

PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN MATERNOINFANTIL EN ZONAS RURALES DE BOLIVIA¹

————— Margaret F. McCann² y Deborah E. Bender³ —————

Se entrevistó a 74 mujeres pertenecientes a clubes de madres en una zona rural de las afueras de La Paz, Bolivia, con objeto de conocer mejor las prácticas de nutrición de las madres y niños y la utilización de los servicios de salud infantil.

La mayoría de las mujeres usaron una combinación de servicios de salud infantil de tipo occidental y tradicional, aunque un buen porcentaje empleó los últimos exclusivamente. Casi todos los partos fueron atendidos solo por miembros de la familia, y generalmente por el cónyuge de la embarazada. Todas las madres entrevistadas amamantaron a sus hijos, aunque la mayoría les dieron otros líquidos previos a la lactancia inmediatamente después del parto. Por lo general, la suplementación de la lactancia materna comenzó cuando los lactantes tenían de cuatro a ocho meses de edad y, en algunos casos, aun más tarde.

La mayoría de las madres entrevistadas indicaron haber destetado a sus hijos cuando supieron que habían vuelto a quedar embarazadas; algunas continuaron la lactancia durante todo el embarazo o parte de él y solo unas cuantas la interrumpieron antes de saber de la nueva gestación. Casi todas las mujeres aumentaron su consumo de alimentos, y de líquidos especialmente, durante la lactancia.

Estos hallazgos indican que algunas de las prácticas actuales de nutrición materno-infantil (tales como el amamantamiento de todos los recién nacidos y una mayor cantidad de líquidos en la dieta de las madres lactantes) deben fomentarse y otras no (entre estas la alimentación previa a la lactancia con líquidos distintos de la leche materna y la suplementación tardía). Para que esto se logre se necesita la participación del personal de salud, tanto de tipo occidental como tradicional.

Es imprescindible conocer las prácticas de alimentación materno-infantil para poder planificar intervenciones sanitarias que fomenten la salud de las madres y niños. Sin embargo, en Bolivia se ha publicado muy poca

información sobre estas prácticas. En un estudio de Mock *et al.* (1) se notifica que la mayoría de las mujeres encuestadas en tres ciudades bolivianas (93%) amamantaron a sus recién nacidos, pero que a la edad de nueve meses solo alrededor de la mitad de los lactantes se alimentaban con leche materna. En general, la duración de la lactancia fue menor mientras mayor la exposición a la atención de salud de tipo occidental. Solamente una cuarta parte de los lactantes recibieron leche materna como alimento inicial.

¹ El original en inglés se publica en el *Bulletin of the Pan American Health Organization* con el título "Maternal and infant feeding practices in rural Bolivia", Vol. 26, No. 2, 1992.

² Universidad de Carolina del Norte, Facultad de Salud Pública, Departamento de Epidemiología, Chapel Hill, Carolina del Norte, Estados Unidos de América. Dirección postal: Department of Epidemiology, School of Public Health, University of North Carolina, Chapel Hill, North Carolina, EUA 27599-7400.

³ Universidad de Carolina del Norte, Facultad de Salud Pública, Departamento de Políticas y Administración de Salud, Chapel Hill, Carolina del Norte, Estados Unidos de América.

Un segundo estudio realizado por Frerichs *et al.* (2) en Montero, zona rural de la llanura central boliviana, también reveló que el amamantamiento de los recién nacidos era casi total entre la población rural, ya que alcanzaba la cifra de 96%, y que solía ser un poco más prolongado que en las ciudades. A los nueve meses, más de 80% de los lactantes del estudio seguían recibiendo leche materna. Aunque por lo general el destete se produjo de los 12 a los 15 meses de edad, aproximadamente una cuarta parte de los lactantes recibieron leche materna después de los 15 meses. Las tres cuartas partes de los alumbramientos tuvieron lugar en el hogar, y en la mitad de los casos los únicos ayudantes fueron los amigos y parientes de la madre.

Recientemente se han dado a conocer los datos nacionales de alimentación infantil obtenidos mediante la Encuesta de Demografía y Salud de 1989 (EDS) (3). Estos datos indican que prácticamente todos los recién nacidos en Bolivia recibían leche materna en el momento del estudio, aunque la mediana de la duración de la lactancia varió ampliamente: 19,7 meses en el Altiplano, 16,4 meses en la zona del valle, y 13,2 meses en la zona de los llanos. El porcentaje de lactantes menores de cuatro meses que recibieron leche materna se redujo únicamente en la misma proporción (de 74 a 52 y a 31%, respectivamente). Los datos también revelaron que la duración de la lactancia natural era menor en las zonas urbanas de Bolivia (15,4 meses en comparación con 18,1 meses en las zonas rurales) y que el porcentaje de lactantes menores de cuatro meses que recibieron leche materna exclusivamente también era menor en las ciudades (47% en comparación con 65% en las zonas rurales).

A pesar de haberse realizado antes que la EDS de 1989, el presente estudio amplía los hallazgos citados, ya que se concentra en algunas prácticas específicas de alimentación infantil y de nutrición materna en una zona rural del Altiplano. Ninguno de los dos estudios que ya hemos mencionado se llevó a cabo en el Altiplano o proporcionó información sobre la alimentación suplementaria. En la EDS se obtuvieron algunos datos

acerca de esta última, pero no se registraron los distintos tipos de alimentos sólidos administrados. El estudio urbano (1) fue el único en que se investigó la alimentación del niño inmediatamente después del parto, y en ninguno de los estudios previos se recogió información acerca de la nutrición materna durante el embarazo o la lactancia.

El presente artículo también explora la relación entre la nutrición maternoinfantil y el uso de los servicios de salud occidentales y tradicionales. En este sentido se recomiendan estrategias para conservar los actuales patrones de lactancia y al mismo tiempo fomentar una buena suplementación y la promoción oportuna de servicios prenatales apropiados para el contexto cultural.

MATERIALES Y MÉTODOS

En el estudio participaron mujeres del Altiplano boliviano (Departamento de La Paz), cuyas viviendas se ubicaban en uno de los siguientes estratos rurales: 1) aldeas densamente pobladas de 500 a 700 habitantes, 2) caseríos de 100 a 200 habitantes en las laderas de las montañas y 3) asentamientos familiares de 100 personas o menos en los valles más lejanos. En términos relativos, los tres estratos eran rurales. Todas las personas estudiadas vivían a una distancia de dos a cuatro horas —en vehículo de motor por vías pavimentadas o por caminos nivelados sin pavimentar— del centro urbano más cercano, que era La Paz, capital del país. Dentro de cada estrato, se eligieron dos comunidades para el presente estudio,⁴ que se realizó en julio y agosto de 1982.

⁴ Inicialmente se escogió una tercera comunidad en el valle y se entrevistaron mujeres locales, pero a petición de los hombres de la comunidad, la labor se interrumpió después de la tercera entrevista.

Se convocó a las mujeres miembros de los clubes de madres en cada comunidad para explicarles el objetivo del estudio y seleccionar una muestra aleatoria de 12 mujeres. (Los clubes de madres se han formado en las comunidades bolivianas para reforzar la organización comunitaria y facilitar la distribución de suplementos alimentarios a mujeres con hijos pequeños.) Entre todas las comunidades hubo un total de 75 entrevistas domiciliarias, de una o dos horas de duración, en español o en aimara. (Una de las entrevistas se eliminó del análisis porque estaba incompleta; otras tres se realizaron en la comunidad mencionada en la nota 4 al pie de página.) Un cuestionario estándar con preguntas de respuesta libre sobre aspectos específicos del embarazo, el parto, la lactancia y nutrición infantil, y la utilización de los servicios de salud, fue administrado a las madres por una mujer trilingüe (que hablaba aimara, español e inglés) y uno de los investigadores (que hablaba inglés y español). Antes de administrar el cuestionario, estas personas se prepararon entrevistando a mujeres similares a las del estudio en una comunidad que no estaba incluida en él.

La encuesta investigaba la experiencia habitual de cada madre con su familia entera, y no con un solo hijo. Es posible que este tipo de enfoque haya dado lugar a cierta falta de precisión, debido a la amplia variedad de experiencias que pudo haber tenido una madre con sus distintos hijos y a la inexactitud del material recordado. Sin embargo, el método no planteaba algunos de los problemas que pueden presentarse cuando la atención se centra en ciertos hijos exclusivamente: tener que elegir entre investigar solo el último hijo o todos los que nacieron durante un período determinado (3, 4), o la posibilidad de que el último hijo o el período recordado haya sido poco representativo de la experiencia global de la madre. (Numerosos estudios han confirmado que las madres suelen seguir el mismo patrón de alimentación con cada lactante) (5).

El análisis de los datos fue esencialmente descriptivo. No se realizó un análisis estadístico de las diferencias observadas debido a que fueron pocas las mujeres estudiadas.

A cambio de su participación, todas las mujeres (incluso las que no fueron escogidas para el estudio) recibieron una foto a colores, de revelado instantáneo, de ellas y sus familias.

RESULTADOS

Características demográficas de las familias

La edad promedio de las mujeres de las aldeas, caseríos y asentamientos incluidos en el estudio fue de 34,3, 31,6 y 35,5 años, respectivamente. Casi todas las mujeres tenían de 20 a 45 años de edad. La paridad materna y el número de hijos vivos fueron similares en los tres estratos estudiados. La madre promedio había tenido seis alumbramientos y algunas más de 10. El número promedio de hijos vivos fue de 4,5 y de hijos vivos menores de cinco años de alrededor de 2. Más de la mitad de las mujeres refirieron el fallecimiento de uno o más de los hijos que habían nacido vivos. Esto sucedió con menos frecuencia entre las mujeres de las aldeas más grandes que entre las de los otros dos estratos del estudio.

Los datos de la entrevista correspondientes a la ocupación materna reflejaron la autopercepción de cada persona más que su verdadera actividad diaria. La mayoría de las madres declararon ser amas de casa, pero muchas se dedicaban parcialmente a cultivar la tierra o a vender alimentos y productos caseros en el mercado local.

Patrones de atención durante el parto

Como indica el cuadro 1, más de 90% de las madres entrevistadas parieron en su casa solas (8%) o con la ayuda exclusiva de

CUADRO 1. Distribución porcentual de los auxiliares principales del parto, por estratos comunitarios. La Paz, Bolivia, 1982

Auxiliar del parto	Aldea/ Altiplano (n = 24)	Caserío/ Ladera de montaña (n = 23)	Asentamiento en el valle (n = 27)
Ninguno	13	9	4
Cónyuge	13	39	41
Cónyuge y otra persona	54	35	30
Madre o suegra	8	9	19
Partera tradicional	13	9	4
Médico	0	0	4

sus parientes. Los cónyuges, solos o acompañados de otra persona, atendieron los partos de casi todas las mujeres que participaron en el estudio. El cónyuge fue el único auxiliar en alrededor de 40% de los partos en los dos estratos más rurales, mientras que el cónyuge y otro pariente atendieron los partos de alrededor de la mitad de las mujeres entrevistadas en las aldeas y de una tercera parte de las entrevistadas en los otros dos estratos.

Pocas mujeres notificaron haber sido atendidas por parteras tradicionales (13, 9 y 4% de las entrevistadas en las aldeas, caseríos y asentamientos, respectivamente). La única mujer que fue atendida por un médico —la esposa de un minero— fue también la única en haber tenido su parto en el hospital.

La alimentación del recién nacido

Todas las mujeres que participaron en el estudio amamantaron a sus hijos, pero varió el momento en que iniciaron la lactancia, el destete y los alimentos suplementarios (cuadro 2). Menos de la mitad de las madres indicaron haber dado a sus hijos leche materna como alimento inicial, práctica que solo fue notificada por 15% de las personas entrevistadas en los asentamientos del valle, en comparación con 40 a 41% en los caseríos y en las aldeas. Algunas madres dieron a sus hijos vino como alimento inicial durante uno o dos días antes de amamantar, especialmente en los asentamientos (44% de las madres procedentes de este estrato). Por

otra parte, un buen número de madres (18 a 25% de las participantes procedentes de cada uno de los tres estratos) administraron leche de vaca antes de amamantar. De 5 a 19% de las participantes indicaron haber usado otros líquidos (café, infusiones o agua salada).

El cuadro 2 también indica que más de tres cuartas partes de las madres amamantaron a sus hijos más de un año y algunas más de dos. La duración promedio de la lactancia fue mayor en las aldeas, donde 62% de las madres entrevistadas notificaron haber amamantado a sus hijos más de 18 meses, en comparación con 37% en los caseríos y 30% en los asentamientos del valle.

Distintas circunstancias influyeron en la duración de la lactancia materna. Se observó, por una parte, la tendencia a una lactancia más prolongada entre las madres de mayor edad (cuadro 3). Alrededor de la mitad de las madres de más de 29 años habían amamantado a sus hijos hasta después de los 18 meses, en comparación con una cuarta parte, aproximadamente, de las madres más jóvenes. Además, casi la mitad de las mujeres que utilizaron exclusiva o principalmente los servicios de salud tradicionales (populares) refirieron haber amamantado a sus hijos al pecho más de 18 meses, en comparación con menos de una cuarta parte de las que usaron

CUADRO 2. Distribución porcentual de ciertas variables relacionadas con la alimentación de los recién nacidos, por estratos comunitarios.^a La Paz, Bolivia, 1982

	Aldea/ Altiplano (%)	Caserío/ Ladera de montaña (%)	Asentamiento en el valle (%)
<i>Alimento inicial del recién nacido:</i>	<i>(n = 20)</i>	<i>(n = 20)</i>	<i>(n = 27)</i>
Leche materna	40	41	15
Leche de vaca	25	18	22
Vino	30	23	44
Otros líquidos	5	18	19
<i>Edad del lactante en el momento del destete:</i>	<i>(n = 21)</i>	<i>(n = 22)</i>	<i>(n = 27)</i>
≤8 meses	0	5	4
9-12 meses	14	18	22
13-18 meses	24	41	44
19-24 meses	38	32	22
>24 meses	24	5	7
<i>Edad del lactante al inicio de la suplementación:</i>	<i>(n = 22)</i>	<i>(n = 22)</i>	<i>(n = 27)</i>
4-8 meses	86	86	78
≥9 meses	14	14	22

^a Estas cifras son un poco inferiores al tamaño total de la muestra porque faltaron las respuestas de algunas preguntas específicas.

exclusiva o principalmente los servicios de salud de tipo occidental. Las entrevistadas que declararon ser amas de casa también mostraron una mayor tendencia a prolongar la lactancia de sus hijos que las otras mujeres. Cabe mencionar, además, que una madre dijo haber amamantado más tiempo a sus hijos varones que a las hembras.

Si examinamos nuevamente el cuadro 2, es evidente que más de tres cuartas partes de las madres entrevistadas suplementaron la leche materna con otros alimentos cuando sus hijos tenían de cuatro a ocho meses de edad. El porcentaje de las mujeres entrevistadas que dieron a sus hijos alimentos suplementarios antes de los nueve meses fue más alto en las aldeas y caseríos (86%) que en los asentamientos del valle (78%). Los alimentos suplementarios más frecuentes fueron las sopas y patatas, aunque algunas mujeres dieron a sus hijos frutas, leche, queso, harina de avena o cebada.

El destete y el embarazo siguiente

Solamente 6% de las mujeres del estudio destetaron a sus hijos antes de quedar embarazadas de nuevo. De las madres estudiadas, 56% refirieron haberlo hecho inmediatamente después de quedar embarazadas, sin que la edad del lactante influyera mucho en la decisión. Por otra parte, alrededor de un tercio de las mujeres continuaron amamantando durante parte del siguiente embarazo o su totalidad. El número de madres que observaron esta práctica fue menor a medida que aumentó la edad del lactante (50% en el caso de niños de 12 meses o menos, 41% en el de niños de 13 a 18 meses y 30% en el de niños mayores de 18 meses). La práctica de amamantar durante el embarazo fue

CUADRO 3. Distribución porcentual de las mujeres estudiadas que dijeron haber destetado a sus hijos antes de los 12 meses de edad, de los 13 a los 18 meses, o después de los 18 meses, según edad materna y uso de servicios de salud infantil tradicionales (populares) o de tipo occidental.^a La Paz, Bolivia, 1982

	Edad del lactante en el momento del destete		
	≤12 meses	13-18 meses	>18 meses
<i>Edad de la madre</i>			
<20 (n = 4)	50	25	25
20-29 (n = 15)	27	47	27
30-39 (n = 38)	18	37	45
≥40 (n = 14)	21	29	50
<i>Uso de servicios de salud infantil</i>			
Populares (n = 25)	20	36	44
Principalmente populares, y algunos de tipo occidental (n = 34)	24	29	47
Principalmente de tipo occidental, y algunos populares (n = 9)	22	56	22
De tipo occidental (n = 22)	0	100	0
<i>Ocupación de la mujer</i>			
Ama de casa (n = 57)	18	40	42
Otra (n = 12)	42	25	33

^a Estas cifras son un poco inferiores al tamaño total de la muestra porque faltaron las respuestas de algunas preguntas específicas

más frecuente entre las mujeres de las aldeas y caseríos que entre las de los asentamientos del valle.

De las mujeres que destetaron a sus hijos de inmediato, varias justificaron su conducta diciendo que "el niño rechazó el pecho", otra que "así me enseñaron en Achacachi" (aldea cercana), y otra que "nos hace daño a mí y a mi hijo".

La nutrición materna durante el embarazo y la lactancia

A la pregunta sobre la alimentación preferida durante el embarazo y la lactancia, muchas de las entrevistadas contestaron que habían ingerido alimentos de toda clase. No se advirtió ningún patrón entre las que manifestaron haberse inclinado por ciertos alimentos en particular, ni hubo evidencia de que se ingirieran o evitaran alimentos específicos durante el embarazo. Algunos

alimentos, sin embargo, como el ají picante, la cebolla, las salchichas y las sardinas, ocasionaron leves trastornos digestivos durante los primeros meses de la gestación.

La mayoría de las madres notificaron haber aumentado el consumo de alimentos durante la lactancia. Aproximadamente la mitad habían tomado líquidos adicionales solamente, mientras que de 35 a 45% habían consumido más carbohidratos, proteínas o ambas cosas, además de los líquidos. Según la información obtenida, las mujeres de la zona del valle tenían menos probabilidades que las otras de recibir nutrientes y proteínas adicionales.

Servicios de salud infantil

Las madres del estudio refirieron el uso de distintos tipos de servicios de salud infantil. La mayoría había acudido a una combinación de servicios tradicionales y occidentales (cuadro 4). En general, las respuestas confirmaron la relación esperada entre las zonas urbanas y rurales. El uso

CUADRO 4. Distribución porcentual de las mujeres estudiadas que usaron servicios de salud de tipo tradicional (popular) y occidental. La Paz, Bolivia, 1982

	Aldea/ Altiplano (%)	Caserío/ Ladera de montaña (%)	Asentamiento en el valle (%)
<i>Uso de servicios de salud infantil (curativos y preventivos):</i>	(n = 24)	(n = 23)	(n = 27)
Populares	21	39	41
Principalmente populares, con algunos de tipo occidental	54	48	48
Principalmente de tipo occidental, con algunos populares	21	9	7
De tipo occidental	4	4	4

exclusivo de los servicios tradicionales aumentó de 21% en las aldeas más pobladas a 39 a 41% en los caseríos y asentamientos menos habitados. (El uso de servicios de salud de tipo occidental se asoció estrechamente con mujeres que se identificaban a sí mismas como "empleadas", lo cual sugiere que ambas variables reflejaron el grado de modernidad de estas mujeres, tal como lo percibían ellas mismas.)

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El presente estudio es un análisis descriptivo de los patrones de salud y nutrición maternoinfantil en las zonas rurales de Bolivia. Por lo tanto, las conductas que aquí se detallan merecen atención, especialmente por parte de personas que deseen planificar intervenciones idóneas dentro del contexto cultural o realizar otros estudios analíticos.

Podría ser muy beneficioso, en general, ampliar los servicios de salud materna y de supervivencia infantil en esta zona, tanto los tradicionales como los de tipo occidental. El cuadro 1 indica claramente que actualmente estos servicios no se están usando. Frerichs *et al.* (2) han observado que en otra zona rural de Bolivia los partos suelen ser atendidos exclusivamente por miembros de

la familia (el esposo, la madre, la suegra o los hijos de la embarazada). Pocas mujeres en las zonas estudiadas notificaron haber contado con la ayuda de una partera tradicional.

Las residentes de las tres zonas estudiadas estaban familiarizadas con los servicios de salud infantil de tipo occidental y tradicional. Entre la mitad y las tres cuartas partes de las mujeres admitieron haber usado una combinación de ambos servicios. No obstante, 21% de todas las madres entrevistadas en las aldeas dijeron haber usado remedios tradicionales exclusivamente. En general, es evidente que los servicios dedicados a mejorar la salud de las madres y niños tendrán que combinar las prácticas tradicionales con las de tipo occidental para ser aceptados en el contexto cultural de la población de usuarios. Los autores del presente estudio y sus colegas bolivianos, apoyados por el Comité sobre la Maternidad Sin Riesgo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), han puesto en práctica un programa de atención de salud prenatal con base en la comunidad. El programa incluye a los cónyuges en las sesiones de educación prenatal y les enseña a aplicar técnicas estériles que podrían resultar útiles para la atención de partos normales de bajo riesgo.

Algunos datos también confirman que la práctica de la lactancia natural debe impulsarse y promoverse más activamente. Nuestro estudio, al igual que muchos otros, comprobó que la lactancia es menos prolongada cuando la madre es joven o trabaja y cuando la atención de salud es de tipo occidental (3-11). Hay que invertir estas tendencias. En particular, el hecho de que sea más corta la lactancia entre las madres que suelen usar los servicios de salud de tipo occidental indica que los profesionales de estos servicios deben participar más activamente en su promoción. Experiencias recientes en diversos países han revelado que en ellos se usan distintas formas de promover la lactancia natural (y una suplementación adecuada) (7, 10).

Nuestros hallazgos también ponen de manifiesto algunos aspectos de la nutrición infantil que podrían mejorarse. Aunque todas las madres declararon haber amamantado a sus hijos, casi siempre durante muchos meses, la mayoría de los lactantes (especialmente en las localidades más rurales) iniciaron su alimentación con líquidos distintos de la leche materna. Esta práctica no debe fomentarse, ya que el amamantamiento temprano proporciona al niño sustancias líquidas ricas en anticuerpos y estimula la producción de leche. Además, se ha visto que el consumo de líquidos que carecen de valor nutritivo, como el agua, el té y otras infusiones, duplica o triplica la probabilidad de que los lactantes menores de seis meses sufran episodios de diarrea (12).

Asimismo, es alentador el hecho de que ninguna de las madres estudiadas diera a sus hijos menores de cuatro meses alimentos suplementarios que no fueran líquidos previos a la lactancia. No obstante, algunos lactantes no recibieron alimentos suplementarios hasta los ocho meses, lo cual se observó también en la EDS (3). Esto es motivo de preocupación, ya que a los ocho meses de edad las necesidades nutricionales de la mayoría de los lactantes ya no pueden satisfacerse con la leche materna solamente, sobre todo si la madre no se alimenta bien (13).

Con respecto a las tasas de natalidad, cabe afirmar que la combinación de una

lactancia prolongada y una alimentación suplementaria postergada durante varios meses influyó en el espaciamiento de los nacimientos en la población de estudio, como se ha observado en muchas otras poblaciones (5, 6, 14). Este efecto en la frecuencia de los nacimientos es especialmente importante en las zonas rurales de Bolivia debido, en parte, a las restricciones que tradicionalmente se han impuesto al uso de anticonceptivos y en parte a la accesibilidad limitada de los servicios de salud de tipo occidental. Sin embargo, el hecho de que casi todas las madres quedaran embarazadas de nuevo durante la lactancia demuestra que hacen falta servicios de planificación familiar adicionales para proteger tanto a la población materna como a la infantil. Son ampliamente conocidos los efectos en la salud de los nacimientos demasiado seguidos. Aunque se sabe menos sobre las consecuencias de amamantar durante el embarazo, obviamente es muy difícil alimentar bien a la madre y simultáneamente al lactante y al feto en desarrollo (6, 9, 15).

Resulta interesante que, a pesar de la alta prevalencia de nuevos embarazos entre las mujeres que amamantaban a sus hijos y de la subsiguiente interrupción de la lactancia, en la EDS relativamente pocas madres (14% de las mujeres cuyos últimos hijos aún estaban vivos) atribuyeron el destete al nuevo embarazo (3). Casi dos terceras partes dijeron haber interrumpido la lactancia porque el niño ya había llegado a la edad del destete. Esta aparente discrepancia entre los resultados de nuestro estudio en el Altiplano y los de la encuesta nacional sugiere que, a no ser que haya sido muy poco representativa la pequeña muestra de mujeres en el Altiplano, las contestaciones que dieron las mujeres de la EDS a la pregunta sobre el motivo del destete podrían ocasionar una subestimación bastante grande de la prevalencia de la concepción durante el amamantamiento.

Por último, la mayoría de las madres estudiadas aumentaron su consumo de

nutrientes durante la lactancia, generalmente con líquidos adicionales, y a veces con mayores cantidades de carbohidratos, proteínas o ambas cosas. Esta práctica provechosa debe reforzarse y extenderse al período prenatal.

Un ensayo clínico realizado en La Paz ha comprobado la importancia del estado nutricional de la madre para el crecimiento del lactante amamantado (16). En el estudio se encontró una correlación significativa entre el aumento de peso de los niños de tres a seis meses de edad alimentados exclusivamente al pecho y la circunferencia braquial de la madre durante el embarazo y tres meses después del nacimiento. El hecho de que el grosor promedio del pliegue cutáneo del tríceps y la circunferencia braquial promedio de la madre se hayan reducido a los tres meses del parto, y nuevamente a los seis meses, en relación con los valores prenatales, sugiere un agotamiento de las reservas nutricionales maternas.

Los autores y sus colegas bolivianos están investigando los temas tratados en las páginas anteriores como parte de un minucioso estudio transversal titulado "Prácticas de alimentación del lactante y la fecundidad en Bolivia". Este estudio tiene el apoyo del Comité de la OMS sobre la Planificación Familiar Natural.

AGRADECIMIENTO

Los autores agradecen el apoyo dado a esta investigación por el Southeastern Consortium for International Development y la colaboración del Plan Andino de Salud Rural y del Departamento de Nutrición del Ministerio de Salud en La Paz, Bolivia.

REFERENCIAS

1. Mock NB, Franklin RR, Bertrand WE, O'Hara C. Exposure to the modern health service system as a predictor of the duration of breast-feeding: a cross-cultural study. *Med Anthropol*. 1985;9:123-138.
2. Frerichs R, Becht JN, Foxman B. Childbearing and breast feeding in rural Bolivia: a household survey. *J Trop Pediatr*. 1981;27:145-149.
3. Sommerfelt AE, Boerma JT, Ochoa LH, Rustein SO. Maternal and child health in Bolivia: report on the in-depth DHS survey in Bolivia, 1989. Columbia, Maryland, USA: Institute for Resource Development/Macro Systems, Inc.; 1991.
4. Anderson JE, Rodrigues W, Thome AMT. Breast-feeding and use of the health care system in Bahia State, Brazil: three multivariate analyses. *Stud Fam Plann*. 1984;15:127-135.
5. Lesthaeghe R. Lactation and lactation related variables; contraception and fertility: an awareness of data problems and world trends. *Int J Gynaecol Obstet*. 1987;25(suppl):143-173.
6. McCann MF, Liskin LS, Piotrow PT, Rinehart W, Fox G. Breast-feeding, fertility, and family planning. *Popul Repts [J]*. 1981;4:525-575.
7. Jelliffe DB, Jelliffe EFP. *Programmes to promote breast-feeding*. Oxford: Oxford University Press; 1988.
8. Forman MR. Review of research on the factors associated with choice and duration of infant feeding in less-developed countries. *Pediatrics*. 1984;74(suppl):667-694.
9. Organización Mundial de la Salud. Patrones temporáneos de lactancia materna: informe sobre el Estudio de Colaboración de la OMS sobre Lactancia Materna. Ginebra: OMS; 1981.
10. Labbok M, McDonald M, eds. Proceedings of the Interagency Workshop on Health Care Practices Related to Breast-feeding. *Int J Gynaecol Obstet*. 1990;31(suppl):1-190.
11. Bender D, Madonna D, Rivera T. Rural origin as a risk factor for maternal and child health in periurban Bolivia. *Soc Sci Med*. (En prensa).
12. Popkin BM, Adair L, Akin JS, Black R, Briscoe J, Fliieger W. Breast-feeding and diarrheal morbidity. *Pediatrics*. 1990;86:874-882.
13. Seward JE, Sedula MK. Infant feeding and infant growth. *Pediatrics*. 1984;74(suppl):728-762.

14. Kennedy KI, Rivera R, McNeilly AS. Consensus statement on the use of breast-feeding as a family planning method. *Contraception*. 1988;39:477-496.
15. Neville MC, Neifert MR. *Lactation: physiology, nutrition, and breast-feeding*. New York: Plenum Press; 1983.
16. Noustny R, Haas JD. Maternal anthropometry and infant growth with exclusive breast feeding in La Paz, Bolivia. *J Trop Pediatr*. 1987;33:309-314.

SUMMARY

MATERNAL AND INFANT FEEDING PRACTICES IN RURAL BOLIVIA

Seventy-four members of mothers' clubs in a rural area outside of La Paz, Bolivia, were interviewed in order to learn more about maternal and infant nutritional practices and use of child health services.

Most of the women used a combination of western and traditional child health services, though a substantial percentage used only traditional services. Almost all of their deliveries were attended solely by family members, most notably the pregnant woman's husband. All the interviewed mothers breast-fed their infants, although most gave them other prelacteal liquids in the immediate postpartum period. Breast milk supplementation generally began when the infants were between four and eight months old, occasionally later.

Most of those interviewed said they stopped breast-feeding when they knew they were pregnant again; some continued breast-feeding through all or part of the pregnancy; only a small number stopped breast-feeding before they knew that they were pregnant. Almost all the women increased their food intake when they were breast-feeding, primarily by consuming additional liquids.

These findings suggest that some current maternal and infant nutritional practices in the study area (such as universal breast-feeding and increased consumption of liquids by lactating mothers) should be encouraged, while others (particularly prelacteal feeding of liquids other than breast milk and late supplementation) should be discouraged. Both traditional and western health providers should be mobilized to perform this task.