque más amplio y multidimensional.

5. Propuesta

PROGRAMA EDUCATIVO INTEGRAL ORIENTADO A LA MODIFICACIÓN DE FACTORES SOCIOCULTURALES QUE INFLUYEN EN SU ABANDONO TEMPRANO.

La lactancia materna es clave para la salud infantil y materna, pero factores socioculturales como creencias familiares, mitos sobre modernidad y apoyo comunitario influyen en su práctica en contextos bolivianos como Uyuni.

La presente propuesta considerará un rango mayor en de grupos etarios, así como mayor diversidad de las beneficiarias afiliadas a la C.N.S. - distrital Uyuni, que pertenecen a distintos sectores laborales del sector público y privado, incluyendo el sector minero, fabril, las Fuerzas Armadas entre otros, que no lograron ingresar al presente estudio y que por la importancia de los programas de lactancia materna, se debe seguir investigando con mayor profundidad aspectos más específicos en todo los grupos sociales y laborales que hay en la región.

El programa tiene como objetivo analizar e identificar, en un grupo poblacional mayor, los factores socioculturales que influyen en la práctica de la lactancia materna y en los hábitos de alimentación de las madres que acuden a consulta en la C.N.S. - distrital Uyuni, a fin de generar mayor información que contribuya al diseño y/o rediseño de estrategias de promoción y fortalecimiento de la salud materno-infantil.

5.1. Justificación

En Uyuni, contexto andino con influencias aymaras/quechuas, persisten mitos familiares ("leche aguada"), presiones laborales y consejos sociales contradictorios que desvían de la lactancia exclusiva, pese a conocimientos previos y valoración emocional de las madres mestizas educadas. Esta propuesta responde a la necesidad de generar evidencia local para elevar tasas de lactancia materna exclusiva (LME <6 meses, meta OMS: 50%), reduciendo riesgos infantiles como deshidratación o infecciones, alineada con políticas bolivianas de salud materna.

En este contexto, resulta fundamental desarrollar propuestas orientadas a fortalecer los conocimientos y prácticas relacionadas con la lactancia materna exclusiva en madres primerizas, promoviendo intervenciones educativas y estrategias de apoyo que contribuyan a mejorar su adopción. Asimismo, incrementar el nivel de conocimiento sobre este tema en la población permitirá generar mayor conciencia acerca de la importancia de la lactancia materna para la prevención de enfermedades, la reducción de la mortalidad infantil y el fortalecimiento del vínculo madre-hijo. Por ello, esta propuesta busca contribuir al fortalecimiento de la promoción de la lactancia materna exclusiva, favoreciendo mejores resultados en la salud materno-infantil y en la calidad de vida de la población.

5.2. Marco teórico

Lactancia materna: concepto y relevancia en salud pública

La lactancia materna es un proceso biológico y social mediante el cual la madre alimenta a su hijo con leche producida por sus glándulas mamarias, constituyéndose en el método natural más eficaz para garantizar la nutrición óptima del lactante. La Organización Mundial de la Salud recomienda la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, seguida de su continuación junto con alimentación complementaria hasta los dos años o más. Esta práctica no solo cubre los requerimientos nutricionales del niño, sino que también aporta beneficios inmunológicos, psicológicos y económicos.

Desde la perspectiva de la salud pública, la lactancia materna es considerada una de las intervenciones más costo-efectivas para reducir la morbimortalidad infantil. Su adecuada implementación contribuye a disminuir enfermedades infecciosas, mejorar el desarrollo cognitivo y reducir el riesgo de enfermedades crónicas en la vida adulta. Sin embargo, a pesar de sus beneficios ampliamente documentados, las tasas de lactancia materna exclusiva siguen siendo subóptimas en muchos países, especialmente en contextos donde influyen diversos factores socioculturales.

Abandono temprano de la lactancia materna

El abandono temprano de la lactancia materna se refiere a la interrupción de esta práctica antes del tiempo recomendado, particularmente antes de los seis meses de vida del lactante. Este fenómeno constituye un problema de salud pública, ya que expone al niño a riesgos nutricionales y sanitarios. Las causas del abandono son multifactoriales e incluyen aspectos biológicos, psicológicos, económicos y, de manera significativa, factores socioculturales.

Entre las razones más comunes para el abandono temprano se encuentran la percepción de insuficiencia de la leche materna, dificultades técnicas en la lactancia, retorno precoz al trabajo, falta de apoyo familiar y presión social para introducir alimentos o fórmulas infantiles. Estas causas evidencian que la decisión de amamantar no depende únicamente de la madre, sino que está influenciada por su entorno social y cultural.

Factores socioculturales y su influencia en la lactancia materna

Los factores socioculturales comprenden el conjunto de creencias, valores, normas, prácticas y estructuras sociales que influyen en el comportamiento humano. En el contexto de la lactancia materna, estos factores juegan un papel determinante en la decisión de iniciar, mantener o abandonar la lactancia.

- a) Creencias y mitos tradicionales

En muchas comunidades, persisten creencias que afectan negativamente la lactancia materna, como la idea de que la leche materna “no alimenta lo suficiente” o que ciertos alimentos deben ser introducidos tempranamente. Estos mitos, transmitidos intergeneracionalmente, pueden generar inseguridad en la madre y favorecer el abandono precoz.

b) Influencia familiar y redes de apoyo

El entorno familiar, especialmente figuras como la pareja, la madre o la suegra, tiene una fuerte influencia en la práctica de la lactancia. El apoyo emocional y práctico puede favorecer su continuidad, mientras que la presión o la falta de apoyo pueden conducir a su abandono. Las redes sociales también desempeñan un rol importante, ya que pueden reforzar o contradecir las recomendaciones del personal de salud.

c) Roles de género

Los roles de género asignados culturalmente a las mujeres influyen en su experiencia de la maternidad y la lactancia. En muchos contextos, se espera que la mujer asuma múltiples responsabilidades domésticas y laborales, lo que puede dificultar la dedicación necesaria para la lactancia materna.

d) Nivel educativo y acceso a información

El nivel educativo de la madre influye en su conocimiento sobre los beneficios de la lactancia materna y en su capacidad para tomar decisiones informadas. Sin embargo, el acceso a información adecuada no siempre es suficiente si no se consideran las barreras culturales y sociales.

3.5 Condiciones laborales

La incorporación de la mujer al mercado laboral, sin condiciones adecuadas para la lactancia, constituye una de las principales barreras para su continuidad. La falta de licencias de maternidad, horarios flexibles y espacios para amamantar limita la práctica de la lactancia materna exclusiva.

Enfoque sociocultural de la salud

El enfoque sociocultural de la salud reconoce que las prácticas de salud están influenciadas por el contexto social y cultural de los individuos. Este enfoque es fundamental para comprender la lactancia materna, ya que permite analizar cómo las creencias, valores y normas sociales influyen en su práctica.

Desde esta perspectiva, la lactancia no es solo un acto biológico, sino también un fenómeno social que refleja las dinámicas culturales de una comunidad. Por ello, las intervenciones orientadas a promover la lactancia deben considerar estos aspectos para ser efectivas.

Educación en salud y cambio de comportamiento

La educación en salud es una herramienta clave para promover prácticas saludables, incluida la lactancia materna. Su objetivo es proporcionar conocimientos, habilidades y actitudes que permitan a las personas tomar decisiones informadas sobre su salud.

En el contexto de la lactancia, la educación debe ir más allá de la transmisión de información, incorporando estrategias participativas que consideren las experiencias y creencias de las madres. El cambio de comportamiento requiere un proceso gradual que incluye la sensibilización, la motivación y el fortalecimiento de habilidades.

Programas educativos integrales

Un programa educativo integral se caracteriza por abordar múltiples dimensiones del problema, incluyendo aspectos individuales, familiares y comunitarios. En el caso de la lactancia materna, estos programas deben incluir:

- Educación a madres gestantes y lactantes
- Inclusión de la familia y redes de apoyo
- Capacitación del personal de salud
- Intervenciones comunitarias
- Estrategias de comunicación social

Estos programas buscan no solo aumentar el conocimiento, sino también modificar actitudes y prácticas, generando un entorno favorable para la lactancia materna.

Intervenciones basadas en evidencia

Las intervenciones más efectivas para promover la lactancia materna son aquellas que combinan educación, apoyo y políticas públicas. Entre estas se incluyen la consejería en lactancia, los grupos de apoyo, la implementación de hospitales amigos de la madre y el niño, y la regulación de la comercialización de sucedáneos de la leche materna.

La evidencia científica demuestra que las intervenciones que involucran a la familia y la comunidad tienen un mayor impacto, ya que abordan los factores socioculturales que influyen en la conducta.

Enfoque intercultural en la lactancia materna

En contextos como Bolivia, caracterizados por una diversidad cultural significativa, es fundamental adoptar un enfoque intercultural en la promoción de la lactancia materna. Este enfoque reconoce y respeta las prácticas tradicionales, al tiempo que promueve el diálogo entre el conocimiento científico y los saberes locales.

La interculturalidad permite diseñar intervenciones más pertinentes y aceptables para la población, aumentando su efectividad y sostenibilidad.

Rol del entorno social en la modificación de conductas

El cambio de conductas relacionadas con la lactancia materna no depende únicamente de la madre, sino también de su entorno social. Por ello, es necesario involucrar a la familia, la comunidad y las instituciones en las intervenciones educativas.

La participación comunitaria es clave para generar cambios sostenibles, ya que permite adaptar las estrategias a las necesidades y características de la población.

Importancia de programas educativos en contextos locales

La implementación de programas educativos adaptados al contexto local es fundamental para abordar el abandono temprano de la lactancia materna. En municipios como Uyuni, donde existen características socioculturales específicas, es necesario diseñar intervenciones que respondan a estas particularidades.

Estos programas deben basarse en un diagnóstico previo que identifique las barreras y facilitadores de la lactancia materna, así como en la participación activa de la comunidad.

Fundamentación del programa propuesto

El programa educativo integral orientado a la modificación de factores socioculturales que influyen en el abandono temprano de la lactancia materna se fundamenta en la necesidad de abordar este problema desde un enfoque multidimensional. La evidencia sugiere que las intervenciones centradas únicamente en la madre son insuficientes, por lo que es necesario involucrar a su entorno social.

Este programa busca generar cambios en conocimientos, actitudes y prácticas, promoviendo la lactancia materna como una práctica socialmente valorada y apoyada. Asimismo, pretende fortalecer las capacidades de las madres y sus familias para tomar decisiones informadas, contribuyendo a mejorar la salud materno-infantil.

5.3. Propuesta de intervención

Implementar un programa educativo integral en la CNS Distrital Uyuni para 2026, enfocado en madres usuarias. Incluir talleres grupales mensuales (duración: 2 horas) sobre beneficios de la lactancia exclusiva, desmitificando ideas como "la leche materna es insuficiente" o "las fórmulas son mejores por estatus social".

- Talleres con madres, parejas y abuelas para fomentar apoyo familiar positivo (asociado a mejor lactancia), así como del entorno social (comunidad y trabajo).
- Materiales visuales como nubes de palabras generadas con testimonios locales, destacando términos frecuentes como "natural", "salud" y "familia".
- Monitoreo con encuestas pre/post-intervención para medir cambio en prácticas (meta: +20% en lactancia exclusiva <6 meses).

Al constituirse como un programa anual orientado al fortalecimiento de la lactancia materna, se prevé que los grupos de intervención, conformados por madres y su entorno social, cuenten progresivamente con un mayor número de participantes. Este aspecto resulta relevante al momento de evaluar los resultados finales de la intervención, ya que, al desarrollarse en el marco de procesos investigativos, es fundamental disponer de una población y muestra más amplias y diversas. En este sentido, se busca incluir participantes pertenecientes a distintos grupos etarios, así como con variados niveles de escolaridad y ocupación, lo cual permitirá identificar posibles variaciones en los factores que influyen en la lactancia materna al finalizar cada gestión. De esta manera, se generará nueva evidencia que contribuya a la toma de decisiones respecto a la continuidad o reformulación del programa, en el marco de un proceso de mejora continua. Asimismo, el incremento en el número de participantes permitirá la realización de estudios con enfoque cuantitativo, de tipo correlacional y/o causal, con el propósito de fortalecer la evidencia científica disponible sobre la lactancia materna.

5.4. Objetivos

OBJETIVO GENERAL

- Garantizar la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses atendidos en la CNS Distrital Uyuni mediante la implementación de un programa educativo integral orientada a la modificación de factores socioculturales que influyen en su abandono temprano.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Fortalecer el conocimiento sobre beneficios inmunológicos, nutricionales y emocionales de la lactancia materna exclusiva en madres, parejas y abuelas mediante talleres educativos mensuales.
- Promover el apoyo familiar y comunitario positivo hacia la lactancia materna exclusiva como estrategia de sostenibilidad conductual.
- Evaluar el impacto de la intervención educativa mediante comparación pre y post intervención, con meta de incremento $\geq 20\%$ en LME < 6 meses.

5.5. Planificación de la intervención

Duración:

- Enero – diciembre 2026 (12 meses)

Población Objetivo:

- Madres con hijos menores de 6 meses atendidas en CNS Distrital Uyuni (ideal >50 participantes).
- Participación indirecta: parejas, abuelas y familiares cercanos (ideal >50 participantes).

Componentes del Programa:

- a. Fase Diagnóstica (Mes 1–2)
 - Aplicación de encuesta basal (conocimientos, actitudes y prácticas).
 - Identificación de mitos predominantes.
 - Recolección de testimonios locales.
- b. Fase Educativa (Mes 3–10)
 - Talleres grupales mensuales (2 horas).
 - Beneficios de LME.
 - Desmitificación (“leche aguada”, “agua en calor”, “estatus social de fórmula”).
 - Técnicas correctas de agarre y extracción.
 - Manejo del dolor inicial.
 - Participación de:
 - Madres
 - Parejas
 - Abuelas
 - Uso de:
 - Material audiovisual.
 - Nubes de palabras con testimonios locales.
 - Folletos bilingües (español–aimara si aplica).
- c. Fase de Seguimiento (Mes 11–12)
 - Encuesta post intervención.
 - Revisión de registros CNS.
 - Análisis comparativo.
 - Informe final para la institucionalización.

5.6. Requerimiento

Recursos Humanos:

- Pediatra

- Nutricionistas.
- Psicólogo social.
- Trabajo Social.
- Personal de enfermería de apoyo.

Recursos Materiales:

- Material impreso.
- Kits de lactancia.
- Proyector multimedia.
- Papelería.

Alianzas Estratégicas:

- Ministerio de Salud.
- Líderes comunitarios aimaras/quechuas.
- Redes comunitarias locales.

5.7. Estrategias de implementación

Estrategia Educativa Participativa

Acción:

- Realizar talleres mensuales interactivos (2 horas) utilizando casos reales, dramatizaciones y resolución de mitos frecuentes (“leche aguada”, “agua en calor”).

Cómo se implementa:

- Dinámicas grupales madre–familia.
- Demostración práctica de técnica de agarre.
- Espacio de preguntas abiertas.

Resultado esperado:

- Mejora del conocimiento y aumento de autoconfianza materna.

Cronograma de implementación:



5.8. Evaluación y sostenibilidad

Evaluación:

La evaluación del programa se orientará a medir su impacto mediante indicadores cuantitativos y operativos, destacando el porcentaje de lactancia materna exclusiva (LME) y total, utilizando como fuente principal los registros institucionales de la Caja Nacional de Salud (CNS). Se realizará un análisis comparativo antes y después de la intervención (pre y post), con el fin de identificar cambios en la prevalencia de la lactancia materna en la población objetivo. Para ello, se aplicará el cálculo de

prevalencias, permitiendo estimar la proporción de madres que practican LME en un periodo determinado.

Asimismo, se utilizará la prueba de diferencia de proporciones para evaluar si los cambios observados entre el periodo basal y posterior a la intervención son estadísticamente significativos. Complementariamente, se calcularán medidas de asociación como el Odds Ratio (OR), con el objetivo de identificar la relación entre factores sociodemográficos (edad, nivel educativo, ocupación, paridad) y la práctica de la lactancia materna. Estos análisis permitirán determinar qué variables actúan como factores protectores o de riesgo.

El nivel de significancia estadística se establecerá en $p < 0.05$, garantizando la rigurosidad en la interpretación de los resultados. Además, se recomienda el uso de software estadístico para el procesamiento de datos, así como la elaboración de reportes periódicos que faciliten la toma de decisiones basada en evidencia. La evaluación también puede complementarse con indicadores cualitativos, como la percepción materna y el nivel de satisfacción con el programa.

Sostenibilidad:

Para asegurar la continuidad del programa, se propone su incorporación formal al Plan Operativo Anual (POA) 2027 de la CNS, lo que permitirá asignar recursos humanos, técnicos y financieros de manera estructurada. La capacitación continua del personal de salud será un componente clave, garantizando la actualización permanente en consejería en lactancia materna y enfoques socioculturales.

Asimismo, se plantea la creación de un módulo permanente de educación prenatal, dirigido a gestantes y sus familias, con el objetivo de fortalecer conocimientos y preparar a las futuras madres desde etapas tempranas. Este módulo deberá integrarse a los servicios rutinarios de atención materna.

Finalmente, se recomienda la elaboración de un reporte anual de indicadores de lactancia materna exclusiva en la CNS, que permita monitorear avances, identificar brechas y retroalimentar el programa. Estas acciones contribuirán a la institucionalización de la

intervención y a su sostenibilidad a largo plazo, favoreciendo mejoras continuas en la salud materno-infantil.

Conclusiones

El análisis de entrevistas revela que las ocho participantes, jóvenes mestizas con educación universitaria y ocupaciones variadas, reconocen la lactancia materna como un pilar nutricional y afectivo ("bebé", "leche", "amamantar" como términos dominantes), pero enfrentan barreras iniciales significativas. En la percepción (Figura 2), existe un conocimiento teórico previo adquirido vía profesionales de salud, pares e internet, que se profundiza con la vivencia personal, incluso post-cesárea, enfatizando su rol en el vínculo emocional ("acto de amor y protección"). Sin embargo, las experiencias iniciales (Figura 3) están marcadas por dificultades físicas (grietas, dolor, temor a insuficiencia láctea) y emocionales (frustración, culpa por demandas laborales/estudiantiles), mitigadas progresivamente por el sano desarrollo infantil y técnicas aprendidas, lo que genera orgullo comunitario en contextos donde se valora como proceso natural.

El entorno familiar (Figura 4) ofrece apoyo práctico (tareas domésticas), pero introduce presiones culturales contraproducentes, como insistencias en fórmulas o mates por mitos ("leche aguada"), obligando a las madres a delimitar consejos y priorizar evidencia médica; esto evidencia una tensión entre tradición y autonomía materna. De igual modo, el entorno social (Figura 5) amplifica vulnerabilidades: entornos laborales/universitarios sin facilidades (jornadas largas, falta de espacios) erosionan la confianza y promueven suplementos, mientras que consejos informales de vecinas o colegas (anís, mate) confunden a primerizas, contrastando con la libertad de amas de casa. Globalmente, la nube de palabras (Figura 1) ilustra cómo términos periféricos ("familia", "fórmula", "comunidad") reflejan influencias socioculturales que desvían de la lactancia exclusiva, priorizando alimentación mixta prematura pese a partos mayoritariamente a término con apego precoz.

En síntesis, aunque las participantes valoran la lactancia por sus beneficios biopsicosociales, factores socioculturales —mitos familiares, presiones sociales/laborales y baja confianza emocional inicial— constituyen determinantes clave de su interrupción precoz en Uyuni, un contexto andino con herencia cultural aymara/quechua donde tradiciones coexisten con modernización. Esto alinea con hallazgos bolivianos sobre odds ratios elevados de apoyo familiar positivo, pero riesgos de intervenciones externas, subrayando la necesidad de intervenciones contextualizadas para elevar tasas de lactancia exclusiva (meta OMS: 6 meses).

Recomendaciones

Recomendaciones para investigación futura

Desde una perspectiva investigativa, se recomienda el desarrollo de estudios longitudinales con muestras ampliadas (mayores a 50 madres) en la Caja Nacional de Salud (CNS) de Uyuni, con el propósito de mejorar la validez externa y la capacidad de generalización de los hallazgos. Estos estudios deberían incorporar la participación de grupos étnicos indígenas, permitiendo contrastar las influencias culturales específicas que inciden en las prácticas de lactancia materna. Asimismo, se sugiere la aplicación de un enfoque metodológico mixto, que combine técnicas cualitativas y cuantitativas, incluyendo el uso de instrumentos validados como la Breastfeeding Self-Efficacy Scale–Short Form (BSES-SF), junto con el seguimiento sistemático de indicadores de salud infantil, como la morbilidad por infecciones y deshidratación.

En el ámbito de la innovación, resulta pertinente explorar intervenciones digitales orientadas al monitoreo en tiempo real de percepciones y creencias maternas. El desarrollo de aplicaciones móviles que integren herramientas como nubes de palabras personalizadas y redes semánticas permitiría analizar dinámicamente los discursos de las madres, identificando patrones asociados a mitos o barreras socioculturales. La incorporación de inteligencia artificial en estos sistemas facilitaría la detección temprana de contenidos erróneos en entornos digitales, como chats familiares o redes sociales, generando alertas y recomendaciones oportunas para contrarrestar la desinformación.

Finalmente, se recomienda profundizar en el análisis del impacto económico de programas de promoción de la lactancia materna mediante estudios de costo-beneficio en

contextos locales como la CNS Uyuni. Estos análisis deberían considerar indicadores como la reducción en la demanda de servicios de salud por patologías asociadas a la alimentación inadecuada, así como los beneficios económicos indirectos para las familias. Específicamente, se sugiere enfocar la investigación en madres trabajadoras o profesionales, evaluando cómo las intervenciones pueden mejorar la adherencia a la lactancia materna y generar ahorros tanto a nivel institucional como familiar.

Recomendaciones prácticas para CNS Uyuni (gestión 2026)

Se recomienda la implementación de protocolos de apoyo emocional inmediato en el periodo posparto, orientados a fortalecer la adherencia a la lactancia materna en madres primerizas. Estos protocolos deben incluir la conformación de grupos de pares facilitados por personal capacitado en manejo clínico de dificultades frecuentes (como grietas o dolor) y en consejería cognitivo-conductual, con el fin de reducir sentimientos de culpa, frustración o inseguridad. Asimismo, se sugiere complementar estas intervenciones con la provisión de kits de lactancia (extractores, cremas protectoras) y la realización de visitas domiciliarias durante las primeras dos semanas, periodo crítico para el establecimiento de la lactancia. Desde la investigación, estas estrategias pueden ser evaluadas mediante indicadores de continuidad de la lactancia y niveles de autoeficacia materna.

En relación con la educación en salud, se plantea el desarrollo de intervenciones integrales multinivel que involucren no solo a las madres, sino también a su entorno familiar y social. La realización de talleres mensuales dirigidos a madres, parejas, abuelas y suegros permitiría abordar mitos y creencias locales mediante herramientas visuales como nubes de palabras, facilitando la comprensión y resignificación de conceptos como “leche insuficiente” o la introducción temprana de líquidos. Paralelamente, se recomienda la capacitación de profesionales de salud en enfoques de bioética cultural, que les permitan validar prácticas tradicionales sin comprometer la salud infantil. Estas intervenciones pueden ser evaluadas mediante cambios en conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la lactancia materna.

Asimismo, se sugiere promover adaptaciones en el ámbito laboral y social mediante alianzas con empleadores y universidades locales, orientadas a garantizar condiciones favorables para la lactancia materna. Esto incluye la implementación de espacios adecuados para la extracción y conservación de leche, permisos flexibles durante la jornada laboral y campañas comunitarias de sensibilización. Desde una perspectiva investigativa, estas acciones pueden ser analizadas mediante estudios de impacto que midan su efecto en la duración de la lactancia materna y en la reducción de barreras socioculturales, priorizando la participación de líderes comunitarios como agentes de cambio.

Referencias bibliográficas

1. DeVane S, Woods Ch, Williams R, Fogel C, Thoyre S. Estudio cualitativo de las influencias sociales, culturales e históricas sobre las prácticas de alimentación infantil de mujeres afroamericanas. Duke University School of nursing. 26-04-18. [En línea] Disponible en: <https://nursing.duke.edu/news/devane-johnson-and-colleaguespublish-article-journal-perinatal-education>. Consultado: 6- 9-16.
2. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL, 2017. Situación de las personas afrodescendientes en América Latina y desafíos de políticas para la garantía de sus derechos. [En línea]. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/42654-situacion-personas-frodescendientes-america-latina-desafios-politicas-la> Consultado: 26-8-18
3. Hernández H. Lactancia materna: un enfoque cualitativo desde la perspectiva de madres lactantes y médicos familiares de la UMF No. 47 del IMSS Tabasco [tesis]. Villahermosa: Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, División Académica de Ciencias de la Salud; 2024.
4. Guillén V. Factores socioculturales y prácticas sobre lactancia materna exclusiva de las madres primíparas de un Hospital Nacional [tesis]. San Basilio de Palenque: [s.n.]; 2022.
5. EnfoqueNews. Bolivia lidera en lactancia materna exclusiva en Latinoamérica con 74.1% [Internet]. EnfoqueNews. 2025 [citado el 11 de enero de 2026]. Disponible en: <https://enfoquenews.com.bo/2025/08/13/bolivia-lidera-en-lactancia-materna-exclusiva-en-latinoamerica-con-74-1/>
6. World Health Organization. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva: WHO; 2003.

7. The Lancet. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? Lancet. 2016;387(10017):491–504.
8. United Nations Children's Fund. From the first hour of life: making the case for improved infant and young child feeding everywhere. New York: UNICEF; 2016.
9. BOLIVIA OCUPA EL PRIMER LUGAR DE LATINOAMÉRICA EN LA PRÁCTICA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA [Internet]. Gob.bo. Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia; [citado el 11 de enero de 2026]. Disponible en: <https://www.minsalud.gob.bo/8786-bolivia-ocupa-el-primer-lugar-de-latinoamerica-en-la-practica-de-lactancia-materna-exclusiva>
10. Sosa LKF. Bolivia supera a países latinoamericanos en lactancia materna exclusiva [Internet]. La Octava. 2025 [citado el 12 de enero de 2026]. Disponible en: <https://laoctavabo.com/2025/08/13/bolivia-supera-a-paises-latinoamericanos-en-lactancia-materna-exclusiva/>
11. En 29 establecimientos de salud de Potosí logran fomentar la lactancia materna y reducir consumo de fórmulas lácteas [Internet]. ABI. 2024 [citado el 11 de enero de 2026]. Disponible en: <https://www.abi.bo/index.php/sociedad2/54449-en-29-establecimientos-de-salud-de-potosi-logran-fomentar-la-lactancia-materna-y-reducir-consumo-de-formulas-lacteas>.
12. Organización Mundial de la Salud, UNICEF. Global strategy for infant and young child feeding. Ginebra: OMS; 2003.
13. World Health Organization. The optimal duration of exclusive breastfeeding: report of an expert consultation. Ginebra: OMS; 2001.
14. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. Lancet. 2016;387(10017):475-90.
15. Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) Bolivia 2023. La Paz: Instituto Nacional de Estadística; 2024.
16. Organización Panamericana de la Salud. Iniciativa Lactancia Materna Amiga (ILMA). Washington, DC: OPS; 2023.
17. UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2024: Por cada niño, vacunación. Nueva York: UNICEF; 2024.

18. Kramer MS, Aboud F, Mironova E, et al. Breastfeeding and child cognitive development: the role of early exposure. *JAMA*. 2008;300(12):1565-73.
19. Ministerio de Salud de Bolivia. Plan Nacional de Lactancia Materna 2020-2025. La Paz: Ministerio de Salud; 2020.
20. Organización Mundial de la Salud. Lactancia materna exclusiva y prácticas culturales.
21. Enfermería Global. Creencias y prácticas culturales sobre lactancia materna: revisión sistemática. 2024.
22. Lazcano Vergara M, Mota Martínez NH, López Corella EMA. Factores que influyen en la disposición de otorgar lactancia materna. *Ciencia Latina*. 2024.
23. Martínez Baños P, Morón Sánchez A, Maldonado N, Pérez Lescure J, Rodríguez Caravaca G. Conocimiento sobre lactancia materna en estudiantes de medicina. *Rev Cient Cienc Salud Humana*. 2023.
24. Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia. Bolivia ocupa el primer lugar en lactancia materna exclusiva. 2025.
25. Enfoque News. Bolivia lidera en lactancia materna exclusiva en Latinoamérica. 2025.
26. Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia. Lactancia materna en áreas rurales. 2016.
27. Barrientos Salinas JA, Silva Arratia M. Lactancias y activismos. *UMSA*. 2024.
28. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organ Behav Hum Decis Process*. 1991;50(2):179-211.
29. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Desnutrición infantil en Bolivia: panorama regional. Santiago: CEPAL; 2023.
30. Instituto Nacional de Estadística (INE) Bolivia. Estadísticas vitales Potosí-Uyuni 2024. La Paz: INE; 2024.
31. Organización Mundial de la Salud. Modelo UNICEF 2020 de Causas Múltiples de la Desnutrición. Ginebra: OMS; 2020.
32. Ley N° 2646 de Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna. Gaceta Oficial de Bolivia. 2004.

-
33. Dewey KG. Nutrition, health, and physiology of human lactation: where do we go from here? *Adv Exp Med Biol.* 1995;372:141-50.
 34. Horta BL, Loret de Mola C, Victora CG. Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure and type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* 2015;104(467):30-7.
 35. Pérez-Escamilla R, Segura-Pérez S, Bucanegra A, et al. Breastfeeding initiation and duration in Latin America and the Caribbean. *Am J Clin Nutr.* 2016;103(2):608S-17S.
 36. Labbok MH. Global perspectives on breastfeeding support. *J Hum Lact.* 2012;28(3):318-20.
 37. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet.* 2016;387(10017):491-504.
 38. Organización Mundial de la Salud. Alimentación de la madre durante la lactancia.
 39. World Health Organization. Infant and young child feeding: model chapter. Geneva: WHO; 2009.
 40. Anderson JW, Johnstone BM, Remley DT. Breastfeeding and cognitive development: a meta-analysis. *Am J Clin Nutr.* 1999.
 41. Pérez-Escamilla R. Breastfeeding in Latin America: a review. *J Hum Lact.* 2003.
 42. Lutter CK, Morrow AL. Protection, promotion, and support and global trends in breastfeeding. *Adv Nutr.* 2013.
 43. Black RE, Victora CG, Walker SP, et al. Maternal and child undernutrition. *Lancet.* 2013.
 44. Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia. Guía de alimentación durante la lactancia.
 45. FAO. Influencias culturales en la alimentación materna. 2014.
 46. Popkin BM. Nutrition transition and its implications. *Public Health Nutr.* 2001.
 47. Bhutta ZA, Das JK, Rizvi A, et al. Evidence-based interventions for maternal nutrition. *Lancet.* 2013.
 48. Organización Mundial de la Salud. Lactancia materna exclusiva y factores socioculturales.

-
49. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, et al. Why invest in breastfeeding? *Lancet*. 2016.
 50. UNICEF. From the first hour of life: making the case for improved infant feeding. 2016.
 51. Pérez-Escamilla R. Breastfeeding in Latin America: a review. *J Hum Lact*. 2003.
 52. Brown A, Rance J, Bennett P. Understanding the relationship between breastfeeding and body image. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016.
 53. Scott JA, Mostyn T. Women's experiences of breastfeeding in public. *J Hum Lact*. 2003.
 54. World Health Organization. International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes. 1981.
 55. Lutter CK, Morrow AL. Protection, promotion, and support and global trends in breastfeeding. *Adv Nutr*. 2013.
 56. Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia. Situación de la lactancia materna en Bolivia.
 57. Popkin BM. Nutrition transition and its implications. *Public Health Nutr*. 2001.
 58. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño.
 59. Haroon S, Das JK, Salam RA, et al. Breastfeeding promotion interventions. *JAMA Pediatr*. 2013.
 60. Renfrew MJ, McCormick FM, Wade A, et al. Support for healthy breastfeeding mothers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012.
 61. WHO, UNICEF. Baby-Friendly Hospital Initiative. 2018.
 62. Chapman DJ, Morel K, Anderson AK, et al. Breastfeeding peer counseling. *J Hum Lact*. 2010.
 63. Wakefield MA, Loken B, Hornik RC. Use of mass media campaigns. *Lancet*. 2010.
 64. International Labour Organization. Maternity protection convention. 2000.
 65. Pérez-Escamilla R. Breastfeeding in Latin America. *J Hum Lact*. 2003.
 66. Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia. Programa nacional de lactancia materna.

67. Sinha B, Chowdhury R, Sankar MJ, et al. Interventions to improve breastfeeding outcomes. *Acta Paediatr.* 2015.
68. Lawrence RM, Lawrence RA. Physiology of lactation. En: *Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession.* 9th ed. Elsevier; 2022. p. 58–92.
69. Ballard O, Morrow AL. Human milk composition: nutrients and bioactive factors. *Pediatric Clinics of North America.* 2013;60(1):49–74.
70. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet.* 2016;387(10017):475–490.

ANEXOS

A. Operacionalización de variables

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Tipo de variable
Sociodemográficas	Las variables sociodemográficas son características de individuos o poblaciones (como edad, sexo, nivel educativo, ingresos, estado civil, ubicación) que se usan para segmentar y describir grupos en investigaciones sociales.	Edad.	Años cumplidos	Continua
		Estado civil.	Solera Concubina Cada da Divorciada Viuda	Nominal
		Escolaridad.	Ninguno Primaria Secundaria Superior	Ordinal
		Ocupación.	() Principal	Nominal
		¿Pertenece a un grupo étnico?	labor que desempeña	Nominal
			Si () Cual _____ No ()	

Obstétricas	Las variables obstétricas son factores clínicos, fisiológicos o sociodemográficos que se estudian para entender, predecir y manejar los resultados del embarazo, el parto y el puerperio, influyendo en la salud materna y fetal	Tipo de parto.	Vaginal () Cesárea ()	Nominal
		¿Bebe a término?	Si () No () causa: _____	Nominal
		¿Apego precoz?	Si () No () causa: _____	Nominal
		¿Problemas para amamantar?	Si () No () causa: _____	Nominal

B. Guía de entrevista abierta

PREGUNTAS GUÍA
INICIO DE ENTREVISTA (conocimientos)
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué opina sobre la lactancia materna? • ¿A quién acudió en busca de información, consejo y apoyo al alimentar a su bebe?
PERCEPCIÓN PERSONAL
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo describiría su experiencia general al iniciar y mantener la lactancia materna? <p>Percepción o experiencias negativas → ¿Por qué tiene esa percepción?</p>
PERCEPCIÓN CON EL ENTORNO (FAMILIA Y SOCIEDAD)
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Recibió consejos de su entorno familiar sobre la lactancia materna y cómo los recibió? (en relación a la frecuencia de tomas o la introducción de otros alimentos). • ¿Recibió consejos de su entorno social (amigos, vecinos, etc.) sobre la lactancia materna y cómo los recibió? (en relación a la frecuencia de tomas o la introducción de otros alimentos). <p>Percepción o experiencias negativas → ¿Por qué tiene esa percepción?</p>
PERCEPCIÓN CON EL TRABAJO Y/O ESTUDIOS
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál ha sido su experiencia con la lactancia materna y su trabajo y/o labores cotidianas? • ¿Cuál ha sido su experiencia con la lactancia materna y sus estudios? (si estudia) <p>Percepción o experiencias negativas → ¿Por qué tiene esa percepción?</p>

C. Consentimiento informado y encuesta

UNIVERSIDAD MAYOR REAL Y PONTIFICIA DE SAN FRANCISCO XAVIER DE
CHUQUISACA

ENTREVISTA

N° _____

Entrevista semiestructurada dirigida a madres entapa de lactantes para el trabajo de investigación:

“Factores socioculturales que influyen en la práctica de la lactancia materna y la alimentación de las madres que acuden a consulta a la Caja Nacional de Salud (CNS) Distrital Uyuni en la gestión 2026”

Nombre:	Edad:
Estado civil:	Escolaridad:
Ocupación:	Grupo étnico:
Tipo de parto:	

¿Bebe a término?	SI ()	NO ()	causa:
¿Apego precoz?	SI ()	NO ()	causa:
¿Problemas para amamantar?	SI ()	NO ()	causa:

PREGUNTAS GUÍA

INICIO DE ENTREVISTA (conocimientos generales)

- ¿Qué opina sobre la lactancia materna?
- ¿A quién acudió en busca de información, consejo y apoyo al alimentar a su bebe?

PERCEPCIÓN PERSONAL

- ¿Cómo describiría su experiencia general al iniciar y mantener la lactancia materna?

Percepción o experiencias negativas → ¿Por qué tiene esa percepción?

PERCEPCIÓN CON EL ENTORNO (FAMILIA Y SOCIEDAD)

- ¿Recibió consejos de su entorno familiar sobre la lactancia materna y cómo los recibió? (en relación a la frecuencia de tomas o la introducción de otros alimentos).
- ¿Recibió consejos de su entorno social (amigos, vecinos, etc.) sobre la lactancia materna y cómo los recibió? (en relación a la frecuencia de tomas o la introducción de otros alimentos).

Percepción o experiencias negativas → ¿Por qué tiene esa percepción?

PERCEPCIÓN CON EL TRABAJO Y/O ESTUDIOS

- ¿Cuál ha sido su experiencia con la lactancia materna y su trabajo y/o labores cotidianas?
- ¿Cuál ha sido su experiencia con la lactancia materna y sus estudios? (si estudia)

Percepción o experiencias negativas → ¿Por qué tiene esa percepción?

UNIVERSIDAD MAYOR REAL Y PONTIFICIA DE SAN FRANCISCO XAVIER DE
CHUQUISACA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del trabajo de investigación:

“Factores socioculturales que influyen en la práctica de la lactancia materna y la alimentación de las madres que acuden a consulta a la Caja Nacional de Salud (CNS) Distrital Uyuni en la gestión 2026”

Investigador principal:

Declaración de Consentimiento:

Yo, _____, con C.I.: _____, declaro que:

1. He recibido información adecuada y suficiente por el investigador sobre:
 - Los objetivos del estudio y sus procedimientos.
 - Los beneficios e inconvenientes del proceso.
 - Que mi participación es voluntaria y altruista
 - Que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento (sin necesidad de explicar el motivo y sin que ello afecte a mi atención médica) y solicitar la eliminación de mis datos personales.
 - Que tengo derecho de acceso y rectificación a mis datos personales.
2. He podido formular las preguntas que he considerado necesarias acerca del estudio.

POR LO DICHO ANTERIOR MENTE Y DE FORMA VOLUNTARIA DOY MI
CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN EN EL PRESENTE ESTUDIO

Para dejar constancia de todo ello, firmo a continuación:

Firma del participante: _____ Fecha: / /2026

Firma del investigador: _____ Fecha: / /2026