

UNIVERSIDAD ESTATAL A DISTANCIA  
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
MAESTRIA EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SOSTENIBLES

TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN

**“CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LA POBLACIÓN  
ADOLESCENTE HACIA LA LACTANCIA MATERNA PARA  
DIRECCIONAR LAS ACCIONES ESTRATÉGIAS DE  
PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA NATURAL”**

AUTORES:

DRA. CARLA VERÓNICA GRÍOS DÁVILA.

DR. LUIS IVÁN GARCÍA GUTIERREZ

Febrero, 2004

## **Agradecimientos**

A Dios, todopoderoso y misericordioso.

A nuestras familias.

Al apoyo incondicional de nuestra  
directora de Tesis: Msc. Hilda Patricia Núñez Rivas.

A las lectoras de esta Tesis:

Msc. Ana Rojas y Msc. Marielos Rojas.

Al apoyo desinteresado de varios funcionarios de salud  
de la Zona de los Santos y de Pavas, en especial a:

Sra. María de los Ángeles Blanco Castro y

Licda. Ana María Elizondo Ureña.

A los y las adolescentes que participaron en el estudio.

INTRODUCCIÓN.....	5
ANTECEDENTES.....	8
<i>En el ámbito internacional.....</i>	9
<i>En el ámbito nacional.....</i>	13
<i>En el ámbito local.....</i>	21
JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	27
DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.....	31
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	34
OBJETIVO GENERAL.....	35
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	35
MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL.....	36
<i>La Adolescencia e Identidad de Género.....</i>	36
<i>La Lactancia Natural.....</i>	42
<i>Las Relaciones de Género y la Lactancia Natural.....</i>	49
<i>Los Servicios de Salud y el Nivel Local como estrategia para la Promoción de la Lactancia Natural.....</i>	52
<i>La Lactancia Natural en el Marco de la Pobreza.....</i>	58
<i>La Lactancia Natural y la Escolaridad.....</i>	63
<i>La Promoción de la Práctica de la Lactancia Natural.....</i>	66
<i>Factores que Inciden en la Decisión de Amamantar.....</i>	70
<i>La Conceptualización de Conocimientos y Actitudes.....</i>	76
ESTRATEGIA METODOLÓGICA.....	79
<i>Tipo de Investigación.....</i>	79
<i>Definición de variables.....</i>	79
<i>Objeto de la Investigación.....</i>	83
<i>Marco muestral.....</i>	84
<i>Tamaño muestral.....</i>	84
<i>Instrumentos para la recolección de los datos.....</i>	85
<i>Aplicación de los instrumentos.....</i>	86
<i>Procesamiento de los datos.....</i>	87
RESULTADOS.....	89
DISCUSIÓN.....	99
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	104
BIBLIOGRAFIA CITADA.....	108
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA.....	115
ANEXOS.....	118
ANEXO 1.....	119
<i>Instrumento de Recolección de Datos.....</i>	119
ANEXO 2.....	126
<i>Gráficos.....</i>	126
ANEXO 3.....	132
<i>Agenda de Grupos Focales.....</i>	132



## INTRODUCCIÓN

La leche materna es considerada el alimento ideal para el niño(a) menor de un año, dado que provee los nutrientes que se requieren durante la infancia y además brinda protección contra enfermedades infecciosas y alérgicas. También favorece los vínculos afectivos entre la madre y su hijo o hija y establece una relación emocional que promueve un óptimo desarrollo en el niño(a).

Por ello, la promoción de la lactancia natural, ha probado ser un recurso muy eficaz y de bajo costo en la búsqueda de mejores condiciones de salud para los países. A pesar de todos esos beneficios, la prevalencia de la lactancia materna, ha pasado por períodos en los que la utilización de fórmulas artificiales y suplementos alimentarios desde los primeros meses de vida, constituye una práctica muy común en la población.

Al analizar la evolución histórica de Costa Rica con respecto al amamantamiento como una práctica de alimentación infantil, se observan diferencias significativas actualmente entre las distintas regiones y, además, ha pasado por diversas etapas de prevalencia (1).

El conocimiento apropiado de las prácticas de lactancia y de los factores que inciden en ella constituyen insumos básicos para la formulación de políticas y estrategias de promoción de la lactancia (2-4).

Por otro lado, la adolescencia es una construcción sociocultural que se diseñó para definir el estado transitorio entre niñez y adultez. En este sentido, las características y los significados de esta etapa y, por ende, el

paso a la vida adulta, varían de acuerdo a las condiciones históricas, socioculturales, económicas y de género en que se encuentran inmersas las personas.

El estudio y la comprensión del adolescente, en todas sus dimensiones (físicas, biológicas, psicológicas, sociales, culturales, genéricas, sexualidad, comunicación intra y extrafamiliar, sistema educativo formal, sistema de salud, entre otros) las cuales le permiten asumir una posición frente a la práctica de la lactancia natural, deben ser analizadas globalmente si se desean encontrar respuestas integrales al porqué las y los adolescentes asumen diferentes actitudes y tienen diferentes conocimientos con respecto a la lactancia natural. Estas respuestas deben provenir desde los distintos sectores que conforman la sociedad en su conjunto, tales como las instituciones gubernamentales, las no gubernamentales, las organizaciones de base comunitaria, las instituciones religiosas y educativas, así como también las familias y la propia población adolescente.

La presente investigación explorará los conocimientos y las actitudes de los y las adolescentes no padres y no madres para direccionar estrategias gerenciales de promoción, que consideren las condiciones de género, geográficas (rural y urbana), nivel socio-económico y la escolaridad de la población de estudio.

Una vez realizada la exploración, se podrá definir un diagnóstico sobre los conocimientos y las actitudes hacia la lactancia natural de la población adolescente urbana y rural, de los distritos de Pavas y de San Marcos de Tarrazú, respectivamente. Este diagnóstico será presentado a

la Comisión Nacional de Lactancia Materna y al personal de Salud (Comités Locales de lactancia) que atiende a esta población en estas comunidades con el objetivo de establecer estrategias de promoción de la lactancia natural acordes con hechos basados en evidencia real de esas localidades, durante el segundo cuatrimestre del 2003.

## ANTECEDENTES

### Generalidades sobre la lactancia natural

Aunque los beneficios de la leche humana se han reconocido desde tiempos muy remotos, la práctica de la lactancia natural ha pasado por épocas de auge y de crisis a lo largo de la historia de la humanidad. La información relacionada con las prácticas de alimentación en el niño se ubica desde varios siglos antes de Cristo. El análisis histórico de algunos textos ha incluso sugerido que el descenso en la mortalidad infantil que se reporta en algunos países a finales del siglo XVII y principios del XVIII es el resultado, en gran medida, de un cambio en las prácticas de alimentación infantil hacia la lactancia natural (5).

Se han descrito tres patrones básicos sobre la prevalencia de la lactancia natural (1):

1.-El patrón tradicional en donde se presenta una alta prevalencia de la lactancia natural y larga duración de amamantamiento.

2.-El patrón llamado "Transformación", en donde disminuye la prevalencia y la duración del amamantamiento y se incrementa el empleo de fórmulas artificiales.

3.-El patrón de Resurgimiento, que es donde aumenta la prevalencia y la duración de la lactancia natural.



## En el ámbito internacional

En áreas de África, la práctica es casi universal, tanto en zonas urbanas como rurales y en niveles socioeconómicos bajos y altos. En Asia, casi la totalidad de niños son amamantados, aunque se ha observado una disminución en subgrupos poblacionales específicos. En Europa, la prevalencia fue descendiendo progresivamente hasta 1970, alcanzando cifras de aproximadamente 30% y luego ha ido en aumento principalmente en países como Suecia y Finlandia (6).

En Norteamérica la prevalencia es baja (6); en Estados Unidos disminuyó del 29% en 1955 a 24% en 1970, luego fue aumentando pero los valores siguen siendo bajos si se comparan con otras regiones del mundo. En América Latina la prevalencia inicial es alta (7), pero la duración varía, siendo más corta en los grupos de las zonas urbanas.

Diferentes aspectos relacionados con la lactancia natural han sido tratados a nivel mundial por diferentes especialistas en salud: pediatras, psicólogos, ginecólogos, antropólogos, nutricionistas y bioquímicos, quienes han brindado información sobre las ventajas nutricionales y la protección inmunológica de la leche humana y de los beneficios psicológicos para la madre y su hijo por la relación temprana que se da a través de ella. Asimismo se han realizado estudios cuyo enfoque ha sido el económico y socio cultural (8).

En cuanto a la morbi-mortalidad relacionada a la lactancia natural, a nivel mundial la literatura relacionada con el tema es amplia y con enfoques distintos. En los años ochentas se destacan autores como D.B.

Jellife, Patrice Jelliffe (9), cuyos estudios analizaron el tema de la leche y la lactancia natural, tanto desde el punto de vista psicológico, económico, socio-cultural, como fisiológico.

El amamantamiento ha sido asociado con porcentajes bajos de una variedad de enfermedades infantiles, incluyendo enfermedades del tracto respiratorio superior e inferior, neumonía, otitis media, gastroenteritis, meningitis y enterocolitis aguda necrotizante (10, 11). Es mundialmente aceptado que el amamantamiento está causalmente asociado con estos porcentajes bajos, ya sea porque la leche contiene elementos que proveen protección específica e inespecífica contra las enfermedades o porque es más higiénica, particularmente en áreas con pobres niveles sanitarios.

La prevalencia de la lactancia natural ha pasado por diferentes etapas históricas. En la década de los sesentas se documentó una disminución en su prevalencia; en la década de los setentas se evidencia una leve recuperación de su práctica y en los ochentas se regresó al hábito de lactar (12-15).

Entre los factores que influyeron para la disminución en el hábito de lactar al pecho, destacan: la práctica hospitalaria de separar la madre del niño inmediatamente después del parto, la introducción temprana de alimentos sólidos a la dieta del niño, la creciente incorporación de la mujer al trabajo remunerado, la sobre estimulación de los alimentos industrializados para el niño lactante difundida por los medios de comunicación, que tienen efecto tanto en el público en general como en el personal de salud (13, 16).

En 1980, la Universidad de Concepción de Chile, realizó una extensa investigación llamada "Lactancia materna. Algunos factores psicológicos y biológicos que la influyen". Este estudio de carácter retrospectivo analizó los factores psicosociales y biológicos que influyen en el período de alimentación al pecho materno. Sus objetivos fueron describir el comportamiento de las madres que habían amamantado y de las que no lo habían hecho en relación con algunas variables dependientes de la madre (como enfermedades, reanudación de la vida sexual, actividades sociales, hospitalización, incorporación al trabajo, creencias propias y familiares) y del niño (aceptación de la leche materna, alimentación a libre demanda, enfermedades) y explicar de que manera las variables examinadas influían en la duración del período de alimentación natural.

De las 275 madres y sus niños en el Hospital de Concepción de Chile en 1976, el 92% amamantaron. De ellas, el 42% lo hizo por un período corto, el 17% por un período mediano y un 40% por un período largo (más de seis meses).

Con base a las variables planteadas, se encontró que la reincorporación al trabajo fue la variable de mayor significancia ya que el 89% de las madres que volvieron a trabajar, dejaron de amamantar a libre demanda pero no la suspendieron. Se documentó, además, que las madres tomaron en cuenta las creencias familiares favorables al amamantamiento en un 70%, pero la publicidad masiva no favoreció la prolongación del período de amamantamiento (17).

Es claro, entonces, que entre más promoción de la lactancia natural y educación temprana se le brinde a la madre, es más probable que ella

amamante a sus hijos y que este amamantamiento se prolongue por más tiempo y, por ende, que sus hijos sufran o padezcan menos enfermedades, reduciendo de esta manera los costos por atención médica y medicamentos. Esta suposición quedó demostrada por Pugh, LC. et al "Breastfeeding duration, costs and benefits of a support program for low income breastfeeding women", encontró que el grupo de madres que recibieron la intervención en fomento de la lactancia natural gastaron \$54 por madre en medicamentos y visitas médicas en comparación con los \$301 gastados por el grupo de madres que no recibieron dicha intervención (18).

De acuerdo a lo anterior, parece prudente que las iniciativas de promoción de la salud, deben actuar tempranamente para afectar el comportamiento deseado. Esta realidad, plantea la enorme tarea de focalizar la atención de los adolescentes, dado que esta situación trae como consecuencia efectos posteriores en su escogencia para el amamantamiento (2).

En los Estados Unidos, por ejemplo, Leffler D. en su estudio "US high school age girls may be receptive to breastfeeding promotion" del 2000, demostró entre otros resultados, que las decisiones sobre la alimentación de los hijos se toman mucho antes del embarazo, que las actitudes hacia la lactancia natural varían a través de la adolescencia y que pueden ser fácilmente influenciados por conceptos erróneos, de ahí la importancia de alcanzar a las adolescentes antes de que estos falsos conceptos sean internalizados (2).

En otro estudio enfocado en madres adolescentes África-americanas y latinas de Hannon PR. et al, "African-American and latina adolescent mothers' infant feeding decisions and breastfeeding practices: a qualitative study", demostró, por otro lado, que a pesar de que las adolescentes tienen cierto grado de conocimiento sobre la importancia de la lactancia natural, el número de madres de este grupo que amamantan a sus hijos es menor cuando se compara con las madres adultas (3).

Finalmente, no se encontraron estudios que aborden al hombre adolescente en relación con el tema de la lactancia natural.

### **En el ámbito nacional**

Costa Rica sigue esta tendencia de disminución con unos años de desfase. La disminución en la prevalencia de la lactancia natural se inicia en 1975; para este año un 85.3% de niños eran amamantados al nacer, mientras que para 1978 se encontró que ese porcentaje había descendido a 77.4%. Existían condiciones adversas que obstaculizaban la promoción de la lactancia en los servicios de salud: la atención del parto hospitalario separaba a la madre de su hijo, utilización de fórmulas para alimentar al recién nacido, propaganda de sucedáneos de la leche humana en los salones de maternidad y neonatología (19).

Por otro lado, no existían para ese entonces mecanismos apropiados de regulación y control del comercio de sucedáneos de la leche materna; por lo que se realizaron importantes modificaciones en las políticas y estrategias de atención del parto y el recién nacido, implementadas a

finales de los años 70 para promover el resurgimiento de la lactancia natural (19).

En este sentido, es interesante señalar que el resurgimiento de la lactancia natural que ha ocurrido en las últimas décadas no se ha presentado, en el caso de Costa Rica, en los grupos sociales que tradicionalmente han mostrado altas tasas de iniciación y duración del amamantamiento, sino por el contrario, en las poblaciones con mayor nivel educativo y económico (19).

Por otro lado, en la década de 1970, Costa Rica inicia y consolida una política de carácter integral en salud. Como parte de esta "nueva" política nacional y debido a la reducción en la prevalencia de la lactancia natural que se venía observando, se inician una serie de actividades educativas, impartidas por la Caja Costarricense del Seguro Social, el Ministerio de Salud y la Asociación Demográfica Costarricense, dirigidas a la población, con el propósito de promover la práctica de la lactancia natural. Sin embargo, los resultados fueron limitados.

En 1977 se inician en el Hospital San Juan de Dios algunas prácticas innovadoras en la atención del parto que buscan impedir la separación de la madre de su hijo al momento del parto (19).

En Costa Rica también se han efectuado algunas investigaciones sobre la lactancia natural. Entre ellas podemos citar el estudio "Bases filosóficas, desarrollo y estado actual de la investigación aplicada en nutrición" realizada por el Dr. Mata en 1982. El mismo, de carácter epidemiológico, analizó un grupo de madres embarazadas y los hijos

nacidos en el transcurso de su aplicación. La investigación se llevó a cabo en Puriscal y la presentación del trabajo se llevó a cabo a través de diferentes publicaciones en forma de artículos, en la Revista Médica del Hospital Nacional de Niños. Entre los artículos que forman parte de esta investigación, podemos citar los siguientes: 1. "Crecimiento fetal y su influencia sobre el crecimiento físico postnatal" que demostró que los varones tienen, en general, mejor peso que las niñas desde su nacimiento y lo conservan durante la lactancia; 2. "Velocidad de crecimiento del niño con diversos tipos de alimentación"; 3. "Efecto de intervenciones hospitalarias sobre lactancia natural y la salud en el período neonatal". En este estudio, los investigadores observan una menor frecuencia de diarreas, meningitis e infección de vías respiratorias inferiores, esta disminución en enfermedades se asoció con la capacidad inmunológica del calostro de la madre; también se documentó un índice de abandono menor, que fue interpretado como resultado de la vinculación y el apego madre-hijo; 4. "Estado nutricional y supervivencia del niño lactante" (10).

Benavides CY. et al, en 1988 en su tesis "Creencias acerca de la lactancia natural en madres de lactantes del valle central", realizaron un pequeño análisis de los costos que debía asumir el país produciendo y comprando, por ejemplo, leche de vaca y azúcar para alimentar a los niños que no recibieron leche materna en sus primeros seis meses de vida, así como el costo comparativo que asumía una madre en lactancia artificial y complementación alimentaria. En ambos casos se demostró las grandes diferencias en costos, entre el grupo de madres que no dieron a sus hijos leche materna y el grupo de madres que si lo hizo (17).

En 1983 se establecieron las acciones que desarrollarían el Proyecto Sub-regional de Promoción y Lactancia Materna, el cual dirigía sus actividades a Centroamérica y Panamá; como resultado, nacen las Comisiones de Lactancia Materna de cada país del área, de carácter intersectorial, con el propósito de desarrollar estrategias y coordinar actividades de promoción a la lactancia natural.

Paralelo a estos procesos y como parte de un plan firmado conjuntamente por UNICEF y OPS en setiembre de 1983, nace el Plan de Prioridades de Salud para Centroamérica y Panamá (PPSCAP), a partir del cual se crea el Programa de Supervivencia Infantil que inicia sus acciones en el año de 1986 con el propósito (entre otros) de promover la lactancia natural. Se enmarca ésta entonces, dentro de un concepto integral, por lo cual deja de manejarse como un componente aislado de la atención materno-infantil. Se concreta, además, el Código de Comercialización de Sucedáneos de la Lecha Materna en la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1981.

La Comisión Nacional de Lactancia Materna de Costa Rica se creó a partir de esta iniciativa y su función ha sido, desde entonces, la coordinación y el desarrollo de estrategias y acciones de fomento a la lactancia natural.

En los años ochentas, las estrategias de fomento de la lactancia natural que se realizaron en el país se relacionaron con prácticas asistenciales, educación formal, educación en salud, legislación e investigación. Asimismo, se aprobaron varias leyes que procuran el bienestar de la madre y el niño: se establece que el período de permiso



por maternidad de la madre trabajadora, es de 120 días y que la madre puede disfrutar de una hora diaria para lactar al niño.

En los años noventas, y dado el contexto en que se desenvolvían los servicios de maternidad del país, fue posible identificar un marco propicio para que todas las maternidades, públicas o privadas, se involucraran en la adopción de la estrategia propuesta, hasta convertirse en Hospitales Amigos del Niño (a) y la madre, reconociendo que los establecimientos de salud influyen de manera importante en los conocimientos, actitudes y prácticas de las madres hacia el amamantamiento, tanto en su inicio como en la exclusividad y duración.

En 1992, se presenta el Proyecto de "Ley de Fomento a la Lactancia Materna" con el objetivo de fomentar la nutrición segura y suficiente para los lactantes. El proyecto es aprobado inicialmente por la Comisión de Asuntos Sociales, pero debido una repentina intervención de la Cámara de Industrias, el proyecto se retira del seno legislativo. Con el cambio de gobierno, se reanuda la discusión y finalmente, en 1994 se aprueba la Ley 7430 de Fomento a la Lactancia Materna en Costa Rica, y con ello se pone en marcha la implementación de la estrategia de Hospital Amigo del Niño (a) y la madre.

Cabe señalar también que la Ley de Fomento a la Lactancia Materna en Costa Rica No. 7430 aprobada el 24 de agosto de 1994 y publicada en 21 de octubre de 1994 indica que los profesionales de salud, como proveedores o agentes de salud, tienen el deber de promocionar la lactancia natural (47).

A partir de criterios globales y por medio del cumplimiento de 10 pasos, se propuso el desarrollo de actividades que conducirían (entre otros), al fomento de la lactancia natural. En 1992 se inició la etapa de diagnóstico de base para la creación de un plan de trabajo a los establecimientos que permitiera mejorar la calidad de la atención. A raíz de lo anterior se inició la creación de los Comités Locales de Lactancia Materna y de las Clínicas de Lactancia Materna en los Hospitales, dado que es un requisito indispensable para lograr la acreditación deseada.

Actualmente sólo hay siete hospitales y un área de salud (Palmares) que cuentan con esta acreditación internacional de UNICEF Y OMS. El resto, que también se han comprometido en la iniciativa, han tenido avances diferentes.

En 1990, el 93.9% de los niños recibieron lactancia natural al nacer, sin embargo, a los tres meses un 47.9% continuaban con lactancia y a los seis meses sólo un 21.7% lo hacían. Este incremento se ha dado tanto en la zona urbana como en la rural, pero la brecha que se observaba entre ambas regiones se ha ido reduciendo, con una inclinación de la ganancia porcentual mayor en la zona urbana. Con esto se evidencia una marcada tendencia al destete temprano con una prevalencia aproximada de 64.3% a los tres meses de edad y un 78.3% a los seis meses (Encuesta Nacional Reproductiva, 1993) (20).

Es preciso que toda la población adolescente, las madres y el equipo de salud, puedan beneficiarse de actividades educativas y de formación hacia una óptima orientación sobre la lactancia natural y el proceso de amamantamiento. Es necesario que estas sean accesibles, continuas y

confiables, que permitan resolver los verdaderos problemas que tenga la población.

Las y los adolescentes tienen poco conocimiento sobre la frecuencia y duración de la lactancia, el momento de suplementar, cómo hacerlo y la edad del destete, así como la solución de problemas comunes (Comisión Nacional de Lactancia Materna, 1992). También se encontró deficiencias en las madres y el personal de salud. La casi ausencia de actualización en este tema, aunado a la poca relevancia que se le da a estos tópicos durante la formación del personal de salud y particularmente en las carreras de enfermería y medicina es un factor que probablemente esté determinando las actuales prácticas sobre suspensión temprana de lactancia.

Los estudios sobre conocimientos y actitudes que se han realizado en esta materia en Costa Rica, son de tipo transversal y se ha efectuado mediante la aplicación de formularios con preguntas de alternativa múltiple y de llenado de frases (16, 21,22,24).

Arroyo y Salmerón manifiestan que las actitudes se pueden medir a través de escalas; una de las utilizadas es la de Likert, la cual evalúa la intensidad de la actitud, a través de una serie de respuestas dadas ante una oración claramente favorable o desfavorable (23).

En 1987 la Comisión Nacional de Lactancia Materna realizó dos estudios sobre conocimientos, actitudes y prácticas en lactancia natural en Costa Rica; uno de ellos en 63 gineco-obstetras y el otro en 69 pediatras (21,25).

En las y los gineco-obstetras se analizó la relación existente entre sus conocimientos sobre lactancia natural con la presencia y duración del amamantamiento en sus hijos, los años de trabajar como especialistas y con las prácticas en planificación familiar que recomiendan a las usuarias. Otros aspectos considerados fueron: la preparación para la lactancia durante el período prenatal, contraindicaciones de la lactancia, prácticas adecuadas para el fomento de la lactancia durante el parto y el post-parto, así como el uso de material técnico de actualización sobre la lactancia (21).

Las y los pediatras fueron evaluados en los mismos aspectos, más el tema de la alimentación infantil (25). Los resultados de estos estudios mostraron que tanto los pediatras como los gineco-obstetras tienen conocimientos y prácticas deficientes. En el caso de los gineco-obstetras solo un 46% brindan las indicaciones que requiere la madre durante el período prenatal para establecer una lactancia exitosa. También las prácticas relacionadas con las contraindicaciones de la lactancia en caso de enfermedad de la madre así como las prácticas en el período post-parto inmediato fueron muy bajas. En los pediatras las deficiencias se muestran en cuanto a los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la alimentación infantil que se deterioran aún más conforme aumentan los años de experiencia laboral (24,25).

Jiménez y Sánchez, 1985; Murillo y Brenes, 1985 y Morice, 1990; han efectuado diversos estudios sobre creencias, actitudes y prácticas sobre lactancia natural en diversas comunidades rurales costarricenses. Entre los aspectos encuestados están las propiedades, las ventajas y la

duración de la lactancia. En esos estudios se encontró que los conocimientos de las madres son los adecuados, sin embargo no concuerdan con sus prácticas. La causa de esta situación parece ser la falta de una combinación exacta de información, apoyo y cooperación necesaria para que la madre tenga éxito en la lactancia (16,22,26).

No existen hasta el momento estudios sobre conocimientos y actitudes sobre la lactancia natural en adolescentes.

### **En el ámbito local**

Finca San Juan está ubicada en Rincón Grande de Pavas, alberga población urbana marginal y es un sector representativo de la pobreza del total de comunidades que conforman Rincón Grande.

Tiene su origen en 1991, fecha en que el gobierno de turno decide enfrentar temporalmente parte del problema de vivienda, ubicando a 836 familias en la Finca San Juan. “El 23 de Junio de ese año, los precaristas comienzan a ingresar por medio de comités... cada comité está representado por un dirigente. Y para finales de 1992 había en la Finca San Juan más de 1300 familias” (27). Por presión de los precaristas y dirigentes, el gobierno se ve en la necesidad de comprar en forma definitiva la finca e iniciar la distribución y asignación de lotes a cada familia.

Estas acciones gubernamentales son cuestionadas por el personal de salud de la Clínica de Pavas, ya que los terrenos fueron declarados no

aptos para construir edificaciones. Presentan un tipo de terreno arcilloso, que dificulta el buen funcionamiento del sistema de letrización, las aguas negras y servidas se evacuan inadecuadamente y contaminan el ambiente.

Además, la finca no presenta condiciones apropiadas para convivencia humana, debido a que las zonas verdes y áreas recreativas poco a poco fueron cediendo el espacio para la construcción de vivienda. Estas construcciones vienen a solventar las necesidades de nuevas familias (alto movimiento migratorio) que se asientan en Finca San Juan, en búsqueda de un techo, que los proteja de la lluvia, el frío y les de estabilidad laboral en la zona, entre otros. No obstante, esta situación conlleva al hacinamiento, alta densidad poblacional y a una oferta de trabajo alta que es inversamente proporcional a la demanda.

En la actualidad existe un promedio de 6 miembros por familia, para un total aproximado de 1500 familias. El ingreso mensual familiar promedio es de 25,000.00 colones (\$60.0). Una cuarta parte de la población está conformada por mujeres en edad reproductiva e igual representación la tienen las mujeres que son jefes de familia. El 34% de esta comunidad son niños entre 0 y 9 años de edad. Los(as) adolescentes representan el 16.6% de los habitantes de Finca San Juan. La población adulta constituye el 42.03% de la totalidad y las personas de tercera edad son el 7.37% de la misma (27).

En el diagnóstico de salud, y según datos proporcionados por el Sistema de Información y Evaluación Gerencial de la Clínica de Pavas, muestra que el número de consultas médicas según sexo y grupo etáreo efectuadas en la Clínica de Pavas, Coopesalud R.L., durante 2001-2002

fueron: para los de 10 a 14 años de 635, de ellas 252 consultas para hombres y 383 para mujeres; para el grupo de 15 a 19 años se brindaron 808 consultas, 137 para hombres y 671 para mujeres. Con respecto a las cinco principales causas de morbilidad según sexo y edad, de la Clínica de Pavas durante el mismo período fueron para el grupo de 10 a 19 años las siguientes: embarazo normal (n=219), rinofaringitis aguda o resfrío común ( 60 hombres y 65 mujeres), atención anticonceptiva (2 hombres y 73 mujeres), amigdalitis aguda (37 hombres y 35 mujeres) y por último, observación y evaluación de sospecha de afecciones (16 hombres y 77 mujeres).

La comunidad del distrito de Pavas, particularmente la de Rincón Grande, cuenta con el apoyo de diversas instituciones del sector social, tales como , el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS), el Instituto Nacional de Aprendizaje (INA), Ministerio de Educación Pública (MEP), el Ministerio de Vivienda, Asociación de Desarrollo Comunal, Clínica de Pavas (COOPESALUD), Organizaciones no gubernamentales (como ejemplo, el Colectivo Pancha Carrasco, ASEPESA, PANIAMOR), el Patronato Nacional de la Infancia (PANI), el Ministerio de Salud (MS), Proyecto de Autogestión Comunitaria (PROFAC), el Consejo Interinstitucional que reúne los esfuerzos de las diferentes instituciones antes citadas, Damas Voluntarias.

En el campo de la atención de la salud, la cobertura está a cargo fundamentalmente por la Clínica de Pavas, institución que inició sus labores en esta zona a finales de 1988, bajo un modelo de gestión cooperativo. La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) arrienda la administración de la Clínica, lo cual no quiere decir que por ningún concepto el servicio en la atención de la salud se cobre.

La Clínica está organizada de la siguiente manera: una sede central de la Clínica de Pavas y diez Consultorios Comunales. Como parte de los servicios que presta la primera están los servicios de apoyo y especialidades médicas, Emergencia, Consulta Externa, Farmacia, Rayos X, Microbiología (Laboratorio), Odontología, Promoción Social, Enfermería, Atención Primaria. Los Consultorios Comunales cuentan con un equipo de trabajadores de salud multidisciplinario (Equipos Básicos de Atención Primaria, EBAIS). En el caso de Rincón Grande de Pavas, el EBAIS se encuentra ubicado en la comunidad de Metrópoli (27).

No se encontró una estructura dirigida hacia la atención y promoción de la lactancia natural, es decir, no está conformada como tal una clínica de Lactancia.

La Zona de Los Santos está ubicada en la parte Suroeste de la provincia de Cartago, alberga población rural y periurbana marginal. Tarrazú es el cantón N°5 de la provincia de San José, colinda al norte con el cantón de León Cortés, al sur con los cantones de Dota y Aguirre; al este con Dota y León Cortés y al Oeste con Dota y Aguirre(28).

En el cantón de Tarrazú al igual que León Cortés y Dota la producción fundamental es el cultivo del café; y debido a las recolecciones de café, se dan corrientes migratorias de Pérez Zeledón, Coto Brus, Panamá, Nicaragua y la Meseta Central.

Las localidades de Rodeo Arriba y Rodeo Abajo y Sagrada Familia ubicadas en el cantón de Tarrazú (San Marcos), no presentan condiciones óptimas para vivir por sus características marginales, existe hacinamiento



y poca oferta de trabajo, por lo que los lugareños tienen que viajar al Valle Central en busca de trabajo o comercializar algunos productos propios de la Zona de Los Santos. Cabe destacar que en esta Zona, alrededor del 20% de los hombres se va al extranjero (la mayoría a los Estados Unidos) a trabajar, por largos períodos.

En la actualidad existe un promedio de 4 miembros por familia, para un estimado de alrededor de 1000 familias. El ingreso mensual familiar promedio es de 35,000.00 colones (\$85.0). Una tercera parte de la población está conformada por mujeres en edad reproductiva y el 10% está representado por mujeres jefes de familia. El 44% de esta comunidad son niños entre 0 y 9 años de edad. Los(as) adolescentes representan el 25% de los habitantes. La población adulta constituye el 25.0% de la totalidad y el resto está representado por personas mayores de 65 años (28).

En el diagnóstico de salud de los EBAIS correspondientes a las localidades Rodeo (Rodeo Arriba y Rodeo Abajo) y Sagrada Familia, el número de consultas médicas según sexo y grupo etáreo efectuadas durante 2001-2002 fueron las siguientes: de 10 a 14 años se brindaron 400consultas, 190 para hombres y 210 para mujeres; para el grupo de 15 a 19 años se dieron 510 consultas, 60 para hombres y 450 para mujeres. Las cinco principales causas de morbilidad según sexo y edad, de la Clínica de Pavas durante 2001-2002 fueron para el grupo de 10 a 19 años las siguientes: embarazo normal (n=99), rinofaringitis aguda o resfrío común (40 hombres y 51 mujeres), atención anticonceptiva (1 hombre y 43 mujeres) y amigdalitis aguda (26 hombres y 29 mujeres).

La Zona de Los Santos, cuenta con el apoyo de diversas instituciones, tales como , el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS), el Instituto Nacional de Aprendizaje (INA), Ministerio de Educación Pública (MEP), Comités de Nutrición, Asociación de Desarrollo Comunal, el Patronato Nacional de la Infancia (PANI), la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y el Ministerio de Salud (MS) (28).

Al igual que en Pavas, en estas localidades tampoco existe una atención dirigida a la educación y promoción de la lactancia natural. Sin embargo, el personal de nutrición del Ministerio de Salud ha realizado aisladamente algunas actividades educativas a la población gestante únicamente.

## JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Es importante estudiar la población adolescente debido a que en Costa Rica el 20% de los niños que nacen son de madres adolescentes, además este grupo etáreo es el que posee menos información sobre el tema de la lactancia natural (53).

Por haberse considerado el embarazo adolescente como de alto riesgo, las mujeres han recibido de parte de los sistemas de salud una atención asistencial especial, pero este proceso asistencial no llega hasta la lactancia natural debido a diversos factores tales como: la falta de capacitación de los profesionales de la salud en este tema, la ausencia de sistemas de apoyo para la mujer lactante, entre otros, como se verá más adelante. Los varones, en cambio, no son tomados en consideración, así como la población adolescente no gestante (29, 30).

La población adolescente que no ha enfrentado el estado de gravidez, es la más trascendental para la promoción de la lactancia (2), además, se encuentra totalmente excluida de las poblaciones metas de cualquier programa de promoción y educación sobre lactancia natural.

En este sentido y de manera general, los estudios revisados coinciden en que la población adolescente y el proceso de la lactancia natural son fenómenos complejos que requieren de una atención pronta e integral (31).

Dentro de este contexto y como se ha mencionado en diversos estudios, la población adolescente es un importante grupo blanco para la

promoción del amamantamiento, ya que muchos consideran la escogencia de la alimentación del bebe antes de planear el embarazo y la mayoría de ellos aún no han tomado su decisión al respecto (2).

El limitado éxito de muchos de los esfuerzos de promoción sugiere, entonces, que se necesitan reexaminar y direccionar las estrategias actuales. Las iniciativas de promoción de la salud, deben actuar tempranamente para afectar el comportamiento deseado (2), lo que plantea que focalizar la atención a los adolescentes puede tener efectos posteriores en su subsecuente escogencia para el amamantamiento no solo para la adolescente, futura madre, sino para el adolescente varón, futuro padre y apoyo de su compañera.

Desafortunadamente, la información concerniente a las creencias y conocimientos de los y las adolescentes acerca del amamantamiento es pobre en comparación con los datos que se tienen sobre las creencias y conocimientos de este grupo etéreo con respecto a temas como la sexualidad y la maternidad, situación que posiblemente se deba a la percepción de que la escogencia de la alimentación es un tema aparte y, además, no se desea una abierta discusión del mismo con los y las adolescentes.

Cursson y Yeo, puntualizan que las actitudes hacia el amamantamiento son construidas durante la adolescencia; sin embargo, los y las adolescentes son pobremente informados acerca de los beneficios de la práctica de la lactancia natural, a pesar de que ellos muestran interés en adquirir nueva información (32,46).

Estos autores también puntualizan que las percepciones negativas y positivas para el amamantamiento en los y las adolescentes, se correlacionan con los porcentajes locales de iniciación de amamantamiento. Por lo anterior, un importante método de aumentar estos porcentajes, debe ser educar a la población blanco antes que ellos internalicen las creencias negativas o erróneas acerca de la alimentación del bebé (32).

La lactancia durante la adolescencia requiere entonces de un enfoque novedoso, con una oferta centrada en las especificidades propias de la condición de ser adolescente.

No existen hasta el momento estudios en Costa Rica que hayan determinado los conocimientos y las actitudes de los y las adolescentes hacia la lactancia natural, por lo tanto, no se cuenta con insumos reales para realizar la promoción adecuada de esta práctica.

Interesa conocer los conocimientos y las actitudes sobre lactancia natural de la población adolescente de dos áreas, urbana y rural, de las provincias de San José y Cartago en Costa Rica. Existen muy pocas investigaciones internacionales realizadas con población adolescente y se han avocado a encuestar madres adolescentes (embarazadas o con hijos) (3,29,31) o a mujeres adolescentes estudiantes de colegios (2). Sin embargo, en la investigación bibliográfica realizada no se encontró ninguna investigación llevada a cabo en Costa Rica que incluyera a adolescentes no padres y no madres (hombres y mujeres) como sujetos de estudio y con relación a este tema en particular. Así, esta investigación surge como el primer trabajo de este tipo en el campo de la lactancia natural que sentará

las bases para que en un futuro se puedan realizar otras investigaciones con la población adolescente.

Esta investigación se llevará a cabo en dos zonas, una urbana (Rincón Grande de Pavas) y la otra rural (Los Santos), porque presentan condiciones apropiadas para la investigación: mayor concentración de población adolescente, y en otros estudios, el personal de salud que atiende esas zonas ha sido muy cooperador.

Por lo que, con el fin de llenar el vacío de planeación estratégica sobre este tema y para redireccionar las estrategias de fomento de la lactancia natural a nivel nacional y local así como agentes de salud, obligados y altamente motivados a hacerlo, se presentará este proyecto de investigación a la Comisión Nacional de Lactancia Materna para que sirva de insumo basado en la realidad nacional para el diseño de estrategias educativas y de promoción de Lactancia Natural.

Además, los resultados de esta investigación pueden servir de insumos para otros programas o proyectos de otras regiones programáticas de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS). La medición del impacto global y los alcances de este proyecto, sin embargo, están fuera de los objetivos del mismo y puede más bien ser tema de futuras investigaciones.

## DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

La importancia de la lactancia natural en la promoción integral del ser humano ha sido ampliamente demostrada a través de observaciones clínicas y estudios de laboratorio y de campo. Se ha logrado confirmar el valor incomparable de la leche humana por sus propiedades excepcionales:

- valor nutricional único,
- propiedades anti-infecciosas exclusivas,
- función promotora del vínculo madre-hijo(a) y,
- bajo costo en comparación con cualquier otro tipo de alimentación

Durante el segundo cuatrimestre del año en curso, se investigará:

- a). qué información tiene la población adolescente de Rincón Grande de Pavas y de la Zona de Los Santos respecto a la lactancia natural; y cuáles son las fuentes de donde obtienen la información

Por otro lado, los "Compromisos de Gestión" (Instrumento con carácter legal y financiero) que la CCSS firma cada año con cada una de las unidades proveedoras ( EBAIS, Clínicas, Hospitales), se establece como tema de educación la lactancia natural, para los programas de Atención Prenatal y Crecimiento y Desarrollo (menores de un año). Por esta razón las acciones estratégicas de los establecimientos para la promoción de la lactancia natural deberían de considerar los conocimientos y las actitudes de la población adolescente hacia la lactancia natural.

b). los conocimientos y actitudes de esa población adolescente hacia la lactancia natural para inferir sus actitudes y su relación a esta práctica.

c). si existe relación –y de ser así-, cómo se manifiesta- entre las actitudes de esa población adolescente y su género, nivel académico, procedencia (urbana o rural) y nivel socioeconómico.

A través de esta investigación se intenta explorar las actitudes hacia la lactancia natural, de la población adolescente, según género, nivel académico, procedencia (urbana o rural) y condición socioeconómica. El criterio de decisión para el uso de estas cuatro variables independientes se basa en las siguientes razones:

-género: es importante conocer como la identidad de género de cada adolescente influye en las actitudes y en los conocimientos que tienen con respecto a la lactancia natural según los roles, normas y valores que se espera asuman ya sea como mujeres o como hombres en la sociedad.

-escolaridad: porque se parte del supuesto que a mayor escolaridad mejor comprensión de la información y más amplios conocimientos tendrán los y las adolescentes. La escolaridad influye en el nivel de pensamiento abstracto, en el desarrollo de las expresiones oral y escrita, que facilitan el aprendizaje y el nivel de conocimiento de los adolescentes.

-procedencia: se desea asegurar una muestra poblacional en la que estén comprendidas grupos de zonas geográficas diferenciadas, urbana (Rincón Grande de Pavas) y rural (la Zona de Los Santos), para que la



muestra de estudio sea más representativa. Además, la zona de procedencia ha demostrado tener influencia en las prácticas de la población, para el inicio de la lactancia natural, ablactación y el destete temprano.

-situación socioeconómica: se considerará esta variable porque la condición de pobreza limita el desarrollo de las potencialidades físicas, intelectuales y creativas, lo cual modula sus conocimientos y actitudes hacia la salud en general.

El propósito del presente estudio es obtener información útil que pueda retroalimentar la planificación de las acciones estratégicas de los servicios de salud, para promover la lactancia natural en la población adolescente.

La disponibilidad de información oportuna y confiable es un aspecto fundamental para el desarrollo de estrategias efectivas y acciones de fomento de la lactancia natural. El análisis de esta información facilitará la identificación de características específicas y singulares que apoyen la implementación de políticas y planes de acción acordes con los conocimientos, las actitudes, las necesidades e intereses de la población adolescente.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cómo influye la condición de género, la escolaridad, el lugar de procedencia y la situación socioeconómica en los conocimientos y actitudes de los y las adolescentes de Rincón Grande de Pavas y de la zona de los Santos hacia la lactancia natural, investigando esto durante los meses de mayo a agosto del 2003?

## **OBJETIVO GENERAL**

Determinar los conocimientos y las actitudes de los y las adolescentes hacia la lactancia natural en Rincón Grande de Pavas y en la zona de los Santos para direccionar estrategias de promoción de la lactancia natural, basadas en las necesidades e intereses reales de esta población, la condición de género, la escolaridad, el lugar de procedencia y la condición socioeconómica.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Determinar los conocimientos que tienen los y las adolescentes sobre la lactancia natural, según la condición de género, la escolaridad, el lugar de procedencia y la condición socioeconómica.
- Describir las actitudes de los y las adolescentes hacia la lactancia natural, según la condición de género, la escolaridad, el lugar de procedencia y la condición socioeconómica.
- Identificar los factores que favorecen o desfavorecen la práctica de la lactancia natural en los y las adolescentes.
- Identificar las estrategias de promoción desarrolladas actualmente en las áreas de estudio.

## MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL

### La Adolescencia e Identidad de Género

El interés por comprender los fenómenos acaecidos durante el período de la adolescencia, ha permitido el desarrollo de un marco conceptual que integra distintos aspectos de la dimensión humana, tales como aquellos que se originan en procesos culturales, sociales, psicológicos y biológicos.

Como en otras culturas, la occidental ha construido socialmente, las maneras de definir la adolescencia y de enmarcarla en un período cronológico que oscila entre los 10 y 19 años de edad. En esta construcción, los adultos juegan un papel importante y dominante, convirtiéndose en sus opuestos. Además, la autoridad y el poder de las y los adultos, generalmente, se justifican por el conocimiento y la experiencia que el tener más edad les otorga. Desde esta posición de mayor poder, tratan de guiar y enseñar a las personas jóvenes, imponiendo, en muchas de las ocasiones, su saber y demandando respeto a lo que se establece como apropiado y necesario. Esta situación (adultocentrismo) ha provocado relaciones de poder y desigualdad entre las personas adultas y las personas jóvenes, fundamentadas en las diferencias de edad.

Por otro lado, la definición de occidente señala que existe un desfase entre la maduración sexual y la madurez social, en términos de una falta de definición, en relación con la construcción de su identidad, a su posición frente a la vida, la religión, la política, así como también, por buscar la

independencia frente a la familia, la individuación, la consolidación de su rol sexual, la sexualidad y la vocación (Cuadro No.1).

Por lo anterior, la adolescencia es uno de los periodos del desarrollo humano que plantea más retos, es el periodo de la vida donde aparecen las características sexuales secundarias y se alcanza la capacidad de reproducción sexual. En esta etapa no se ha alcanzado una madurez en el desarrollo emocional e intelectual.

El desarrollo cognitivo y emocional se divide en la adolescencia temprana, media y tardía. El determinar la etapa del adolescente es de mucha utilidad para brindar asesoramiento nutricional y para diseñar los programas educacionales.

En la adolescencia temprana, el y la adolescente:

- Se preocupa por su cuerpo y su imagen corporal
- Confía en y respeta a los adultos
- Se muestra ansioso respecto a las relaciones con sus compañeros y compañeras

Un joven en la adolescencia media:

- Es influenciado en alto grado por su grupo de compañeros(as)
- Desconfía de los adultos
- Le da gran importancia a la independencia
- Experimenta un desarrollo cognitivo importante
- Escucha más a sus compañeros que a sus padres u otros adultos

El joven en la adolescencia tardía:

- Ha establecido una imagen corporal
- Se orienta hacia el futuro y hace planes
- Cada vez es más independiente
- Es más constante en sus valores y creencias
- Está desarrollando relaciones de intimidad y permanentes.

Por otro lado, la identidad como proceso que es y que inicia aun antes del nacimiento y se extiende a través de toda la vida, tiene en este período de la adolescencia un valor crucial. La adolescencia es un período caracterizado, entre otras cosas, por una permanente búsqueda de identidad (la imagen que las personas logran construir de sí mismas, la forma como se autoperciben, su autoimagen, y la forma en que interactúan en la sociedad a partir de esta percepción) y la definición de rasgos definitorios de gran peso.

La conformación de la identidad está muy ligada al género de las personas. Las mujeres y los hombres tienen diferencias de acuerdo al sexo, es decir, diferencias de carácter biológico. Esta diferencia anatómico-fisiológica va a dar sentido a la forma en que nos comportamos y a los valores que vamos a tener mujeres y hombres en la sociedad. El género se refiere al aprendizaje que vamos adquiriendo mujeres y hombres de acuerdo con la cultura y la sociedad en que vivimos, asumiendo roles o patrones de comportamiento de acuerdo al sexo que tenemos. Las distintas sociedades le han atribuido significados diferentes a cada género, estableciendo una serie de características para cada uno, lo que se ha denominado identidad de género.

La identidad de género cobra sentido en la medida en que hombres y mujeres interiorizamos atributos, formas de ser y actuar acordes a lo socialmente definido como femenino y masculino. Su construcción comienza desde el nacimiento con los colores rosado y celeste que se utilizan para diferenciar a los bebés, los juguetes y los juegos. Lo femenino y lo masculino se socializa en la familia, en la educación, la religión, la medicina y en todas las instituciones de la sociedad. En la adolescencia este proceso continúa. Las mujeres se socializan para ser graciosas, amables, simpáticas, comprensivas, complacientes, sumisas, deben escuchar, ayudar y servir a las y los otros. Mientras que los hombres se les prepara para ser fuertes, agresivos, menos afectivos y sensibles, prácticos, serios, distantes, tener el control y el poder (72).

Ya a la edad de seis o siete años, los niños tienen una idea clara acerca de su género, sobre la base de lo observado en el mundo que les rodea y, tanto las niñas como los niños, se esfuerzan por ajustarse a los roles masculinos y femeninos. Ambos prefieren los grupos de juego diferenciados y clasificados, ya sea para niñas o para niños. Durante la adolescencia disminuye la relativa flexibilidad en la representación de los roles masculinos y femeninos.

La adolescencia es un período de transición importante para ambos sexos, y como tales etapas difíciles para las y los adolescentes. Los muchachos sienten que deben reafirmar constantemente su masculinidad en función de su actividad sexual. El tener varias novias y experiencias sexuales, es parte de las exigencias de su condición masculina. Para las muchachas, las demandas se centran en su cuerpo, en una cultura que al mismo tiempo que erotiza constantemente su cuerpo, les niega la

posibilidad de experimentar placer y les obliga a controlar sus impulsos sexuales.

Además la asignación tradicional de roles por género impone a las muchachas responsabilidades en el hogar como la limpieza, preparación de alimentos, cuidado y atención de hermanos y hermanas pequeñas, situación que no enfrentan los hombres; además se les restringen los horarios de salida, los novios, el tipo de actividades recreativas que pueden realizar. Los muchachos tienen menos presiones para movilizarse, establecer relaciones de amistad y tomar sus propias decisiones, las actividades recreativas y las responsabilidades en el hogar son otras, entre estas, que aporten dinero a la economía del hogar (72).

Por otro lado y debido a las características especiales de este grupo poblacional, la fecundidad en la adolescencia no es un fenómeno homogéneo. Se da con mayor o menor intensidad en diversos grupos poblacionales. Esto se refleja en las diferencias encontradas por nivel educacional, nivel socioeconómico y residencia rural o urbana en mujeres entre 15 y 19 años. En Costa Rica, los bajos niveles educativo y socioeconómico, aunado a residir en zona rural, son los más fuertes predictores de una elevada fecundidad de las mujeres adolescentes. La prevalencia de embarazo adolescente a nivel nacional es de 20% (34).

La comprensión de la adolescencia resulta insuficiente, cuando se abordan únicamente los aspectos de tipo anatomofisiológicos y genéticos, como señala Salazar, "El concepto de la adolescencia no nació de la humanidad, y evidentemente no nace de nosotros inscritos en el genoma: es el producto de la reflexión humana sobre la humanidad..." (33).



Desde esta perspectiva, se considera que la adolescencia “es ante todo un fenómeno biológico, pero que se halla siempre definida en términos culturales. La maduración sexual es parte del fenómeno biológico, y como tal, está genéticamente determinada, pero culturas diferentes la modulan y pautan de modo diferente” (33).

### Cuadro No 1.

#### Instancias del proceso de adquisición de la identidad sexual

- 
- Toma de conciencia de ser un ser sexuado y sexual
  - Construcción de una imagen corporal relativamente libre de distorsión
- 
- Ausencia de conflicto o confusión acerca de la orientación sexual
  - Posibilidad de incorporar lo afectivo como elemento enriquecedor del vínculo erótico
  - Progresiva satisfacción en la vida sexual, libre de disfunciones o de compulsión, incluyendo opciones como el celibato
  - Responsabilidad hacia así mismo, la pareja y la sociedad en el ejercicio de la sexualidad
- 
- Reconocer el valor de la sexualidad en la vida de los seres humanos, superando sentimientos de culpa, vergüenza o dificultades surgidas en la infancia
  - Corte gradual de los lazos libidinales con los padres
  - Reconocimiento de lo que resulta eróticamente placentero o desagradable
- 

Fuente: Tomado de: Ceruti Basso, Stella. Sexualidad y adolescencia: la sexualidad en el contexto de la salud integral de los adolescentes. En: Maddaleno, Matilde. La salud del adolescente y del joven. Ed. Matilde, Maddaleno, et al. Washington, D.C.: OPS, 1995, Publicación Científica 552, p.317.

## La Lactancia Natural

### **Bases psicológicas**

La importancia de la lactancia natural para el desarrollo psicológico del niño y los adolescente, es considerada en las distintas corrientes psicológicas las que, a pesar de sus diferencias teóricas, coinciden en que el período de amamantamiento es fundamental para su desarrollo integral. (17).

### *Amamantamiento y vinculación*

La relación madre-hijo por su misma naturaleza de interacción proporciona un vínculo que puede ser definido como una relación única entre dos personas, que es específica y que perdura con el paso del tiempo.

El vínculo, según Marshall H.K. Klaus y John Kennell (36), es muy fuerte en el ser humano. Estos autores afirman que esta relación tiene dos características únicas: primero, antes del nacimiento del niño, este se gesta dentro del cuerpo de la madre y segundo, después del nacimiento ella refuerza ese vínculo asegurando la supervivencia del niño mientras que este es completamente dependiente de ella. El poder de este vínculo es tan grande que capacita a la madre y al padre para hacer "sacrificios" necesarios inusuales para el cuidado de su niño, día tras día, noche tras noche, cambiando pañales sucios, atendiendo el llanto, protegiéndolo del peligro y brindándole alimentación, a media noche a pesar de la necesidad de dormir.

Los autores mencionados consideran que este vínculo inicial, origina todos los vínculos siguientes del niño, y es de acuerdo con esta relación formativa que desarrollan un sentimiento de sí mismo. Además afirman que la situación más apropiada para determinar el comportamiento madre-hijo es observada durante el contacto que se establece en los primeros minutos que siguen al nacimiento.

Los autores refuerzan esta idea diciendo que estos primeros minutos de contacto son aun más enriquecedores para la personalidad del niño, si se utilizan canales de comunicación adecuados que inicien interacciones recíprocas agradables, una de ellas es el amamantamiento inmediatamente después del nacimiento.

### ***Factores que pueden afectar el amamantamiento***

Según D.B. Jelliffe y E.F.P. Jelliffe, M. Cameron e I. Hofvander (37), la ansiedad, la tensión y el estrés son considerados como factores nocivos para la producción láctea.

Las investigaciones realizadas por Mata (38), refuerzan el concepto anterior al afirmar que el reflejo del descenso de la leche depende de varios factores: del estado anímico de la madre, de su deseo de lactar, de su tranquilidad ambiental y del convencimiento que tenga ella de que puede amamantar.

Además, se aprecian otros factores que han obstaculizado el acto de dar de mamar; como Pincus (39) menciona, el padre puede tener sentimientos inconscientes y fantasías incestuosas orales relacionadas con

su madre y esto le conduce a desear el pecho y la leche de su esposa. Además, dice Pincus, el padre puede sentir que se dificulta su relación sexual con su pareja.

L. Mata (38) considera que ha creado un simbolismo erótico alrededor de los senos materno que inhibe a la mujer a dar de mamar (en otras sociedades no se observa el predominio del rol erótico del seno sobre su rol nutricional).

Otro aspecto citado por Mata es que los servicios deshumanizados de los hospitales aumentan la ansiedad de las mujeres, interfiriendo con el mecanismo de producción de la leche humana.

### ***Aspectos socioculturales del amamantamiento***

El interés de promover la lactancia materna, obedece no sólo a los aspectos nutricionales sino también a los económicos, dado que la leche humana con relación a otras leches presenta una serie de ventajas en el aspecto económico. L. Mata (38) considera que su costo es menor, esta leche está siempre disponible, no requiere envases, preparación, ni almacenamiento. Además no requiere biberones, refrigeración, hervidores, leches complementarias, gasto de combustible y también conlleva a economía del tiempo de la familia ya que no debe efectuar preparativos de la misma. Debe agregarse la economía de tiempo y costo en el control y tratamiento de enfermedades que pueden padecer los niños al ser alimentados con otras leches artificiales. Además, como lo expresan los Jelliffe (37), con la leche humana, el niño toma la cantidad que necesita.

Investigaciones realizadas por los Jelliffe (10), Díaz .C. (40) y otras patrocinadas por la UNESCO, comparten las afirmaciones dadas anteriormente, haciendo énfasis en el mayor grado de disponibilidad, practicidad y economía de la leche natural, sobre la artificial.

A pesar de los múltiples beneficios de la lactancia natural, su prevalencia puede verse disminuida en parte por el desarrollo socioeconómico, la rápida urbanización, la participación de la mujer a la fuerza laboral y la falta del cumplimiento de legislación que proteja a la madre trabajadora que lacta. Como se manifiesta en el documento de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) "Lactancia materna, un problema médico-social" (41), en Costa Rica, un factor que influye para en disminución de la lactancia natural, es la distribución de leche en polvo. También puede citarse como causa, según Mata (38), la influencia del comercio que distorsiona los valores y creencias sobre la propia naturaleza del ser humano, la inestabilidad y desintegración familiar, la falta de protección para el niño, niños de bajo peso al nacer que tienen que estar hospitalizados por lo que se interrumpe o no se establece del todo la lactancia natural.

W. Vargas y M. López (42), manifiestan que una de las causas de destete, es el trabajo fuera del hogar de la madre, además de la ausencia de guarderías de lugares adecuados para que la madre pueda amamantar al niño en horas laborales. Según los Jelliffe (37,43,44), aunque la madre trabaje, los ingresos se disminuyen por el pago del gasto en el cuidado del niño y la compra de alimentos infantiles complementarios. Para ellos, la incorporación de la mujer a la fuerza laboral, y la fuerte promoción de los alimentos infantiles, son posibles determinantes del destete temprano, lo

que puede traer efectos negativos aún más serios en la salud de los niños, de las madres y las familias de estratos socioeconómicos bajos.

Para M. Gutiérrez Lestón (48), “el hábito de lactar al pecho”, en Latinoamérica es un fenómeno fundamentalmente sociológico y por lo tanto, su interpretación debe buscarse en el seno de las comunidades, la raíz del pensamiento (creencias y mitos) que sustentan la actitud ante la lactancia.

Considera que para aumentar y mantener el hábito de lactar al pecho, se debe intervenir utilizando como principal herramienta a la educación en el proceso de socialización del mismo, empezando por la madre y el padre como iniciadores del proceso, cubriendo escuelas y colegios y sobre todo, capacitando adecuadamente el equipo de salud infantil para que ejerza un rol de liderazgo en la recuperación y reivindicación del valor socio-cultural del amamantamiento.

### *Aspectos fisiológicos-nutricionales*

Si bien el proceso de lactación es resultado de la interacción de numerosos factores, tanto físicos como emocionales involucrados en la relación madre e hijo, fisiológicamente hablando éste es controlado por numerosas glándulas endocrinas, especialmente las hormonas hipofisarias prolactina y oxitocina (43,44,49).

Desde la pubertad comienzan modificaciones en la glándula mamaria (crecimiento y brote de conductos), por acción de estrógenos, esteroides

córtico-suprarrenales, hormona de crecimiento que preparan el amamantamiento.

En el embarazo, se produce un mayor crecimiento de la región lóbulo-alveolar, el pezón se alarga y se hace más eréctil, posiblemente la sensibilización para la acción de la prolactina.

El crecimiento depende de la acción combinada de las dosis adecuadas de estrógeno, progesterona, prolactina sumándose para ello la hormona del crecimiento e hidrocortizona.

Los estrógenos juegan en este período un doble papel: por un lado promueven la hipertrofia de células secretantes de prolactina con una elevación subsecuente de las concentraciones basales periféricas de la hormona y por otro inhiben al mismo tiempo el efecto de las concentraciones altas de prolactina sobre el epitelio secretor de los alvéolos mamarios. Por esta razón no hay secreción láctea.

En el momento del parto se presenta una caída muy importante del nivel de estrógenos y progesterona, al contrario de las glucocorticoides que se secretan cerca de diez veces más. La prolactina se encuentra aumentada. En el post-parto, por estímulo de la succión mamaria se inician el reflejo de la secreción y el reflejo de la eyección láctea.

Desde fines del embarazo hay secreción en los senos de una sustancia llamada Calostro, que se hace más abundante después del alumbramiento; es un líquido amarillento y pegajoso, rico en proteínas e inmunoglobulinas, lactoferrín y glóbulos blancos en cantidades adecuadas

para el enriquecimiento inmunológico y antiinfeccioso del neonato, tiene menos grasa y menos lactosa, más vitamina A, sodio y zinc que la leche madura que se segrega luego.

En general un niño sano consume entre 700 y 800 mL, cada 4-6 horas. El tamaño del pecho, no parece estar relacionado con el volumen de la producción de leche, si la madre esta bien alimentada. Fisiólogos; nutricionistas, pediatras, ginecólogos, entre otros especialistas, sostienen que la leche materna por sí sola puede como alimento único asegurar al niño un desarrollo normal durante los primeros seis meses.

### ***Composición y valor nutritivo***

De las conclusiones de la Semana Pediátrica (1975-1976) sobre "Lactancia Materna, Destete Precoz y sus Consecuencias en el Niño", se desprende:

*"que la leche materna juega un papel sobresaliente en la protección inmunológica del niño, que va a redundar en una mejor salud durante su primer año de vida, lo que resulta de mayor importancia en los grupos privados socio-económicamente. El efecto protector contra la diarrea y la desnutrición, es un hecho incontrovertible" (50).*

Nutricionistas y pediatras afirman que la leche humana es la alimentación óptima para el recién nacido ya que contiene todos los nutrientes esenciales para producir un crecimiento y maduración óptimos.

El período comprendido entre los primeros seis meses, es el más crítico y vulnerable de la vida humana, ya que como explican



nutricionistas, pediatras y neonatólogos en general, en esa época el potencial de maduración y crecimiento es muy rápido, lo que determina una gran demanda de nutrientes básicos para que este desarrollo se produzca.

La leche humana a pesar del estado nutricional de la madre (17), está compuesta en su madurez por proteínas, carbohidratos, sales minerales, vitaminas, lípidos, factores inmunológicos de superior calidad y cantidad que la leche de vaca y otros animales.

### **Las Relaciones de Género y la Lactancia Natural**

Al hablar de género, se está haciendo referencia a las características sociales que tanto hombres como mujeres han internalizado a través del proceso de socialización, el cual consiste en la forma en que los seres humanos aprenden a comportarse en comunidad. La convivencia humana, por tanto, requiere de un conjunto de instituciones, tales como la familia, la escuela, la iglesia, el Estado, que transmiten un conjunto de valores, normas y patrones culturales, los cuales se convierten en los mecanismos cohesionados de un grupo determinado, una familia o la sociedad en su conjunto (51). El género se podría decir que es la construcción social del ser femenino y del ser masculino.

A diferencia del género, el sexo se refiere a las características biológicas naturales, las cuales son dadas, vienen con la misma persona, mientras que las del género se adquieren a lo largo de la vida y son modificables.

En el presente estudio este aspecto es medular por varias razones.

En primer lugar, porque la lactancia natural se ha visto como parte de la salud reproductiva y de acuerdo a los roles que se le asignan a cada género, esta sería una responsabilidad principalmente de las mujeres. Además ha estado históricamente definida, en el campo de la medicina y de la salud en general en sus diferentes acepciones, tales como: salud materno-infantil, planificación familiar o salud sexual y reproductiva.

En segundo lugar, porque este modelo no se ha generado casuísticamente, por el contrario, obedece al conjunto de relaciones de poder que han derivado en que las relaciones entre los géneros sean desiguales, dado que la sociedad ha otorgado una supremacía al género masculino.

Esta desigualdad obliga a reconocer las especificidades que en el campo de la lactancia natural, presentan las mujeres y los hombres, no sólo el diagnóstico clínico sobre aspectos patofisiológicos, sino las características socioeconómicas y culturales en las que están insertos.

Por ello, lo que es ser hombre o ser mujer, desde el punto de vista de los roles que debe cumplir cada uno en la sociedad pasa, indefectiblemente, por el tamiz de la cultura. Es ahí, donde se ha establecido, que el ser hombre, es aquella persona racional, que fecunda, calculadora, atrevida, audaz, que se desarrolla en el mundo de lo público, de carácter fuerte, con poder, independiente económicamente, machista, etc; mientras que las mujeres son personas, recatadas, emotivas,

sentimentales, sumisas, débiles, dependientes económicamente, relegadas al ámbito doméstico, por tanto, son fundamentalmente las responsables de la reproducción biológica, de la crianza y cuidado de los hijos (51,52).

Este conjunto de categorías valorativas, ha estigmatizado a uno y otro género. De ello se deriva, lo que hoy en día es reconocido y aceptado ampliamente, que las relaciones entre los géneros se dan sobre la base de relaciones desiguales y de inequidad (73, 74).

Para el caso de la lactancia natural, campo en que se tocan puntos álgidos relacionados con los procesos de identidad, tanto masculina como femenina, es imperioso reflexionar sobre el rol que hasta el momento ha caracterizado tanto a las mujeres como a los hombres.

Con relación a ser masculino, se debe propiciar una participación de los hombres más activa y menos cargada de valores tradicionales en el proceso de la lactancia natural. Su proceder en el campo de la lactancia natural, ya no debe estar ligado a un comportamiento de padre proveedor y en muchos casos ausente. El disfrute de la lactancia natural debe darse responsablemente, pensando en un disfrute compartido y de mutua obligación. Se concibe que el hombre asuma un comportamiento no machista y respete las decisiones que tengan las mujeres sobre sus propios cuerpos. Esta situación aliviana las responsabilidades de las mujeres y pretende alcanzar la tan añorada equidad de género (52).

La posición dominante que ha caracterizado al hombre, ha repercutido en la salud de las mujeres y las ha limitado en su desarrollo social y personal. Como ejemplo, cuando se habla de lactancia natural,

tradicionalmente se asocia con mujeres madres, discriminando una vez más, a aquellas que no lo son (de cualquier edad). Desde tiempos remotos, se ha interiorizado la idea de que son las mujeres –por su capacidad procreadora - las que naturalmente asumen la responsabilidad del cuidado y crianza de los hijos, excluyendo de esta a los hombres. En la actualidad se trata, sin menoscabar la función de maternidad, fomentar entre las mujeres otros deseos tan importantes como ese, que asimismo le provoquen entera satisfacción y posibilidades de un desarrollo integral.

### **Los Servicios de Salud y el Nivel Local como estrategia para la Promoción de la Lactancia Natural**

La salud en general y en particular la práctica de la lactancia natural en la población adolescente, se ve sensiblemente afectada por sus condiciones de vida. Estas condiciones a menudo no son consideradas por los servicios de salud puesto que éstos manejan una red de establecimientos orientados por la patología que presentan individualmente los adolescentes y no por el peso que tiene la actual forma de ganarse la vida.

“Existe un divorcio entre la medicina y la salud; entre los que la diseñan (atención) y otorgan los servicios y aquellos a quienes van dirigidos... el personal médico tiende a la sofisticación y especialización excesiva; pierde la visión integral de la salud propia de la vida cotidiana y desconoce la importancia que juegan la comunicación, el lenguaje, la cosmovisión de las personas; quienes se vuelven “pacientes”; es decir, sufrientes pasivos, meros objetos de su atención” (53).

Además, es necesario señalar, que tradicionalmente las personas adolescentes son las que menos hacen uso de los servicios de salud (20,54), lo que dificulta las posibilidades de proporcionar una atención de salud con equidad, ya que quedan fuera del sistema un número importante y desconocido de adolescentes. Si bien es cierto que la morbimortalidad en este grupo es baja, la oferta de servicios de salud no focaliza su atención en otras necesidades no menos importantes y producto de las condiciones de vida.

En este mismo sentido, este grupo de población no tiene una definición estadística que permita registrar información más precisa sobre su morbilidad, esto ocurre "debido a que los rangos de edad más utilizados son de 5 a 14 años y de 15 y más años, perdiéndose la información específica para el grupo etéreo de 10 a 19 años y 15 a 24 años" (20).

Por otro lado, para aquellos que sí logran ser usuarios de los servicios, se enfrentan con un personal de salud que no posee la capacitación adecuada para resolver los problemas generados por las necesidades de este sector, entre ellos, los problemas psicosociales (depresión, dificultades de aprendizaje y las conductas relacionadas con la sexualidad) (34).

Algunos indicadores socioeconómicos sobre la población adolescente en Costa Rica, deben ser considerados por el sector salud para el entendimiento de la situación problemática en que éstos están inmersos (Referirse al apartado LA LACTANCIA NATURAL EN EL MARCO DE LA POBREZA).

Lo anteriormente expuesto pone en evidencia el alto grado de complejidad que rodea la producción social de salud de los adolescentes. Aunque algunos indicadores y situaciones corresponden a población adolescente en general, no cabe duda que el impacto es mayor entre los adolescentes que viven en condiciones de pobreza crítica.

Por ello, es que los conocimientos y las actitudes hacia la lactancia natural deben ser analizados en sus propias particularidades y especificidades. Se debe partir de la propia explicación que los mismos adolescentes proporcionen, a fin de evitar un desfase entre lo que las personas adolescentes esperan y las respuestas sociales emanadas desde diferentes ángulos, como ejemplo, desde los servicios de salud y las mismas comunidades (33).

Los avances logrados en la conceptualización de la lactancia natural<sup>1</sup>, deben externalizarse a través de las acciones y políticas provenientes desde el sector salud, tanto en su sistema operativo como en sus fundamentos teóricos y filosóficos.

Si bien es cierto que el sector salud engloba no sólo a aquellas instituciones relacionadas directamente con la prestación de servicios de salud, la función de éstos cumple un papel de liderazgo importante en la

---

<sup>1</sup> *Se decide utilizar el término lactancia "natural" en vez de "materna" porque es un proceso fisiológico dado por naturaleza a la mujer, pero que no necesariamente es obligatorio que éste se dé para que una persona sea considerada mujer o madre. Y sobre todo, porque la lactancia no es una obligación única y exclusiva de la mujer, más bien es un proceso donde tanto el hombre como la mujer son co-responsables y que pueden disfrutar plenamente.*

definición de políticas de salud y específicamente en aquellas relacionadas con la lactancia natural.

Los servicios de salud a nivel local, constituyen en la presente investigación un punto central para el análisis de la información recabada y la posibilidad de poner en práctica algunos de los lineamientos que se desprendan de la misma.

Se estima que el acceso a la salud con calidad y equidad es el resultado de la unión de una fuerza social, como la comunidad y otros sectores sociales, pero que sin duda alguna, la posibilidad de cercanía que se produce entre los servicios de salud y las necesidades de salud de las poblaciones le permite adjudicarle a los servicios una posición ventajosa con respecto a los demás.

Los servicios de salud deben reorganizarse a la luz de las nuevas orientaciones que está asumiendo la lactancia natural. No sólo desde el punto de vista de basar sus lineamientos políticos alrededor de un eje centrado en la enfermedad, en la patología y como fuente de la alimentación infantil, sino, de incorporar un planteamiento más general a partir de las condiciones socioeconómicas, culturales y de género, elementos modulan los conocimientos y las actitudes de las poblaciones a las cuales se dirigen.

Como señala Kaddt y Tasca, "La equidad tomada en serio tiene consecuencias para los sistemas de atención de la salud. Significa que los servicios de salud necesitan ir más allá de su foco convencional en "los pacientes" que están en riesgo debido a sus características (pato-

fisiológicas) individuales, y reorientar sus estrategias para tomar en cuenta las oportunidades de salud definidas de manera más general” (33).

Como parte de las transformaciones requeridas para que los servicios de salud provean a la población adolescente una atención integral en el campo de la lactancia natural, sus programas deben traspasar los límites impuestos por el período de gravidez, puerperio, así como, la enmarcación de las edades.

Un aspecto básico que los programas deben visualizar, es la incorporación de la población masculina, como sujeto y en su relación con la población femenina. Esto significa un viraje importante en la concepción que tenga de lactancia natural. La influencia del biologismo, que ha dejado un huella en los servicios de salud, haciendo que éstos den una respuesta fragmentada, fármaco-médica y centrada en la enfermedad, va a ser mediatizada por factores de índole socioeconómico y cultural más generales tendientes a imprimirle un carácter integral a la atención.

Para garantizar esta cercanía entre las políticas de lactancia natural y las necesidades e intereses de grupos específicos, como la población adolescente, se está revalorando la estrategia que retoma el nivel local (en este caso, Rincón Grande de Pavas y la Zona de Los Santos), como el espacio propicio para desarrollar todas las potencialidades de la población y de la comunidad en su conjunto.

Esta estrategia se inscribe en el marco de la actual modernización del Estado y busca reorientar las acciones de éste, afinando más, su papel de regulador que el de interventor, en la definición y resolución de los



problemas sociales. Por ello, la adopción de nuevas formas de organización, como la desconcentración, descentralización, focalización, privatización, están incidiendo en la planificación de los servicios de salud.

Dentro de esta visión se plantea como prioritario alcanzar las metas de bienestar común, bajo la premisa de hacerlo de la manera más eficiente, efectiva y eficaz posible. Y fortaleciendo, la participación social, entendida ésta, como las acciones en salud que provienen desde los diferentes actores sociales, tales como, los gobiernos locales, las instituciones públicas y privadas, las familias, los grupos comunitarios y asociaciones de diversa índole, que permiten la movilización de diferentes recursos y grupos sociales hacia la resolución de problemas de salud de determinados grupos poblacionales.

El esfuerzo de este conjunto de fuerzas sociales tiene como fin garantizar el buen funcionamiento de los programas y servicios sociales, mediante la accesibilidad, la calidad y la pertinencia de los mismos. Este planteamiento asegura que se desarrolle un clima de respeto por los derechos de las personas y de los usuarios. Esto hace que la participación social esté orientada más que todo, a construir sujetos sociales, reflexivos, analíticos, creativos y con capacidad de incidir en el proceso de toma de decisiones.

Para ser viable lo expuesto, los programas de promoción de la lactancia natural, orientados a la población adolescente (femenina y masculina), a nivel local, deben incorporar la visión integral del proceso salud-enfermedad, desde una perspectiva social.

Este proceso es fundamental en la medida en que permite entender que la promoción, la prevención y la atención de la salud de la población adolescente, van más allá de la atención médica y que por lo tanto requiere de otros niveles dentro del mismo sector salud, así como también, de la incorporación de otras instituciones y actores sociales estatales o no, provenientes de otros sectores, como educación, vivienda, saneamiento ambiental, recreación, entre otros.

El proceso participativo que se debe dar en el nivel local, con la población adolescente, es otorgar el derecho que posee este grupo en específico, en el campo de la lactancia natural, de expresar sus propias necesidades, intereses, conocimientos, actitudes, sus visiones y expectativas sobre la lactancia natural. A partir de allí, los insumos proporcionados para propiciar una programación estratégica se tornan invaluable y la materia prima para definir los programas en este campo de la salud son de primer orden.

Parte de esta responsabilidad le corresponde a los Estados, tal como se plantea en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, al decir que "los Estados están urgidos de dar prioridad a la protección, supervivencia y desarrollo de niños y adolescentes y de realizar esfuerzos para eliminar los efectos adversos de la pobreza sobre ellos (33,35,58).

### **La Lactancia Natural en el Marco de la Pobreza**

En la presente investigación, la pobreza se entenderá como una condición social en que las personas no logran satisfacer sus necesidades básicas, tales como alimentación, vivienda, agua apta para consumo

humano, vestido, recreación, educación, trabajo estable, acceso a la salud, y a otros beneficios que produce la sociedad moderna. Normalmente las personas pobres desarrollan estrategias de supervivencia que les permite ajustar y/o compensar sus escasos y limitados ingresos.

La pobreza también se expresa en la falta de desarrollo personal, psicológico, así como también en la imposibilidad de tener voz propia para plantear algunos aspectos, reconocerse como sujetos de derecho y exigirlos, también como expresan sus sentimientos y realizan sus deseos.

En las actuales comunidades pobres<sup>2</sup>, según el criterio de algunos autores, surge “una nueva subcultura de la pobreza, caracterizada por la ausencia del sentido integrador que presenta el tejido social en las comunidades históricas de las zonas urbanas y rurales...” (55). Las características de origen de las familias que las conforman, no permiten que se de la cohesión que traía implícito el mismo concepto de comunidad en épocas pasadas. Hoy en día los asentamientos humanos pobres, están conformados por grupos poblacionales altamente heterogéneos, con intereses y metas comunitarios no comunes.

Las nuevas relaciones sociales generadas a partir de esta subcultura, traen implícita las características propias en que se manifiesta la nueva pobreza urbana/marginal y rural/marginal, en donde las prácticas sociales y los vínculos que se establecen con las diversas instancias de la sociedad

---

<sup>2</sup> *Se refiere a los asentamientos humanos del Área Metropolitana, que surgieron en la década de los 80 y parte de los 90 como consecuencia de las invasiones de terrenos. Estos asentamientos constituyen lo que actualmente se denominan "precarios" - comunidades marginales, urbanas y rurales- y obedecen a la preocupación de la población por cubrir sus necesidades de vivienda.*

(el Estado, la producción, el mercado, la cultura) se dan en el marco de una exclusión y desintegración social.

De hecho, en caso de darse una integración social, ésta se daría en un marco de profundas desventajas, disminuyendo así su capacidad competitiva.

Una de las características de la pobreza es que ésta se acentúa más en unos grupos sociales que en otros, de acuerdo al momento histórico determinado y el espacio territorial en que se desenvuelven (v.gr. en Costa Rica, las 2/3 partes de los pobres viven en el área rural y la mitad de los pobres urbanos viven en el Área Metropolitana), así como también se expresa de manera distinta tanto en las mujeres como en los hombres, y esto fundamentalmente por razones de género (55).

En los sectores representativos de la pobreza tanto en el área urbana como rural, algunos grupos poblacionales son más vulnerables y sufren con mayor fuerza sus consecuencias. Se ha dicho que los niños, las mujeres, los adolescentes y los ancianos conforman ese conjunto de personas que por determinadas razones se les dificulta mayormente superar los escollos producidos por la pobreza.

La situación de la población adolescente en pobreza crítica, se agrava aún más, por las características propias de este período y porque tradicionalmente han sido grupos invisibilizados. Según diversos estudios sobre el tema estas características son extremadamente cambiantes y dinámicas (33,35). Es así como, los aspectos valorativos, morales, de formación de identidad, creatividad, desarrollo de autoestima, aceptación

social, adquisición de habilidades y destrezas, entre otros, están en constante construcción.

En este proceso de construcción, los elementos se ven retroalimentados y limitados por procesos sociales más generales, como la pobreza, manifestada, en algunos casos, en prácticas sexuales y reproductivas inadecuadas moldeadas por la moda y el consumismo (uso inicio de relaciones sexuales a temprana edad, tipo de relaciones amistosas y amorosas, el no uso de métodos anticonceptivos, la poca comunicación con la familia, embarazos, el uso del biberón, el no inicio de la lactancia, ablactación precoz, destete precoz).

Tal como se entiende socialmente en el período de la adolescencia, se comprenden y construyen, los comportamientos, las formas simbólicas y los discursos, sobre las prácticas de este grupo; con respecto a la adolescencia, Krauskopf señala que ésta “está sujeta a relaciones sociales y culturales” (34).

El control que ejerce la sociedad sobre la población adolescente, define en parte, el tipo de comportamiento en el campo de la lactancia natural, el cual será socialmente aceptado y visto como “lo normal”. Este comportamiento se reproduce a nivel particular y singular.

El consenso social (situación que orienta la acción social mediante medios y fines compartidos) influye en la conformación de juicios de valor, opiniones y actitudes de grupos específicos hacia la práctica de lactancia natural de la población adolescente, pues en parte y de cierta manera, sería “aprobar” los embarazos durante el período de la adolescencia. Entre

estos grupos están los(as) funcionarios(as) de salud, los(as) educadores(as), los(as) religiosos(as), los padres y madres de familia, los sacerdotes, los(as) líderes comunales, los(as) comerciantes y, los(as) políticos, inclusive, influye en los(as) mismos(as) adolescentes.

La población adolescente, en condiciones de pobreza, tiene una limitación real para el desarrollo de las potencialidades físicas, intelectuales y creativas, así como el logro de una vida segura, feliz y placentera. Se les dificulta la capacidad de insertarse dignamente en la sociedad y, en el caso de quienes engrosan los espacios urbano/marginales y rurales/marginales, ven con mucho obstáculo su integración a la vida productiva y social, y “al disfrute de los beneficios que ofrece la sociedad moderna” (55).

Los cambios profundos que acontecen actualmente en el mundo contemporáneo<sup>3</sup> han repercutido en las condiciones y calidad de vida de la

---

<sup>3</sup> *En el marco de estas modificaciones, conviene hacer referencia a los cambios producidos por el proceso de globalización, que repercute en todos los rincones de la tierra e interfiere en las acciones y procesos de toma de decisiones de sociedades particulares; influyen en la adopción de patrones de consumo (uso del biberón y de fórmulas lácteas), que se fomentan a través de las relaciones comerciales y de los medios de comunicación, e inciden en la construcción de la identidad. Estos patrones al ser descontextualizados pueden causar desequilibrios en la conformación de esa identidad, puesto que no corresponden a la realidad. Aunado a esta situación, están las profundas reformas políticas y económicas derivadas de la actual tendencia a la modernización de los Estados, bajo los lineamientos de acuerdos internacionales establecidos en los llamados Ajustes Estructurales, que minorizan el protagonismo e intervención del Estado y dan supremacía al mercado, constituyéndolo en una instancia reguladora de la sociedad. Además, se han producido importantes desplazamientos poblacionales (migración rural/urbano y proveniente de otros países) que obedecen, por un lado, a la necesidad de búsqueda de mejores condiciones de vida y mayores opciones de trabajo para cubrir sus necesidades básicas, y por otro, a las condiciones de inseguridad y pobreza ocasionadas por las guerras civiles vividas en los diferentes países vecinos. Esta situación ha interferido a nivel nacional, sin embargo, la tendencia de asentarse en los centros urbanos y comunidades rurales, ha hecho que se dificulte lo relacionado con los procesos de planificación del espacio, y la capacidad de respuestas de los servicios sociales, ya que, ha habido un considerable aumento en la demanda y restricciones presupuestarias en este campo.*

población en general y particularmente en la población adolescente. La mala distribución de la riqueza, la dificultad de insertarse en la sociedad con la posibilidad de obtener un empleo productivo, bien remunerado y las cada vez menos posibilidades de tener acceso a los servicios y programas sociales de calidad, han hecho que se recrudezcan los problemas de carácter social, entre este grupo poblacional.

Se agudizan, entre otros, los ya tradicionales, como la drogadicción, el alcoholismo, la prostitución juvenil, delincuencia común, pero a éstos, se añaden otros, como el embarazo precoz y no deseado, la deserción escolar, incorporación de edades tempranas a un mercado de trabajo, mal remunerado, poco calificado y con limitadas opciones, promiscuidad, abuso sexual infantil, incesto, violencia doméstica y callejera, agresión infantil, desintegración familiar, feminización de la pobreza, paternidad irresponsable y consumismo, entre otros (56).

El resultado de ello, es el fortalecimiento de relaciones y ambientes sociales insanos, inadecuados para crear las condiciones materiales y espirituales, que permitan el crecimiento y desarrollo de la población adolescente en todas sus potencialidades.

### **La Lactancia Natural y la Escolaridad**

La crisis económica que atravesó Costa Rica en la década de los ochenta tuvo grandes repercusiones en los noventa y produjo profundas transformaciones en las estructuras social, política y económica que provocaron un aumento de los niveles de pobreza (57).

En el campo laboral, los(as) adolescentes se insertan careciendo de las condiciones mínimas de desarrollo de las áreas, psicomotora (destrezas y habilidades) y de instrucción. En el 2000, 51.4% del total de adolescentes que laboraron, completaron algún grado escolar y sólo 48.6% lograron terminar la primaria. También son explotados en los lugares de trabajo, pues reciben apenas 64.0% del salario mínimo (57).

Krauskopf y Mendoza acotan que el trabajo de menores de edad es una práctica bastante extendida en las sociedades centroamericanas y que cuenta con el consentimiento tácito de los adultos, ya que parece representar una opción para evitar la pobreza (57).

Según este mismo estudio, "es entre familias pobres e indigentes donde existe una presencia más intensa de niños y adolescentes trabajadores (83%) (57).

En Costa Rica al igual que en el resto de países centroamericanos, "la precarización de las condiciones de empleo es una de las características asumidas por la crisis económica, y apreciable en el sensible aumento de las actividades informales, que se constituyen en un mecanismo de ajuste" (57).

La situación del empleo combinada con la baja escolaridad y el analfabetismo funcional, asegura un ambiente y estilo de vida que pone en peligro la salud de los adolescentes. En Costa Rica (país con los mejores índices de alfabetización de la región), "existe una pirámide de adolescentes en el sistema educativo formal que se estrecha cada vez más conforme se avanza la edad. En 1999, los adolescentes de 10 años



matriculados representaban el 89.5% del total. Este indicador disminuye paulatina pero sostenidamente, hasta llegar a un 7.9% de los adolescentes de 19 años.

En resumen, la población adolescente se enfrenta cotidianamente a variados procesos de exclusión social, tales como, la exclusión del sistema educativo formal, el alejamiento de los servicios de salud por barreras culturales y de género, la expulsión de los centros de producción, de cultura y distracción disponibles en la sociedad, entre otros. Así como también, viven a diario los problemas de saneamiento básico, la contaminación ambiental (malos olores, zonas polvorientas y ruidosas) y la escasez de recursos económicos y bienes materiales con que cuentan sus familias.

Lo anterior, se traduce en un crecimiento del sector informal que absorbe mayoritariamente a estudiantes que desertan a temprana edad del sistema educativo formal, poco calificados y de escasa experiencia laboral y, a la fuerza laboral femenina y a las personas de bajo nivel educativo, ambos factores de riesgo para el no-inicio de amamantamiento y para el destete precoz (55,58).

Estos y otros factores de riesgo agresores de la lactancia natural, constituyen un marco de referencia básico para la incorporación de la población adolescente, en las políticas de salud en general y de promoción de la lactancia natural, del país.

## **La Promoción de la Práctica de la Lactancia Natural**

Las instituciones que promocionan la salud realizan esfuerzos para incrementar el hábito de lactar al pecho, por el reconocimiento en el ámbito mundial de sus propiedades únicas. Durante los últimos años, se ha observado un resurgimiento de la práctica de lactancia natural a nivel mundial, revirtiendo el proceso de disminución que sufrió después de 1930, principalmente en los países industrializados (15;42).

La estrategia más utilizada para el fomento de la lactancia natural, ha sido la capacitación al personal a cargo de los programas de atención materno-infantil; así como las acciones educativas por personal de salud dirigidas a mujeres embarazadas y lactantes y a niños escolares (59).

El equipo de salud, profesionales, técnicos, estudiantes de las escuelas y colegios, reciben escasa formación académica, en aspectos teóricos y prácticos sobre la práctica de la lactancia natural, particularmente sobre las soluciones a los problemas de la lactancia (60).

Esta puede ser parte de la causa por la que un gran porcentaje de las madres destetan prematuramente al niño por problemas experimentados en los primeros dos meses de la lactancia (61).

En Nueva Guinea en 1977, se realizaron campañas educativas sobre las ventajas de la leche humana y se censuró la publicidad de alimentos infantiles, como estrategia para la promoción de la lactancia natural. Sin embargo, al cabo de un año los resultados no fueron satisfactorios; por lo cual el Gobierno legisló el uso de receta médica en la compra de productos

alimenticios y biberones para el niño lactante. Dos años después, un 88% de los lactantes eran amamantados y la prevalencia de desnutrición había descendido del 11% al 4% (62).

La educación como estrategia para producir un cambio en las prácticas de la lactancia natural, trata de modificar las causas de su disminución en las madres (59). Ramalingswani (60) refiere las experiencias en las prácticas en los servicios de maternidad y la gran influencia que tienen sobre el hábito de lactar al pecho; así como ejemplo, en un estudio efectuado en Jamaica se encontró que solamente 5% de las madres amamantaron en forma exclusiva.

Sin embargo, en el hospital también se puede intervenir a favor de la lactancia natural, como lo demuestran los resultados del proyecto de alojamiento conjunto en el Hospital San Juan de Dios de Costa Rica, en donde se observó un incremento de 8 a 11 meses en la duración de la lactancia, en 40% de las madres (10).

Asimismo el alojamiento conjunto y un personal con experiencia y convicción en las prácticas para promover la lactancia natural, en el proyecto PROALMA en Honduras, produjo un incremento en el promedio de duración de la lactancia de 6 a 1 año observado entre 1982 y 1989 y paralelamente había ocurrido una disminución en el uso de fórmulas infantiles (60).

Ramilingswami (60) sugiere aprovechar las actividades de inmunización en los Programas de Atención Primaria para enseñar en forma masiva a la población (infantil, adolescente y adulta), los efectos

antiinfecciosos de la leche humana; así mismo en la planificación familiar, promover la lactancia para espaciar los hijos y complementar otro método apropiado para la familia, sugiere también el desarrollo de estrategias nacionales propuestas por las organizaciones profesionales afines al campo de la salud para promover la lactancia natural.

No obstante, el aumento en la prevalencia de la lactancia natural, ésta tiene corta duración, por lo que su promoción debe ser ampliada (59,61,63). La alimentación del recién nacido es un nexo bio-psicosocial insustituible, en el cual el personal de salud debe supervisar y brindar apoyo en los momentos críticos. Cada familia, de cualquier estructura (nuclear, matriarcal o extendida), constituye una unidad en la cual ésta debe aprender a reconocer los signos propios y los del recién nacido, la pérdida de peso en los primeros días de vida del niño, la interrelación entre la frecuencia de amamantamiento y la producción láctea, las características de las deposiciones del niño y la falsa seguridad de la alimentación artificial.

La educación y promoción sobre lactancia debe dirigirse con énfasis a la niñez y juventud como parte de la formación en reproducción humana (64).

Otros métodos que se han utilizado para promover la lactancia natural, se encuentran el uso de material educativo y consejería persona a persona.

Se considera que la televisión es una fuente fundamental de información de la salud para casi toda la población, es un método para

recordar fácilmente el mensaje, ya que este es captado por la vista y el oído. Los muy utilizados panfletos o folletitos muchas veces las personas los toman, los guardan y los pierden; no tienen el cuidado de leerlos.

Algunos anuncios publicitarios son considerados perjudiciales para la salud porque fomentan el consumo de productos nocivos, se limita entonces, la presentación de información sanitaria. Un ejemplo de esto es lo que sucedió en Filipinas en 1997; la empresa Nestlé utilizó enfermeras como educadoras de salud, estas visitaban a las mujeres embarazadas y madres para promover la fórmula infantil de esta casa comercial.

Las percepciones negativas de la lactancia natural que tienen los y las adolescentes se pueden contrarrestar con campañas publicitarias donde se refuercen todas las ventajas de esta.

Se ha observado que no solo la población general y a los y las adolescentes se debe informar sobre la lactancia natural, se recomienda ampliar la promoción al sector médico, enfermeras, y todos los responsables de la salud.

Como ejemplo, las madres de los y las adolescentes pueden ser buenas aliadas para la promoción de la lactancia natural. También los profesores, debido a que estos son una de las fuentes principales de información para esta población; así como los responsables de salud, aprovechando los escenarios de la educación formal e informal, basándose en materiales científicos técnicamente preparados y basados en las necesidades propias revelados por el y la adolescente.

Estudios recientes han destacado que el patrón masculino tiene una influencia importante en la alimentación del niño, en muchos casos es muy positiva y ellos se muestran curiosos ante el tema, por lo que se les debe brindar información adecuada.

### **Factores que Inciden en la Decisión de Amamantar**

Es importante destacar, que investigaciones extranjeras reportan que las adolescentes que fueron alimentadas con leche materna presentan mayor iniciativa a amamantar, que aquellas que no fueron alimentadas de esta forma. En los casos donde mencionan que la decisión la toman con el padre del niño(a), este las apoya a amamantar y se muestra curioso ante este tema (32).

Los y las adolescentes identifican tres principales influencias para la decisión de alimentar a los niños(as):

1. Los beneficios del niño
2. Los problemas durante el amamantamiento
3. Influencias de la gente.

Las percepciones de las ventajas y las desventajas de la lactancia natural difieren un poco entre los grupos étnicos, parece que el grupo donde es más aceptada la lactancia natural es en las latinas, y en las que menos, en las afroamericanas. La principal ventaja que conocen las adolescentes son los beneficios en la salud del niño cuando es alimentado con leche materna (3).

Un factor importante en la decisión de amamantar al niño es el apego que puede existir entre el niño y la madre. Aunque para algunas éste es uno de los problemas más grandes que pueden enfrentar al amamantar, ya que se preocupan porque luego el niño no acepte el chupón una vez que ellas deben dejarlos con otras personas o deseen seguir con sus actividades propias de este grupo poblacional.

Otros de los principales problemas que son mencionados por los adolescentes son la vergüenza a la exposición en público y el miedo al dolor. El dolor es mencionado como una consecuencia negativa de amamantar al niño. Los familiares, amigos y profesores les comentan que dar de mamar duele. También les dicen que sacarse la leche duele, razón por la cual las adolescentes escogen alimentar a los niños con fórmulas (3).

En cuanto a la exposición al público, muy pocas adolescentes creen que sea adecuado amamantar al niño en público, esta práctica no debe hacerse donde otros observen. Algunas sugieren el uso de sacalaches para poder darles a los niños un biberón con leche materna.

La apariencia física, es otro de los temores de los y las adolescentes, ya que se temen que se pierda la figura femenina ideal si el niño(a) es alimentado con el pecho, consideran que los pechos se caen y van a parecer mujeres viejas (3).

El mito más común es que deben eliminar de la dieta un gran número de alimentos, si escogen amamantar al niño. Entre estos se

menciona el huevo, el chocolate, el jugo de naranja, y el maíz; alimentos que son muy consumidos por la población adolescente.

Otro de los mitos mencionados es el hecho de que si la madre no se alimenta bien la leche no va ser buena para el bebé. También que las emociones afectan la leche; "esta puede ser ácida o provocar diarreas en el niño".

Los y las jóvenes se preocupan por su vida social, si toman la decisión de alimentar al niño con su leche, no van a poder salir de sus casas; tanto como para ir a la escuela o colegios como para ir a fiestas o reuniones con sus amigos.

La decisión de dar de mamar es tomada en muchos casos antes de quedar embarazada e incluso antes de tener planes de embarazarse por lo que las jóvenes que ya habían escogido esta forma de alimentar al niño lo que hacen son alargar el periodo de lactancia, estas mismas ven como aceptable el alimentar al niño en público (3).

Las adolescentes que creen conveniente alimentar al bebé con leche materna han tenido en algún momento de sus vidas un contacto con la lactancia natural: historias de la madre, historias de familiares o amigos que han amamantado, ver a alguien desconocido amamantando al niño en público u observando videos o tratando el tema en el curso prenatal.

Las mujeres que son más apegadas a las tradiciones de sus culturas tienden a prolongar el periodo de lactancia, contrario a las mujeres con un enfoque más liberal de su vida. Las cuales sienten que amamantar al niño



es algo pasado de moda y no las permite ser congruentes con su rol de mujer liberal.

La gran mayoría de las personas que las hacen escoger por alimentar con fórmula o biberón basan los comentarios en sus experiencias negativas con la lactancia.

También en la mayoría de ellos estos fenómenos se visualizan como procesos sociales, ya sea a nivel grupal e individual, por las influencias de carácter múltiple que conlleva fundamentalmente para los y las adolescentes.

Para la investigación de estos procesos sociales, el abordaje debe considerar que los y las adolescentes, se insertan en la sociedad arrastrando conocimientos y actitudes sobre el proceso de lactancia, condicionados por un conjunto de factores adversos, como lo son (31):

1.- Un bajo nivel educativo. Se ha visto, que por lo general los y las adolescentes, han estado fuera del sistema educativo previo al período de tenencia de hijos.

2.- Las familias de origen de estos y estas jóvenes, por lo general poseen bajos ingresos y fundamentalmente se encuentran en el sector informal del mercado de trabajo. A menudo son de tipo nuclear y matrifocales.

3.- Por lo general, existen antecedentes de embarazo en la adolescencia en la madre y en otras generaciones, dándose este bajo un estado conyugal de soltería.

4.- Pertenecen a una familia que aunque no necesariamente esté desintegrada, existe distanciamiento entre los cónyuges, violencia y machismo.

5.- El machismo se presenta como un factor predictor de embarazo en la adolescencia y como factor fuertemente influyente en la decisión de su compañera sobre la lactancia natural.

6.- Las relaciones autoritarias predisponen una conducta de rebeldía por parte de la y el adolescente, de ahí que las relaciones de noviazgo a edades tempranas cobran importancia en el comportamiento sexual y en la manera de visualizar la práctica de la lactancia natural.

7.- Las desiguales relaciones de poder, al darse la convivencia en pareja se fortalecen por una relación de dependencia económica y probablemente emocional con el compañero, el cual generalmente es de mayor edad.

8.- A nivel individual las madres adolescentes sufren de rechazo en la sociedad y en muchos de los casos de las familias y del progenitor. La construcción que se labora sobre la maternidad y la lactancia desde antes del embarazo, hace que ésta se convierta en un eje fundamental de la realización personal de la mujer. La mujer responde a una exigencia social, sin embargo, la maternidad y la lactancia durante la adolescencia se vive en medio de una alta dosis de ignorancia y rodeada de creencias y valores considerados como naturales e influenciadas por elementos mágico religiosos; en ausencia de metas de carácter profesional o vocacional.

9.- Los estudios coinciden en que es necesario reconocer que la edad no es el principal factor de riesgo para generar embarazo entre este grupo poblacional y posteriormente una adecuada lactancia, sino el conjunto de circunstancias económicas, afectivas, familiares y culturales, las que ejercen la mayor influencia en la decisión de esta práctica (45).

10.- Según algunos estudios, las políticas de prevención del embarazo temprano y la educación sobre lactancia natural han tendido a excluir a los hombres, así como también a la familia, focalizando la atención en las adolescentes.

11.- Se ha encontrado que menudo las mujeres no pueden controlar cuando y con quién van a tener relaciones sexuales, por lo que los programas deben considerar las relaciones de género para empoderar a las mujeres en este sentido. Las adolescentes antes del período de gravidez, no tienen clara la decisión acerca de la lactancia natural.

12.- Se sabe que existe por parte de los y las adolescentes un conocimiento aceptable de los métodos de prevención del embarazo y cómo obtenerlos, no así con respecto a la lactancia natural; se puede decir, que estos conocimientos están mediados por factores de género, culturales y psicosociales.

13.- La escasa preparación de los padres respecto a estos temas y el antecedente de la práctica de lactancia natural en la familia, influye en el conocimiento y actitudes de la población adolescente; así como también los medios de comunicación masiva, que promocionan modelos que estimulan una vida sexual activa y el consumo de sucedáneos de la leche materna.

Las mujeres al percatarse de los beneficios de la lactancia natural para el niño y al observar la satisfacción de éste, las incentiva a alargar el periodo de lactancia. Para los varones, visualizar la paternidad temprana puede incluir oportunidades perdidas de educación o avance económico. Aquellos que se casan pueden dejar la escuela para mantener a su familia, verse atrapados en una vida de pobreza, con una familia numerosa y un matrimonio infeliz. Esta consecuencia puede influir a que los varones

desde edades tempranas no tengan una actitud positiva acerca de la lactancia natural.

### **La Conceptualización de Conocimientos y Actitudes**

El conocimiento del individuo, sus ideas, actitudes y creencias acerca de los fenómenos de su entorno, se organizan de manera selectiva y modelan sus respuestas ante ellos.

Esta organización selectiva está determinada tanto por factores personales dadas las características propias del individuo, como por factores del estímulo y las características de la cultura en que se enmarcan; es así como los miembros de una misma cultura tenderán a organizar sistemas cognitivos semejantes.

Una de las formas socialmente más significativas en que se organiza un sistema cognitivo es por asociación de causa y efecto entre fenómenos, el que se halla especialmente influido por juicios de valor y reacciones emotivas que van modulando la actitud del individuo ante estos fenómenos.

Según D. Krech y R. Crutchfield (65), los cambios en los sistemas cognitivos se inician por cambios en las necesidades del individuo más que de su información, sin embargo, ambos son interdependientes.

Las variaciones cognitivas en parte se encuentran presididas por las características de los sistemas cognitivos preexistentes:

1. La multiplicidad de un sistema, o sea las diferencias y variedades de los conocimientos incorporados en él.
2. La consonancia entre los elementos de un sistema y/o otros sistemas de las constelaciones cognoscitivas.
3. El estado de equilibrio o desequilibrio en un sistema, por la existencia de contradicciones o relaciones negativas entre sus elementos.

Todos esos factores operan simultáneamente de manera compleja, formando y organizando nuestros conocimientos, creencias y actitudes en sistemas interconexos o bien aislándose, cambiándolos o preservándonos de ellos.

Por otro lado, la conducta humana constituye una unidad indivisible conformada por los dominios cognoscitivo, afectivo y psicomotor que se pueden medir a través de los conocimientos, actitudes y prácticas de un individuo con relación a una determinada situación (66), y puede ser modificada mediante la adquisición de conocimientos, el desarrollo de actitudes nuevas, y fundamentalmente a través de la práctica.

El conocimiento funciona como un instrumento de cambio solamente si el individuo está listo para llevarlo a cabo (67); de manera que los conocimientos representan un incremento en la conciencia que surge ante un estímulo producido por la interacción con los demás y con el medio, además de aquellos productos de la instrucción formal (68).

La actitud es la predisposición a responder abiertamente ante una situación en términos de aceptación o rechazo (23) y la práctica es el ejercicio de la facultad (67).

Diversos estudios indican que son múltiples los factores que intervienen para producir una conducta determinada, a saber: fisiológicos, psicológicos, económicos, tecnológicos y socioculturales (Bourges, 1988); el acto de amamantar como una conducta alimentaria forma parte de la conducta humana y surge de la interacción entre las motivaciones producto de las necesidades básicas y los conocimientos del individuo (67). Asimismo los roles que la sociedad le asigna a lo masculino y a lo femenino, como se ha descrito anteriormente, influyen positiva o negativamente la conducta de amamantar.

La relación entre conocimientos en nutrición y adecuadas prácticas, obtenida de diversos estudios indican que el conocimiento de buenas prácticas nutricionales no necesariamente produce su aplicación (16,21,22,69,70); en este sentido las actitudes son mejores predictores de la conducta alimentaria que los conocimientos (67; 71).

# ESTRATEGIA METODOLÓGICA

## Tipo de Investigación

El presente estudio es de carácter exploratorio – descriptivo. Las áreas seleccionadas fueron Rincón Grande de Pavas y la zona de los Santos de Cartago.

## Definición de variables

Se estudiarán las siguientes variables independientes con relación a las dependientes (conocimientos y actitudes de la población adolescente):

**-Lugar de procedencia:** los y las adolescentes analizadas provendrán de dos zonas geográficas distintas: urbana (Rincón Grande de Pavas) y rural (Zona de los Santos). La zona de procedencia ha demostrado tener influencia en las prácticas de la población, para el inicio de la lactancia natural, ablactación y el destete temprano (24).

**-Género:** se pretende determinar la existencia o no de similitudes y/o diferencias referentes a las actitudes y conocimientos de los y las adolescentes con respecto a la lactancia materna según esta variable. Es importante conocer cómo la identidad de género de cada adolescente socializada en la familia, la escuela y el colegio, las relaciones de pares, etc. influencia las actitudes y las funciones que se espera asuman hombres y mujeres, y de manera particular con respecto a la lactancia natural.

**-Escolaridad:** se pretende determinar si existe o no influencia del nivel educativo alcanzado en los conocimientos y actitudes de los y las adolescentes hacia la lactancia materna. La escolaridad influye en el nivel de pensamiento abstracto, en el desarrollo de las expresiones oral y escrita, que facilitan el aprendizaje y el nivel de conocimiento de los adolescentes.

**-Socioeconómica:** de igual manera, se desea estudiar la existencia o no de la influencia de la situación socioeconómica familiar sobre los conocimientos y actitudes de los y las adolescentes hacia la lactancia natural. Se considerará esta variable porque la condición de pobreza limita el desarrollo de las potencialidades físicas, intelectuales y creativas; así como el logro de una vida segura, feliz y placentera. A la población adolescente por su característica marginal, se le dificulta insertarse dignamente en la sociedad, lo que modula sus conocimientos y actitudes hacia la salud en general.

### Operacionalización de las variables de estudio

Variables	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores
Conocimientos sobre lactancia natural	Internalización de un conjunto de principios, experiencias, reglas e ideales que tiene el y la adolescente referentes a la lactancia natural.	<p>Conocimiento sobre las ventajas de la leche materna (niño/a, madre, padre, familia, comunidad, sociedad).</p> <p>Conocimiento sobre los factores ambientales y culturales necesarios para el establecimiento de la lactancia.</p> <p>Conocimiento sobre los factores que determinan el éxito o fracaso de la</p>	<p>Duración de la lactancia.</p> <p>Espacio físico para el amamantamiento.</p> <p>Influencia del trabajo sobre lactancia</p>



		lactancia. Conocimiento sobre las implicaciones del destete y el no amamantamiento.	natural. Percepción física durante la lactancia. Creencias y mitos sobre la lactancia natural. Fuentes de información sobre lactancia natural.
Actitud hacia la lactancia natural	Es la predisposición que tiene el y la adolescente a responder abiertamente la lactancia natural, en términos de aceptación o rechazo	Intencionalidad hacia la práctica de la lactancia natural.	Disposición de amamantar o no a futuros hijos. Disposición para hablar sobre la lactancia natural.
Lugar de procedencia	Localidad donde habita la población de estudio	Urbano Rural	Rincón Grande de Pavas, Rodeo Abajo, Rodeo Arriba y Sagrada Familia (Zona de Los Santos).

Género	Características sociales que tanto hombres como mujeres han internalizado a través del proceso de socialización, el cual consiste en la forma en que los seres humanos aprenden a comportarse en comunidad. Es la constitución del ser femenino y del ser masculino.	Roles, normas y valores, que los y las adolescentes consideran que son para las mujeres y/o para los hombres	Papel asumido por el o la adolescente en la alimentación de sus futuros hijos. Comportamiento social de las mujeres y los hombres acerca de la lactancia natural. Creencias y mitos sobre la lactancia natural.
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	Último año de estudios realizado (Sistema de educación formal)	Analfabeto (a): no ingresó a la escuela  Enseñanza primaria incompleta, completa  Enseñanza secundaria incompleta, completa.

			Nivel para universitario o universitario.
Situación socioeconómica	Condiciones en las que vive la población adolescente, las cuales se definen según un índice que se construye de acuerdo con tenencia y calidad de la vivienda, bienes discriminatorios (televisión por cable, horno microondas, acceso a internet, agua caliente y servicios públicos).	<p>Acceso a servicios públicos.</p> <p>Acceso a servicios de salud.</p> <p>Acceso a tenencia de vivienda.</p> <p>Acceso a bienes discriminatorios.</p>	<p>Situación socioeconómica baja.</p> <p>Situación socioeconómica media.</p> <p>Situación socioeconómica alta.</p>

### Objeto de la Investigación

La población de la investigación serán los y las adolescentes no cautivos de dos zonas geográficas diferentes, una de características urbanas y la otra de características rurales.

La población de adolescentes (hombres y mujeres) de la zona categorizada como urbana provendrá de Rincón Grande de Pavas, específicamente de Finca San Juan.

La otra población de adolescentes, de características rurales, provendrá de la Zona de los Santos, específicamente de las comunidades El Rodeo y Sagrada Familia.

## Marco muestral

El marco muestral se constituyó a partir de los censos realizados para llevar a cabo varias investigaciones en el Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA) sobre Salud Reproductiva y Sexualidad en población adolescente. En esos censos están identificados los totales de estos adolescentes que viven en las dos comunidades mencionadas, así como la localización, casa por casa, donde viven estos adolescentes.

Para la comunidad de Rincón Grande de Pavas (Finca San Juan) se tienen censados 1500 adolescentes, mientras que para los barrios de Rodeo y Sagrada Familia en la Zona de los Santos, se tienen censados 1000 adolescentes.

## Tamaño muestral

La muestra inicial está constituida por los 1000 adolescentes censados en la Zona de los Santos y los 1500 adolescentes censados en Finca San Juan de Rincón Grande de Pavas.

Posteriormente para determinar el tamaño de la muestra se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 \alpha / 2 \times p \times q}{d^2}$$

$Z^2 \alpha / 2$  = nivel de confianza deseado

$p \times q$  = varianza esperada

$p$  = 50%

$q$  =  $1 - p$  = 50%

$d$  = margen de error = 5%

Posteriormente el tamaño de la muestra se ajustó de acuerdo a la población de adolescentes en cada comunidad, utilizando la siguiente fórmula:

$$M = \frac{\frac{n}{1+n}}{N}$$

N= población en cada comunidad:

Zona de los Santos: M= 88

Finca San Juan: M= 90

Finalmente se consideró una tasa de no respuesta, la cual se calculó en 5%, por lo tanto, cada M (para la Zona de los Santos y Finca San Juan) se ajustó según esta tasa predeterminada:

Zona de los Santos:  $88 \times 0,05 = 93$  adolescentes

Finca San Juan:  $90 \times 0,05 = 95$  adolescentes

Por lo tanto, los tamaños finales de las muestras son para la Zona de los Santos 93 adolescentes y para Finca San Juan de Pavas 95 adolescentes.

### **Instrumentos para la recolección de los datos**

El instrumento elaborado tomó en consideración las variables independientes de este estudio (Anexo 1). Se aplicó un cuestionario previamente revisado por la Lic. Ana María Elizondo Ureña especialista del INCIENSA en desarrollo psicomotor y fue validado en el 20% de la muestra para cada zona del estudio previo consentimiento informado de cada

participante.. El instrumento fue aplicado mediante entrevista directa a cada uno(a) de los(as) adolescentes para recopilar información sobre conocimientos, creencias, mitos y actitudes sobre la lactancia materna. Se utilizaron preguntas cerradas (si/no), la escala de Lickert y algunas preguntas abiertas.

Se aplicó la técnica cualitativa de grupos focales en las dos diferentes categorizaciones geográficas: urbana y rural para profundizar en los aspectos más relevantes obtenidos con la aplicación del cuestionario.

### **Aplicación de los instrumentos**

La aplicación de los instrumentos se realizó del mes de mayo al mes de agosto del presente año en las casas de habitación de los y las adolescentes, utilizando para ello los censos del INCIENSA ya mencionados.

El procedimiento consistió en la revisión de una hoja de ruta ya establecida (número de vivienda, cantidad de adolescentes y ordenados por edad), se seleccionó aproximadamente uno de cada diez adolescentes de la hoja de ruta (50% mujeres y 50% hombres), para un total de 100 adolescentes en cada zona estudiada.

La aplicación de los mismos estuvo a cargo de los investigadores y se establecieron algunas alianzas locales de manera que se contó con la colaboración de los asistentes técnicos de atención primaria (ATAPS) para la realización de grupos focales (Ver guía de grupo focal en el Anexo 3).

## Procesamiento de los datos

Se diseñó una base de datos en Epi-Info y posteriormente se exportó al Programa SPSS para Windows, versión 10. El procesamiento de los datos se realizó durante el mes de setiembre. El mismo estuvo a cargo de los investigadores con supervisión de la directora de tesis. Se contó, además, con asesoría estadística para el análisis de los datos por parte de la directora de tesis (MSc. Hilda Núñez-Rivas, INCIENSA).

Se realizó análisis de estadística descriptiva para determinar posibles problemas numéricos que podrían incidir en las medidas de asociación a estimar. Luego se realizó análisis bivariado entre las variables independientes y cada una de las dependientes (conocimientos y actitudes), pruebas de chi-cuadrado para variables categóricas y de varianza como técnica estadística adecuada para variables continuas. Posteriormente, se aplicaron modelos multivariados para calcular las desigualdades relativas según género, escolaridad, lugar procedencia y nivel socioeconómico con relación a los conocimientos de la población de estudio. Se calculó la desigualdad relativa tomando el antilogaritmo del coeficiente de regresión logística.

Los valores de  $p < 0.05$  se consideraron estadísticamente significativos, por lo que se trabajó con un 95% de confianza.

Con base en la información cuantitativa, se profundizó en las actitudes hacia la lactancia materna de la población de estudio. Se realizaron cuatro grupos focales siguiendo la metodología de Taylor y Bodgan, con diez adolescentes cada uno, considerando sexo y procedencia.

Para el análisis de la situación socioeconómica se utilizó como referencia la metodología descrita por Madrigal para determinar indicadores de situación socioeconómica (75).



## RESULTADOS

Los y las adolescentes entrevistadas representaron aproximadamente el 10% de la población adolescente (de 10 a 19 años) que vivía en las zonas seleccionadas en el período examinado, respectivamente. Todos aceptaron voluntariamente participar en la investigación. En los cuadros No. 2a y 2b se presentan la distribución de la muestra total, según características sociodemográficas: grupos de edad, procedencia urbana o rural, nivel socioeconómico, estructura familiar, número de hermanos y escolaridad.

**Cuadro 2a**  
**Distribución porcentual de las y los adolescentes del estudio, según grupo de edad, área geográfica, situación socioeconómica y escolaridad**

Característica	Población Total (n=200)	Mujeres (n=105)	Hombres (n=95)
<b>Grupo de edad (años)</b>			
10 -14	49.0	49.7	49.8
15 -19	51.0	50.3	50.2
<b>Area</b>			
Urbano	50.0	53.0	47.0
Rural	50.0	52.0	48.0
<b>Situación Socioeconómica</b>			
Bajo	76.0	71.5	72.7
Medio	20.0	20.9	18.9
Alto	4.0	7.6	8.4
<b>Escolaridad de los y las adolescentes</b>			
Analfabeta	0.0	0.0	0.0
Primaria incompleta	10.5	9.5	10.5
Primaria completa	15.0	14.2	15.7

**Fuente:** Gríos, C; García L. MASS; 2003

En el área urbana, 47% fueron hombres y 53% mujeres del total de 100 adolescentes entrevistados. En el área rural 48% fueron hombres y 52% mujeres del total de 100 adolescentes entrevistados. La edad promedio de los y las adolescentes de la zona urbana fue de  $14.3 \pm 4.7$  años y en zona rural fue de  $14.9 \pm 4.1$  años.

**Cuadro 2b**  
**Distribución porcentual de los y las adolescentes del estudio, según escolaridad (continuación), estructura familiar y número de hermanos**

Característica	Población Total (n=200)	Mujeres (n=105)	Hombres (n=95)
<b>Escolaridad de los y las adolescentes</b>			
Secundaria Incompleta	20.5	21.9	18.9
Secundaria Completa	47.0	45.7	48.4
Universitaria	7.0	5.7	8.4
<b>Estructura Familiar</b>			
Nuclear	58.5	58.0	57.7
Matriarcal	29.3	29.4	30.0
Extendida	12.2	12.6	12.3
<b>Número de Hermanos</b>			
0 (Hijo o hija única)	6.8	7.62	6.3
1 - 3	66.2	66.7	65.3
4 - 6	24.1	22.9	25.3
>6	2.9	2.9	3.2

**Fuente:** Gríos, C; García L. MASS; 2003

El 16% de las adolescentes en el área urbana tenían una relación de pareja estable; de éstas, el 10% se encontraba en unión libre y el 6% estaba casada. Los adolescentes en el área urbana estaban casados en un 2% y en unión libre en un 3%. En el área rural, 7% de las adolescentes

tenía una relación de pareja estable, de las cuales 3% estaba casada y 4% en unión libre. De los adolescentes sólo 2% estaban en unión libre y ninguno estaba casado.

En cuanto al estado socioeconómico según el índice utilizado para medir situación socioeconómica descrita en la metodología, arrojó los siguientes datos: en el área urbana ninguno tenía nivel socioeconómico alto, 18% correspondió al medio y 82% al bajo. En el área rural, 8% tenía nivel alto, 27% nivel medio y 65% nivel bajo (ver cuadro No. 3).

<b>Cuadro 3</b> <b>Distribución porcentual de la población del estudio de las áreas urbano y rural según situación socioeconómica y escolaridad de los y las adolescentes</b>		
<b>Característica</b>	<b>Urbano (N=100)</b>	<b>Rural (N=100)</b>
<b>Situación Socioeconómica</b>		
Bajo	82%	65%
Medio	18%	17%
Alto	0%	8%
<b>Escolaridad de los y las adolescentes</b>		
Analfabeta	0%	0%
Primaria incompleta	16,6%	5%
Primaria completa	20,0%	10,2%
Secundaria incompleta	25,0%	15,2%
Secundaria completa	33,3%	59,9%
Universitaria	5,1%	9,7%

*p<0,05*

**Fuente:** Gríos, C; García L. MASS; 2003

En promedio, las familias en el área rural constaban de tres a cuatro miembros y en el área urbana de seis miembros aproximadamente. En cuanto al nivel de escolaridad no hubo diferencias estadísticamente

significativas entre hombres y mujeres (ver cuadro 2a y 2b), pero sí entre urbanos y rurales (ver cuadro 3).

Todos los y las adolescentes entrevistados tenían algún grado de conocimiento acerca de la lactancia natural. En cuanto a la variable conocimiento hubo diferencias estadísticamente significativas entre los sexos, procedencia y grupos de edad (ver figuras 1-3).

El 51% de las mujeres mostraron conocimientos insuficientes, 14% conocimientos amplios y 35% conocimientos suficientes (n=105). El 60% de los hombres mostró conocimientos insuficientes, 25% conocimientos suficientes y 15% conocimientos amplios (n=95). Según su procedencia, en el área rural 46% mostraron conocimientos insuficientes, 34% conocimientos suficientes y 20% conocimientos amplios (n=100); en el área urbana, 56% mostraron conocimientos insuficientes, 28% conocimientos suficientes y 16% conocimientos amplios (n=100).

Según grupos de edad, la variable conocimiento arrojó los siguientes resultados: en el grupo de 10 a 14 años, 56% mostraron conocimientos insuficientes, 29% conocimientos suficientes y 15% conocimientos amplios (n=98); en el grupo de 15 a 19 años, 48% tenía conocimientos insuficientes, 36% conocimientos suficientes y 16% conocimientos amplios (n=102).

En cuanto a conocimientos suficientes y amplios, los y las adolescentes describieron beneficios para el niño (protección de enfermedades, diarrea y resfrío), beneficios económicos (ahorro de dinero), ahorro de tiempo, ahorro de trabajo; la lactancia natural fue

descrita como el mejor alimento para el bebé y debía ser iniciada desde que el niño nace.

En cuanto a conocimientos insuficientes se mostró desconocimiento sobre el coeficiente intelectual en el niño, en la prevención de algunos tipos de cáncer en la mujer, en la protección de la lactancia materna sobre la obesidad y otras enfermedades, en el tiempo de amamantamiento (hasta los tres meses de edad), en cuanto al inicio de la ablactación y a la conservación de la leche materna.

En cuanto a conocimientos insuficientes, además de lo anterior, se describió el biberón y la chupeta como inofensivos para los niños, desconocimiento sobre alguna ley sobre la lactancia natural y el desperdicio de tiempo por parte de la madre (tiene que pedir vacaciones para poder amamantar).

Con respecto a creencias y mitos sobre la lactancia natural, los y las adolescentes describieron que la madre que amamante "se engorda porque le da más hambre" y que esto "se agrava si son gemelos"; y que hay ciertos alimentos que la madre no debe comer: "repollo, frijoles, chile picante, alimentos con sabor ácido". Sin embargo, se observa que los hombres en su mayoría tienen creencias y mitos que enfatizan la sexualidad y la imagen corporal; en cambio las mujeres si bien es cierto que el rol sexual está presente, también abarcan la alimentación y los cuidados del niño como tal.

Asimismo, describieron que los niños que nacen amarillos necesitan hierro de las fórmulas lácteas; que la lactancia natural es muy dolorosa;

que la leche de vaca es mejor para los huesos del niño; que las madres delgadas no tienen buena leche; que a las mujeres que amamantan se les deforman los pechos; que a la mayoría de las mujeres “sólo les funciona un pecho”; que la madre que amamanta “está como en cuarentena y no puede tener relaciones sexuales”.

Con respecto a la actitud hacia la lactancia natural según sexo y grupo de edad, en el grupo de las adolescentes de 10 a 14 años, 95% de las mismas piensan tener hijos, pero sólo 90% piensan amamantar a los mismos. En el grupo de 15 a 19 años, 87% de las mismas piensan tener hijos pero sólo 62% piensan amamantarlos. En cuanto a los adolescentes, en el grupo de 10 a 14 años, 98% piensan tener hijos y 95% piensan apoyar el amamantamiento; en el grupo de 15 a 19 años, 97% piensan tener hijos pero sólo 79% le gustaría que sus hijos fueran amamantados (ver figura 4).

En cuanto a los factores del entorno que influyen en la actitud positiva para el amamantamiento de los y las adolescentes; para las mujeres, los factores que más influyeron en orden de importancia fueron: amigas adolescentes que han amamantado a sus hijos, que en su familia se acostumbre amamantar, el hecho de no haber sido amamantado y por último, familiar cercano que ha amamantado. Para los hombres sin embargo, el orden de importancia fue: costumbre familiar, familiar cercano que ha amamantado, congénere que ha amamantado y por último el hecho de no haber sido amamantado (ver figura 5).

En cuanto a los adolescentes que respondieron que no planean amamantar a sus hijos, los factores que influyeron en la actitud negativa,

para las mujeres en orden de importancia fueron: no haber sido amamantada, familiar cercano que no amamantó, congénere que no amamantó y por último costumbre del entorno familiar. Con respecto a los varones, el resultado fue similar, aunque con porcentajes diferentes (ver figura 5).

La población adolescente prefirió que personas iguales a ellos(as), les hablen al respecto y el contacto con tecnologías más dinámicas: videos, sociodramas en lugares no usuales como por ejemplo, playas, malls, estadios, áreas verdes, entre otros lugares visitados por ellos; como método para aprender sobre la lactancia natural.

Con base a los conocimientos insuficientes de los y las adolescentes, a sus creencias y percepciones en el futuro, definimos puntos críticos para explorar las actitudes hacia la lactancia materna en los grupos focales (ver anexo); los resultados fueron los siguientes:

--- Expresiones de los adolescentes del área urbana:

- 1.- Los hombres apoyamos a las mujeres trabajando (15 años).
- 2.- Si ella me lo pidiera, yo le ayudaría (14 años).
- 3.- Los pechos tienen que servir para todo (18 años).
- 4.- Si mi hijo quisiera, sería obligación de ella darle (17 años).
- 5.- Con un caliente como yo, quien sabe si le va a dar tiempo para eso (18 años).
- 6.- Yo creo que el sexo no es todo, además no todos los niños son comelones (14 años).
- 7.- Yo no entiendo para qué quieren hablar de eso (17 años).

--- Expresiones de los adolescentes del área rural:

- 1.- Ahora todo es parejo, los dos trabajan, hay que ayudarse (18 años).
- 2.- A mi me gustaría, se ven bonitas dando leche. Es un asunto hasta bíblico (14 años).
- 3.- Por la salud de los niños debe ser así, pero equilibrado porque el hombre tiene que trabajar (16 años).
- 4.- Por la salud de los niños y por la bolsa de los hombres, es lo mejor (14 años).
- 5.- Sería algo bueno, aunque uno no se acuerda si no fuera por las fotos (14 años).
- 6.- Yo conozco a una mae que no le dieron de mamar porque nació con dientes, idilla pero eso ya no sería culpa de la mujer, sino le da (14 años).

En general los adolescentes de ambas zonas geográficas identifican su rol en la lactancia natural, como de apoyo a la pareja, como ayuda para el soporte del hogar, le dan importancia al rol sexual de los pechos y presentan una actitud machista (relación de poder) con su pareja.

--- Expresiones de las adolescentes del área urbana:

- 1.- No sé, a mi me han dicho que los niños se vuelven como adictos al pecho (17 años).
- 2.- Mi hermana le dio de mamar a mi sobrino menor, con mucho dolor, pero es el más sano de todos (14 años).
- 3.- Si una los acostumbra sólo a la teta, una no tiene vida, eso dice mi mamá (16 años).
- 4.- El peso no es tanto el problema, es que ya una no vuelve a ser igual (18 años).



5.- Yo tengo primos que mis tías no les dieron de mamar y están en la universidad, son muy inteligentes (15 años).

6.- Ahora hay muchas comodidades, yo creo que yo voy a preferir trabajar y darle biberón a mis hijos (18 años).

--- Expresiones de las adolescentes del área rural:

1.- Es una obligación de la mujer, la trae desde que nace (14 años).

2.- Bueno, si en un caso a mi marido no le gusta, yo negociaré (15 años).

3.- Yo no sé que voy a hacer, hasta que tenga más edad, pensaré en eso (17 años).

4.- No sé, a veces yo veo a los chiquillos con biberón o con chupeta y se ven tan lindos (16 años).

5.- Mi hermana mayor dice que es mejor dar el pecho al principio y antes de ir a trabajar, el biberón (14 años).

6.- Yo lo haría pero sólo en el cuarto (14 años).

En general las adolescentes de ambas zonas geográficas muestran más preocupación por la salud del niño y por la imagen corporal.

Las estrategias de promoción de la lactancia materna en la zona de los Santos, barrio Sagrada Familia de San Pablo de León Cortés Castro y del Rodeo de San Marcos de Tarrazú, según entrevista realizada a la Srta. María de los Ángeles Blanco Castro (Técnica de Nutrición del Ministerio de Salud) son:

Educación individual

Charlas educativas

Murales Educativos con ilustraciones alusivas

En la semana de Lactancia Materna se hicieron talleres con el personal de Salud del área de los Santos y de Cartago: CCSS y MS.

En los CenCinai: educación a las madres embarazadas y lactantes mediante los programas de leche y comidas calientes. Se coordina la educación con la CCSS en los cursos psicoprofilácticos en la parte nutricional y es impartida por medicina, enfermería y técnica de nutrición.

De acuerdo a entrevistas realizadas en la Clínica de Pavas con la Lic. Nury Calvo y con el coordinador del EBAIS Metrópoli de Rincón Grande de Pavas, no existen estrategias definidas en esta zona para la promoción de la Lactancia Natural, sólo se incluye una charla de inducción en el curso psicoprofiláctico de preparación para el parto.

## DISCUSIÓN

El asentamiento de finca San Juan, ubicada en Rincón Grande de Pavas, se originó cuando el gobierno decidió buscar una solución parcial y provisional a las necesidades habitacionales de precaristas que habían invadido algunos terrenos. Los terrenos seleccionados para la construcción de viviendas son de suelo arcilloso, lo que dificulta el buen funcionamiento del sistema de letrización. Las aguas negras y servidas se mantienen inadecuadamente y contaminan el ambiente. Además, las zonas verdes y áreas recreativas han ido cediendo sus espacios para la construcción de nuevas viviendas.

Las localidades de Rodeo y Sagrada Familia ubicadas en los cantones de San Marcos y San Pablo respectivamente, no presentan condiciones óptimas para vivir por sus características marginales, existe hacinamiento y poca oferta de trabajo, por lo que los lugareños tienen que viajar al Valle Central en busca de trabajo o comercializar algunos productos propios de la Zona de Los Santos.

Dentro de estas comunidades, los hombres provenientes del área urbana tienen menores conocimientos sobre la lactancia natural en comparación a las mujeres, y entre los hombres, el grupo comprendido entre los 10 y los 14 años, mostró los porcentajes más altos de desconocimiento (a menor edad, mayor desinformación). Las mujeres que mostraron más conocimientos fueron las del área rural y en edades comprendidas entre los 15 y los 19 años, es decir, a mayor edad más conocimiento. Esto se correlaciona con otros estudios que han demostrado que las adolescentes mayores (más de 16 años) tienen mejores

conocimientos sobre la lactancia materna (59). No se encontró en la literatura nacional e internacional estudios que hayan explorado conocimientos sobre lactancia entre hombres y mujeres.

Con respecto a la actitud hacia el amamantamiento se observó que las mujeres con edades entre los 10-14 años exhiben mejores actitudes, pues planean amamantar a sus hijos en mayor porcentaje que las de 15 a 19 años; en cambio los hombres exhiben actitudes positivas y planean apoyar la decisión del amamantamiento en ambos grupos etáreos. Las mujeres de 15 a 19 años presentan el porcentaje más bajo en cuanto a la decisión de amamantar a sus hijos. Esto se opone a la tendencia observada en Costa Rica después de los años ochenta, donde se supone que las mujeres con más años, con mayor escolaridad y mejores condiciones socioeconómicas presentan mayor prevalencia de la lactancia natural (5). Se opone también a los hallazgos de otras investigaciones donde a mayor conocimiento se tendrá una decisión más favorable hacia el amamantamiento (32). Un hallazgo similar al de esta investigación fue observado por otros autores donde muestran que a pesar del conocimiento adquirido, las adolescentes continúan amamantando a un menor porcentaje que las mujeres adultas (7).

Apoyando la hipótesis de que el amamantamiento es un comportamiento socialmente aprendido, se encontró que las adolescentes que han estado expuestas a modelos (familia, congéneres) que han amamantado, tienen una actitud más positiva al amamantamiento; las adolescentes que han sido amantadas muestran más actitudes positivas que las adolescentes que no lo han sido. Los resultados también se correlacionan con el hecho de que las adolescentes que planean

amamantar tienen actitudes más positivas hacia la lactancia que aquellas que planean utilizar el biberón (32,42,59). Todo esto apoya la teoría del aprendizaje social del amamantamiento.

De acuerdo con hallazgos anteriores en otros estudios (4,6,7,52,59), encontramos tres principales influencias sobre la actitud de los y las adolescentes hacia el amamantamiento: a) sus percepciones sobre los beneficios del amamantamiento, b) sus percepciones sobre los problemas con el amamantamiento y c) la influencia de personas en sus vidas que promueven o mitigan muchos de estos factores. Estas influencias fueron similares en ambas zonas geográficas estudiadas. Las madres de las adolescentes continúan siendo importantes figuras en la decisión del amamantamiento.

Las adolescentes en este estudio identificaron como barreras primarias para el amamantamiento: el dolor, la preocupación sobre la exposición en público (descrita en términos de "pena", "vergonzoso" y "llama la atención") y el discomfort con el acto del amamantamiento; hallazgos similares han sido reportados en la literatura (7,32,59). El seno se identifica (desde el punto de vista de los y las adolescentes) en un rol primariamente sexual y no alimenticio; y es destacable la preocupación acerca de la figura de la mujer desde el punto de vista sexual, tanto para ellos como para ellas, preocupación expresada en términos de imagen corporal y frecuencia de relaciones sexuales. Sin embargo, también identificaron el amamantamiento como un acto de amor, de apego y como un rol socialmente heredado.

El papel del adolescente en la decisión de la alimentación del bebé no ha sido explorado en estudios anteriores. Encontramos que los adolescentes encuentran esta decisión como primaria de ellas y que no se ven a sí mismos como partícipes directos de esa responsabilidad; sino fuera de ella. Se ven a sí mismos como "colaboradores en caso necesario" y ven en los senos un rol primariamente sexual como parte de un todo global en él insertan a la pareja como primariamente para el sexo (mujer como objeto sexual). Sus expresiones reflejan las desiguales relaciones de poder en la pareja en este aspecto ("si mi hijo quisiera, sería obligación de ella darle") y el machismo generalizado arraigado en los adolescentes costarricenses.

La población adolescente prefiere que personas iguales a ellos(as), les hablen al respecto y el contacto con tecnologías más dinámicas: videos, sociodramas en lugares no usuales como por ejemplo, playas, malls, estadios, áreas verdes, entre otros lugares visitados por ellos. Esto corrobora el hecho demostrado en otras investigaciones (5) que las técnicas individuales pueden lograr cambios en un 45% de los casos, las de grupo en un 33% y las técnicas de público sólo en un 22% de los mismos. A nivel local en estas comunidades, se realiza un abordaje grupal y público, no dirigido a adolescentes de ambos sexos, sino básicamente a aquellos que están viviendo la experiencia del embarazo.

Las estrategias de promoción podrían entonces iniciarse a nivel local, replanteando la población blanco y haciendo énfasis en las técnicas individuales y novedosas que tendrán a la postre mejor repercusión en sus conocimientos y actitudes.

La implementación de los sistemas locales de salud, con nuevas responsabilidades y formas de interacción organizacional, exigen una capacidad gerencial antes poco demandada. Las prácticas tradicionales ya no son suficientes para una era de expectativas crecientes sobre la eficacia de los servicios de salud. Como parte de esta nueva acción gerencial, que interfiere en la realidad con visión de largo plazo y de progreso continuo en la gestión de la salud, la promoción de la lactancia natural nos insta a nuevos emprendimientos en busca de recursos educativos novedosos.

La calidad de la decisión debe ir acompañada siempre de una aplicación eficiente; en este sentido, el conocimiento basado en la evidencia, es decir, en hechos reales acerca de cómo piensan y sienten los y las adolescentes de nuestro país y sus conocimientos sobre la lactancia natural, permitirá gerenciar de una manera más eficaz y eficiente las estrategias de promoción en este tema.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La mayoría de los y las adolescentes no padres y no madres en las comunidades estudiadas, han considerado la lactancia natural como opción para alimentar a sus futuros bebés, aunque muchos no han llegado a conclusiones firmes al respecto.

El término "lactancia materna" no es familiar entre la población adolescente. Para educar y promocionar la lactancia natural, se debe usar vocabulario apropiado (sencillo y familiar): "dar de mamar", "leche materna".

Aproximadamente 6 de cada 10 adolescentes tienen conocimientos insuficientes sobre la lactancia materna; una cuarta parte tiene conocimientos suficientes y menos de la quinta parte amplios. La población con más conocimientos insuficientes correspondió a los hombres urbanos de 10 a 14 años y con mejores conocimientos a las mujeres rurales de 15 a 19 años.

Entre los beneficios de la lactancia natural que conoce la población adolescente, están los relacionados con el ahorro económico, de tiempo, y la protección en el niño de enfermedades infecciosas, lo cual indica que tienen conocimientos muy limitados. No obstante, también indica que les interesa el tema de lactancia natural. Mostraron mucho interés con respecto al desarrollo y la salud de los niños y gran preocupación por el costo de la vida.



Se debe trabajar en la promoción de los otros innumerables beneficios de la leche materna para el niño, la madre, el padre, la familia, la comunidad, la ecología, etc.; así como en divulgar las desventajas del uso del biberón y la chupeta.

El uso en los niños de los biberones y las chupetas con diseños graciosos les llamó la atención; por lo tanto para la promoción de la lactancia natural se debe incorporar un actor social muy importante, la publicidad, como parte de una estrategia de mercadeo social, donde si bien es cierto no se ha demostrado que mejore de manera efectiva la actitud de los y las adolescentes hacia la lactancia natural; sí puede contribuir a captar su atención sobre este tema, de manera que luego se profundice en las técnicas individuales.

Un buen acercamiento sería iniciar con la promoción de los beneficios para el niño (mostraron mucho interés) y en aspectos estéticos y de sexualidad. La recuperación de la figura (pérdida de grasa) y que la lactancia no es una enfermedad, durante la misma no se pierde el placer sexual.

Para muchos autores, las decisiones acerca del amamantamiento son hechas mucho antes del estado gestante, y las actitudes hacia el mismo pueden cambiar durante la adolescencia, por lo tanto desde nuestro rol de proveedores, nos es obligatorio considerar las relaciones de poder que se dan entre los géneros y la socialización que se da entre los mismos. Se debe desmitificar "el trabajo" como único medio de apoyo a la mujer y la función exclusiva de los senos hacia lo sexual. También se debe trabajar en lo natural del acto de amamantar. La mayoría no "vio con buenos ojos"

que se haga “sin taparse” y mucho menos en lugares públicos (parques, buses, etc).

Además debemos considerar que el tener buenos conocimientos sobre la lactancia materna, no necesariamente da como resultado actitudes positivas hacia la misma; así como también el hecho de que los estudios sobre madres adolescentes han demostrado que la educación prenatal puede aumentar la duración pero no la incidencia de la lactancia natural; por lo que las intervenciones deben realizarse antes de esta etapa en los y las adolescentes, cuando sus actitudes pueden ser cambiadas.

La mayoría de los y las adolescentes con actitudes (percepciones) negativas hacia la lactancia natural habían escuchado “malas experiencias”; esto refleja que se debe trabajar en las creencias y mitos de la lactancia materna con la familia (figuras referenciales madre y hermana), personal de salud y maestros, como parte de una estrategia de mercadeo social a blancos secundarios, y con madres y padres adolescentes para mejorar la percepción hacia la lactancia materna (joven educando joven).

Esto nos reta a ser creativos(as) en la promoción de la lactancia natural, evitar la entrega de folletos y preferir las técnicas individuales que puedan lograr cambios duraderos y sostenidos. Se debe tener en cuenta que la población adolescente prefiere que personas iguales a ellos(as), les hablen al respecto y además, prefieren el contacto con tecnologías más dinámicas.

Este estudio muestra que la elección acerca de la alimentación del bebé está asociada a una variedad de ideas entrelazadas, más que a un concepto único, por lo que las intervenciones educacionales altamente focalizadas pueden no ser efectivas. Promover la educación para la salud en las escuelas y colegios puede proveer una plataforma ideal para promover el amamantamiento. Las intervenciones en escuelas serían ideales pues llegarían a la población blanco, la población cautiva de ambos sexos. La exposición de la información acerca de la lactancia natural del adolescente varón es importante debido a la influencia del mismo sobre las decisiones alimentarias de los hijos. No se debe dejar lado tampoco, que la decisión de iniciar y mantener el proceso de amamantamiento está determinada también por el ambiente, por lo que en nuestro país, dependerá no sólo de acciones de tipo educativo, sino de mejoras reales en la situación económica y social de los hogares, que brinden igualdad de acceso a la información, educación y a la salud.

Esperamos que estas lecciones aprendidas sobre la lactancia natural en los y las adolescentes costarricenses, se utilicen para gerenciar en el futuro diseños de intervenciones educativas integradas, progresivas, sensibilizadas culturalmente y basadas en la evidencia, que permitan mejorar la incidencia de la lactancia natural en toda Costa Rica. Recordemos que la lactancia materna es la mejor herencia (sino la única en situaciones de pobreza) que podemos dejar a nuestros hijos para que estos se forjen un futuro mejor.

## BIBLIOGRAFIA CITADA

- 1.- Machado Vicenta. Lactancia Materna en Costa Rica: Factores asociados a la Prevalencia, Duración y Destete,1998. Tesis sometida para optar al grado de Magister Scientiae en Epidemiología. Universidad Nacional. PCVET, Heredia 2000.
- 2.- Leffer D. U.S. High School Age Girls may be receptive to Breastfeeding Promotion. Journal of Human Lactation 2000; 16:36-40.
- 3.- Hannon P. and cols. African-American and Latina Adolescent Mothers' Infant Feeding Decisions and Breastfeeding Practices: A Qualitative Study. Journal of Adolescent Health 2000; 26: 399-407.
- 4.- Tarrant M. and cols. Initiating and sustaining breastfeeding in Hong Kong: Contextual influences on new mothers' experiences. Nursing and Health Sciences 2002; 4:181-191.
- 5.- Morice A; Chaves S. La promoción de la Lactancia Materna en Costa Rica. Documento de Trabajo No.3. UNICEF, Costa Rica. 1998.
- 6.- Martínez G; Krieger FW. Milk Feeding Patterns in the United States. Pediatrics 1985; 76: 1004-09.
- 7.- Hjuffman SL. Determinants of Breastfeeding in Development countries: Overview and Policy Implications. Studies in Family Planning 1984; 15: 170-83.
- 8.- Hollowell I. and col. Cultura o Sociedad. Buenos Aires; Editorial Libros Básicos, 1965.
- 9.- Derrick Jelliffe y Patrice Jelliffe. The uniqueness of human milk. The American Journal of Clinical Nutrition, 24:968,1971.

- 10.- Mata L. and cols. Promotion of breastfeeding in Costa Rica: the Puriscal study. In: Jelliffe DB, Jelliffe EF. Programs to promote Breastfeeding. New York, NY: Oxford University Press; 1988:55-69.
- 11.- Clark L. Increasing Breastfeeding Rates to Reduce Infant Illness at the Community Level. Pediatrics 1988; 101: 837-44.
- 12.- Jacobs B. El resurgimiento de la lactancia natural. La Liga Internacional de la leche. 1979. México. 144.
- 13.- López ME Prevalencia de la lactancia materna y hábitos del destete en niños de un año, costa Rica. Tesis de Maestría en Salud Pública. Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia. 1986 Medellín, Colombia.
- 14.- Morice AC. Factores determinantes de la incidencia y duración de la lactancia materna en niños desnutridos. Rev. Med Hospital Nacional de Niños 1987; 2:177-186.
- 15.- Organización Mundial de la Salud. Modalidades de la lactancia natural en la actualidad Informa de Colaboración. OMS Ginebra. 1981. 170-185.
- 16.- Murillo S, Brenes H. Prácticas y creencias en nutrición y salud de madres rurales costarricenses. Rev Ciencias Médicas 1985; 6:17-28.
- 17.- Benavides Y. y cols. Creencias acerca de la Lactancia Materna en madres de lactantes del Valle Central. Tesis sometida para optar al grado de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica, San José 1987.
- 18.- Pugh L y cols. Breastfeeding Duration, Costs, and Benefits of a Support Program for Low-Income Breastfeeding Women. Birth 2002; 29:95-100.
- 19.- Morice A y Chaves S. Experiencia en la promoción de la lactancia materna en Costa Rica. San José, Costa Rica. 1998 (mimeografiado)

- 20.- Costa Rica. Asociación Demográfica Costarricense. Encuesta Nacional de Salud Reproductiva. Costa Rica 1978.
- 21.- Morice AC y cols. Conocimientos actitudes y prácticas de ginecoobstetras sobre lactancia Materna. Acta Pe. Costo. 1989; 3:27-39.
- 22.- Jiménez S. y Sánchez F. Creencias y Actitudes de los padres sobre la lactancia natural en un área rural costarricense. IV Congreso Nacional de Pediatría. 1985. San José, Costa Rica.
- 23.- Arroyo Ma y col. Escalas de actitud de Thurstone y Likert. Escuela de Formación Docente, Universidad de Costa Rica. San José s.p..
- 24.- Edgar Mohs Villalta. "Mesa redonda: El pediatra ante la lactancia materna" en Lactancia Materna. Un problema médico social. William Vargas G. et al. (San José: Centro de Docencia e Investigación de la Caja Costarricense de Seguro Social, 1980), 71.
- 25.- Morice A.C. et al. Conocimientos actitudes y prácticas de pediatras sobre lactancia Materna y alimentación infantil. Acta Pe. Cost. 1989; 2:57-66.
- 26.- Morice A.C. Lactancia Natural en Costa Rica: tendencias y factores de riesgo, período 1975-1990. 1992 s.p.
- 27.- Análisis de Situación Integral en Salud, Rincón Grande de pavas. 2002 (mimeografiado).
- 28.- Análisis de Situación Integral en Salud, Area de Salud Los Santos. 2002 (mimeografiado).
- 29.- Paine P y Dorea JG. Gender role attitudes and other determinants of breast-feeding intentions en Brazilian women. Child: Care, health and Development 2001; 27: 61-72.
- 30.- Brownell K and cols Barriers to Breastfeeding among african american adolescent mothers. Clinical Pediatrics 2002; 41: 669-673.

- 31.- Núñez H, Rojas A. Marco Teórico y Metodológico para la formulación de políticas locales de prevención y atención del embarazo en la adolescencia, con énfasis en comunidades urbanas pobres. Documento de Trabajo No.4. UNICEF, Costa Rica. 1999.
- 32.- Cusson R. Breast-feeding among female high-school students. *Pediatr. Nus.* 1985; 3:189-191.
- 33.- Núñez H., Rojas A. Aspectos socioculturales que median las prácticas de salud reproductivas de las personas adolescentes urbano-marginales: una aproximación a la atención integral. Informe sobre proyecto de investigación Tres Ríos, Costa Rica: INCIENSA, 1999.
- 34.- Kraupfskof, D y Cabezas M. Condiciones de embarazo en adolescentes. Aspectos psicosociales: área metropolitana de San José. *Actualidades de Psicología.* Instituto de Investigaciones Psicológicas. 1989; 5:42
- 35.- Meléndez, D. Contexto cultural de la maternidad y paternidad en adolescentes en Costa Rica. San José, Costa Rica: OPS/OMS. Programa de Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente, mayo de 1996.
- 36.- Marshall K., Kennell J. Maternal-infant-bonding. The impact of early separation or lost on family development. Saint Louis: The C.V. Mosby Company. 1976, pasim.
- 37.- Jelliffe DB y Jelliffe EF. Valor incomparable de la leche humana: diferencias psicológicas entre la lactancia natural y la artificial. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 1971.
- 38.- Mata L. Breast-feeding: main promoter of infant health. *The American Journal of Clinical Nutrition* 1978; 31:2058-63.
- 39.- Pincus, L. Secretos de la familia. New York: Panteon Books, 1978.
- 40.- Díaz C. et al. Encuesta Nutricional Antropométrica y de Hábitos Alimentarios en Costa Rica. *Rev. Méd. Costa Rica* 1977; 34:101-16.

- 41.- Pierre Thomas Claudet. "Papel de la alimentación en el desarrollo afectivo e intelectual del niño"; Flory Saborío Hernández, "Aspectos sociales de la lactancia materna"; Mario Tristán, "Aspectos antropológicos de la lactancia materna"; Carlos Díaz Amador, "Aspectos económicos de la lactancia materna", en Lactancia Materna. Un problema médico social. William Vargas G. et al. (San José: Centro de Docencia e Investigación de la Caja Costarricense de Seguro Social, 1980), 25-33.
- 42.- Vargas W y López ME. "Situación actual de la lactancia materna en Costa Rica", en Lactancia Materna. Un problema médico social. William Vargas G. et al. (San José: Centro de Docencia e Investigación de la Caja Costarricense de Seguro Social, 1980), 53-57.
- 43.- Jelliffe DB, Jelliffe EF. Valor incomparable de la leche humana: aspectos bioquímicos. Boletín de la oficina Sanitaria Panamericana. 1971.
- 44.- Jelliffe DB, Jelliffe EF. Valor incomparable de la leche humana: panorama general. Boletín de la oficina Sanitaria Panamericana. 1971.
- 45.- Krauskopf D. Informe Nacional sobre la salud sexual y reproductiva en la adolescencia costarricense. San José, Costa Rica.: Fondo de Población de Naciones Unidas, 1997.
- 46.- Yeo S. et al. Cultural views of breastfeeding among high school female students in Japan and the United States: A survey. J. Hum. Lact. 1994; 10:25-30.
- 47.- Asamblea legislativa. 1996. La Gaceta. Ley No. 7621 artículo 95.
- 48.- Gutiérrez L. Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud: El rol del equipo de salud materna infantil en la promoción del hábito de lactar al pecho. CSUCA 1979, pág. 18.
- 49.- Jelliffe DB, Jelliffe EF. Valor incomparable de la leche humana: aspectos económicos. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 1971.



- 50.- Vargas W y cols. Lactancia materna, un problema médico social. Caja Costarricense del Seguro Social. Centro de Docencia e Investigación. San José, Costa Rica. 1980, pág. 77.
- 51.- Ford NJ y cols. Destinations unknown: the gender construction and changing nature of sexual expressions of Thai youth. AIDS Care., 1994; 6:217-31.
- 52.- Lagarde M. Taller de Género y Salud. 11,12,y 13 de febrero, 1998. INCIENSA.
- 53.- Costa Rica. Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia. Embarazo y maternidad adolescentes en Costa Rica. Diagnóstico de situación y respuestas institucionales. Centro Nacional para el Desarrollo de la mujer y la familia, C. R: Centro Nacional para el Desarrollo de la mujer y la familia, Programa Mujeres Adolescentes de la Unión Europea, Comisión Nacional de Adolescencia, 1997.
- 54.- C.R. Ministerio de Cultura, Juventud y Deportes. La sexualidad en las voces de la juventud. San José, C.R.: Movimiento Nacional de Juventudes. 1997.
- 55.-Gutiérrez E. y cols. Pobreza y discriminación tienen rostro de mujer. En: Informativo CODEHU 1991. San José , Costa Rica 1992.
- 56.- Garita C y cols. Adolescentes de asentamientos en precario urbano: representaciones sociales de su situación socioeconómica (asentamiento la Lucía). Tesis para optar al grado de Licenciatura en Psicología. San José, C.R.: UCR, Facultad de Ciencias Sociales. Escuela de psicología, 1989.
- 57.- Krauskopf D. Adolescencia y educación. Dina Krauskopf Roger. San José, C.R.: EUNED 1992.
- 58.- Costa Rica. Ministerio de Planificación y Política Económica. Situación demográfica y políticas de población en Costa Rica. Informe para la

Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. San José, Costa Rica: Ministerio de Planificación y Política Económica, 1993.

59.- Ministerio de Salud. Fomento del hábito de lactar al pecho. San José, Costa Rica. 1986. pág 1-37.

60.- Ramalingswami V. Promotion and support of breastfeeding. Breastfeeding protecting a natural resource. UNICEF. s.l. 16-28.

61.- Marín B. Promoción de la lactancia materna mediante una acción educativa dirigida a mujeres embarazadas. Bol. Oficina Sanit. Panam. 1988; 104:14-21.

62.- Cuadernos de Nutrición. Promoción de la lactancia materna. México. 1984. 1984; 7: 16.

63.- Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. Publicación Científica. OPS/OMS 1977; 26-28.

65.- Frech D et al. Psicología Social. Madrid: Biblioteca Nueva. 1972.

66.- Álvarez R. Guía Práctica para la docencia en Salud. Organización Panamericana de la Salud. 1990;59-61.

67.- Bourges H. Costumbres, prácticas y hábitos alimentarios deseables e indeseables. Arch. Latinoam. Nutr. 1988; 38.

68.- Rice M. Educación en Salud, cambio de comportamientos, tecnologías de comunicación y materiales educativos. Bol. Oficina Sanit. Panam. 1985; 98: 65-77.

69.- Hayes B Inconsistencies among nurse in breastfeeding knowledge in counseling. J. Obst. Gyneco. Neonatal Nurs. 1981; 430-33.

70.- Sánchez G, Morice AC. Creencias y Prácticas populares sobre lactancia materna y alimentación de niño en comunidades rurales de Costa Rica. Inédito 1990. INCIENSA.

71.- Parraga I. Determinants of food consumption. J. Am. Diet. Assoc. 1990; 90:661-3.

72.- Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia. ¿Quién soy? ¿Quiénes somos? ¿Quiénes son?: Acercándonos a la identidad de género de las y los adolescentes y jóvenes.

73.- Bianco, Mabel. Mujeres, pobreza, derechos humanos y VIH/SIDA. Cuadernos Mujer Salud. 2003.

74.- Domínguez, Alejandra; Soldevilla, Alicia. Espacios para la Salud en mujeres de sectores urbanos. Cuadernos Mujer Salud. 2003.

75.- Madrigal J. La construcción de índices. San José, Costa Rica: Editorial UCR, 1997

## BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1.- Derrick Jelliffe y Patrice Jelliffe. Human milk in the modern world (Oxford: Oxford University Press, 1978), passim.

2.-Margaret McCann et al. La lactancia materna, la fecundidad y la planificación familiar. Population Reports, 24 (October, 1982), 3.

3.- Rodrigo Loría Cortés. Alimentación complementaria del niño alimentado al pecho y características de ese niño, en Lactancia Materna. Un problema médico social. William Vargas G. et al. (San José: Centro de Docencia e Investigación de la Caja Costarricense de Seguro Social, 1980).

4.- Carlos de Céspedes Montealegre. Composición química de la leche humana, en Lactancia Materna. Un problema médico social. William Vargas G. et al. (San José: Centro de Docencia e Investigación de la Caja Costarricense de Seguro Social, 1980), 13.

5.- Willy Hoffmaister Torres. Aspectos psicopatológicos de la alimentación infantil, en Lactancia Materna. Un problema médico social. William Vargas

G. et al. (San José: Centro de Docencia e Investigación de la Caja Costarricense de Seguro Social, 1980), 37.

6.- Margaret McCann et al. La lactancia materna, la fecundidad y la planificación familiar. Population Reports, 24 (October, 1982), 7.

7.- Caja Costarricense de Seguro Social. Encuesta Nacional de Salud Reproductiva. Fecundidad y formación de la familia San José, Costa Rica.: CCSS, 1993.

8.- Costa Rica. Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia. Embarazo y maternidad adolescentes en Costa Rica. Diagnóstico de situación y respuestas institucionales. Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia. 1 era edición. San José, Costa Rica.: Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia, Programa Mujeres Adolescentes de la Unión Europea, Comisión de Adolescencia, 1997.

9.- Costa Rica. Ministerio de Cultura, Juventud y Deportes. La sexualidad en las voces de la juventud. San José, Costa Rica: Movimiento Nacional de Juventudes. Mayo de 1997.

10.- Costa Rica. Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia. Maternidad y paternidad: las dos caras del embarazo adolescente. Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia. Primera Edición, San José, Costa Rica: Centro Nacional para el Desarrollo Nacional de la Mujer y la Familia. 1998.

11.- <http://www.ibfan.org/spanish/issue/bfundermined02-es.html>

12.- León E y otros. Utilización de los sistemas de información en la gerencia del Programa de Salud Reproductiva. San José, Costa Rica.: OPS/UCR/Escuela de Salud Pública, 1996.

13.- Luter, CK; et al. The effectiveness of a hospital-based program to promote exclusive breast-feeding among low-income women in Brazil. American Journal of Public Health. Vol 87. 1997.

- 14.- Mahan, K. Scott- Stump, S. Nutrición y Dietoterapia de Rause . Décima edición. Mac-Hill Interamericana. México.2000
- 15.- Muñoz Ch, Sergio. Políticas de atención a la adolescencia y juventud en Costa Rica. San José, costa Rica: comisión Nacional de Atención Integral a la Adolescencia / organización Panamericana de la Salud / programa Salud de la Mujer, Niño y Adolescente. Noviembre 1995.
- 16.- Periódico La Nación. Sección Viva. Artículo Papa de 15 a 19 años. 4 de junio del 2002.
- 17.- Schanler, R; et al. Pediatricians` Practices and Attitudes Regarding Breastfeeding Promotion. Vol 103. No 3. 1999.
- 18.- Vandale, S; et al. Programa de promoción de la lactancia materna en el Hospital General de México. Vol. 34. No 1. México. 1992.
- 19.- Hernández B., Ana María. Valorizar a 1000 millones de adolescentes: inversiones en salud y sus derechos. Estado de la población mundial. UNFPA; 2003.

## ANEXOS

## **ANEXO 1**

### **Instrumento de Recolección de Datos**

**ENCUESTA SOBRE LOS CONOCIMIENTOS Y LAS ACTITUDES DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE HACIA LA LACTANCIA NATURAL**

Fecha:                    ...../..... ...../..... ...../.....  
                                    Día        Mes        Año

1. Formulario No. .... / .... / ....

**Datos personales:**

1. Lugar de residencia: ..... 1. Rincón Grande, Pavas 2. Zona de Los Santos

2. Edad: ..... / ..... años cumplidos    Sexo: ..... 1. Masculino 2. Femenino

3. Último                    año                    de                    estudio                    aprobado:  
.....

4. Estado        civil:        .....        1. Soltero(a)        2. Casado        3. Otro  
(especificar): .....

5. ¿Cuántos hermanos(as) tenés? ..... / .....

**Información socioeconómica:**

6. ¿Cuántas personas viven regularmente en la casa que Vos habitas?  
..... / .....

7. ¿Cuántos aposentos tiene tu casa? ..... / .....

8. Indícame el parentesco que tienen esas personas con Vos:

1. Padre: .....                    4. Hermano(a): .....                    8. Amigo(a): .....  
2. Padrastro: .....                    5. Cuñado(a): .....                    9. Compañero(a): .....  
3. Madre: ..... 6. Primo(a): .....                    10. Otro: .....  
3. Madrastra: .....                    7. Sobrino: .....                    Especifique:  
.....

9. ¿La casa donde Vos vivís es? ..... 1. Propia 2. Alquilada 3. Prestada

10. ¿En la casa donde Vos vivís hay?:

1. Más de 1 televisor a color: .....                    1. Sí 2. No  
2. Refrigeradora de 2 puertas: .....                    1. Sí 2. No



- 3. Agua caliente en toda la casa: ..... 1.Sí 2.No
- 4. Servicio de cable TV: ..... 1.Sí 2.No
- 5. Servicio de Internet: ..... 1.Sí 2.No
- 6. Horno micro-ondas: ..... 1.Sí 2.No
- 7. Uno o más carros que no sean para trabajo: ..... 1.Sí 2.No

**Información sobre lactancia natural:**

11.¿Fuiste alimentado(a) con leche materna? ..... 1.Sí 2.No 3.No sabe

12.¿Tus familiares acostumbran alimentar a sus niños(as) con leche materna? ..... 1.Sí 2.No

13.¿En tu comunidad, las madres acostumbran alimentar a sus hijos(as) con leche materna? ..... 1.Sí 2.No

14.¿Conoces a alguna adolescente que haya alimentado o que esté alimentando a su hijo(a) con leche materna? ..... 1.Sí 2.No. Si responde que NO, pasar a la pregunta No.17.

15.Por favor, cuéntame sobre la experiencia de esa joven:  
.....

.....  
.....

16.¿Qué piensas sobre la experiencia de esa joven?: .....

.....  
.....

17.¿Qué es lactancia materna para vos?

.....  
.....

18.¿Por cuánto tiempo crees adecuado que un niño(a) sea alimentado con leche materna? ¿Y por qué?.....

.....

.....

19.¿Estarías de acuerdo en alimentar o que tus hijos(as) sean alimentados con leche materna? ..... 1.Sí 2.No

20.¿Por qué/Sí o No?

.....

.....

21.Voy a leerte una serie de oraciones y por cada una de ellas, por favor respóndeme si estás de acuerdo o no, usando las siguientes respuestas:

- 5.Absolutamente estoy de acuerdo
- 4.De acuerdo
- 3.Indiferente (le da igual)
- 2.No estoy de acuerdo
- 1.Absolutamente no estoy de acuerdo

<b>Oraciones</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
1.Es correcto que una madre amamante a su hijo(a) en el cuarto con el pecho cubierto					
2.Es correcto que una madre amamante a su hijo(a) en el cuarto con el pecho cubierto, delante de otras personas					
3.Es correcto que una madre amamante a su hijo(a) en el cuarto con el pecho descubierto					
4.Es correcto que una madre amamante a su hijo(a) en el cuarto con el pecho descubierto, delante de otras personas					
5.Es correcto que una madre amamante a su hijo(a) en lugares públicos (parque, bus, mall, Bancos, tienda) con el pecho cubierto					
6.Es correcto que una madre amamante a su hijo(a) en lugares públicos (parque, bus, mall, Bancos, tienda) con el pecho descubierto					
7.Un(a) niño(a) alimentado con leche de fórmula es más saludable que un(a) niño(a) alimentado a pecho					
8.Los(as) niños(as) que son amamantados tienen más posibilidades de ser más inteligentes que los(as) que no son amamantados					
9.La leche materna hace que el niño(a) se enferme					

menos					
10.La leche de vaca alimenta más al bebé que la leche materna					
11.La leche de cabra alimenta más al bebé que la leche materna					
12.Una madre que amamanta tiene menos posibilidades de padecer de cáncer de pecho que la que no amamanta					
13.La leche materna le ahorra dinero a la familia					
14.La leche materna le ahorra tiempo a la familia					
15.El asunto de cómo alimentar al bebé es responsabilidad de la madre					
<b>Oraciones</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
16.Los bustos de las mujeres que han dado de mamar se vuelven feos					
17.El dar de mamar hace que las madres aumenten de peso					
18.El dar de mamar les ayuda a las madres a disminuir de peso					
20.Una mujer que ha sido operada de los pechos no puede dar de mamar					
21.A los hombres les interesa saber sobre la lactancia materna					
22.El(la) bebé debe ser alimentado con leche materna desde que nace					
23.Dar de mamar al bebé es doloroso					
24.No existe ninguna ley que tenga que ver con la lactancia materna					
25.El biberón es la mejor opción para las madres que trabajan					
26.Durante el amamantamiento, las mujeres pierden el interés sexual					
27.Durante el amamantamiento, los hombres pierden el interés sexual					
28.Cuanto más grandes sean los pechos más leche se produce					
29.Una mujer de pechos pequeños no puede dar de mamar					
30.Una mujer de pechos muy grandes no puede dar de mamar					
31.Una mujer muy delgada no puede dar de mamar					
32.Una mujer muy gorda no puede dar de mamar					
33.Durante los primeros 6 meses de vida, los bebés deben ser alimentados únicamente con leche materna					
34.Siempre hay que darle al bebé, otro tipo de leche,					



29.¿Cómo crees que es más conveniente que los(as) jóvenes aprendan sobre el tema de la lactancia materna?

..... 1.Video

..... 3.Libros

..... 2.Folletos

..... 4.Escuchando experiencias de gente

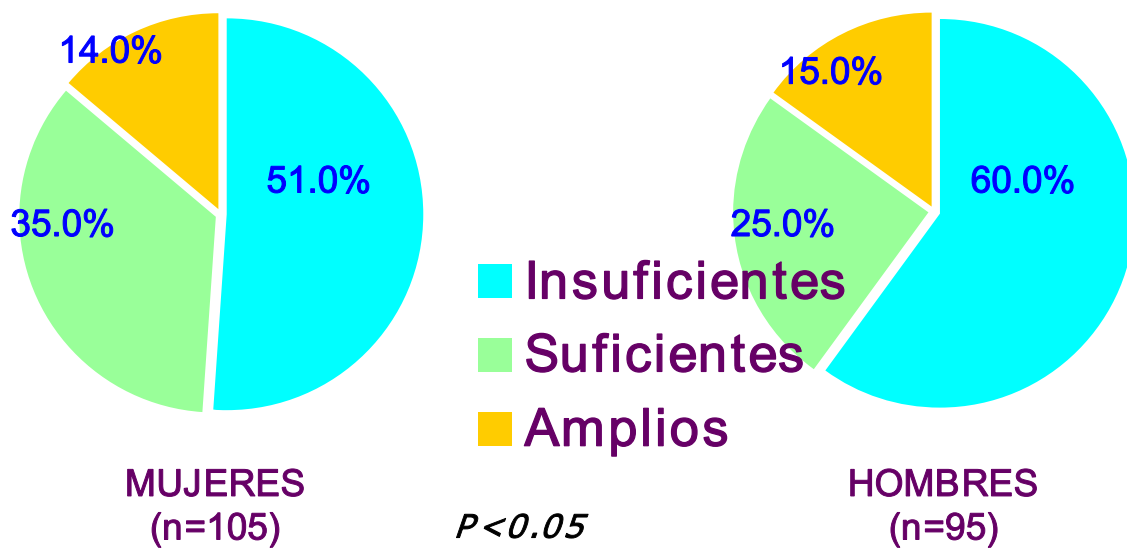
.. 5.Otra forma de aprender: .....

Especificar

## **ANEXO 2**

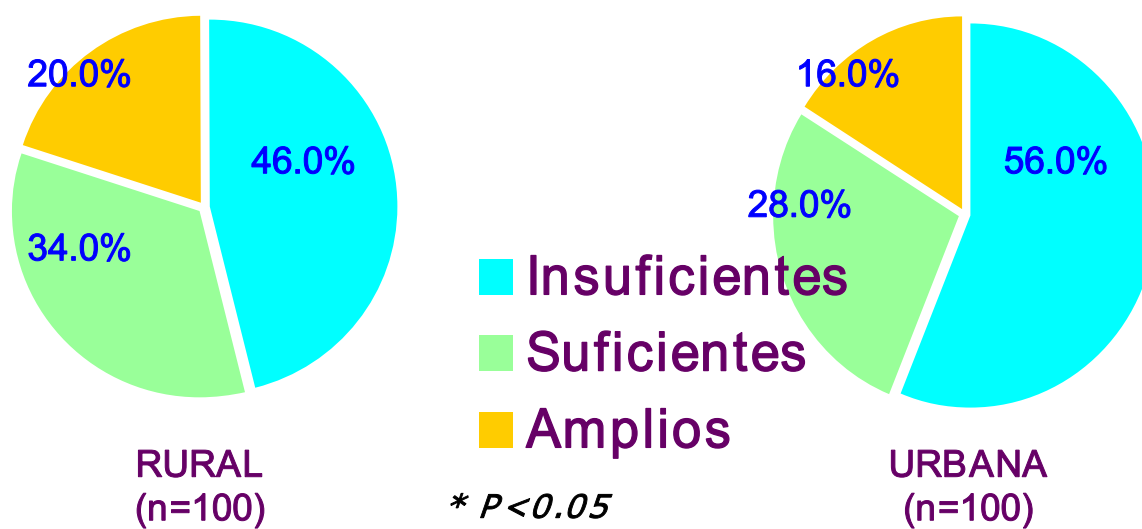
### **Gráficos**

**Figura 1**  
**Distribución porcentual de la población de estudio**  
**según sexo y grado de conocimientos**



Fuente: Gríos C., García L. MASS, 2003.

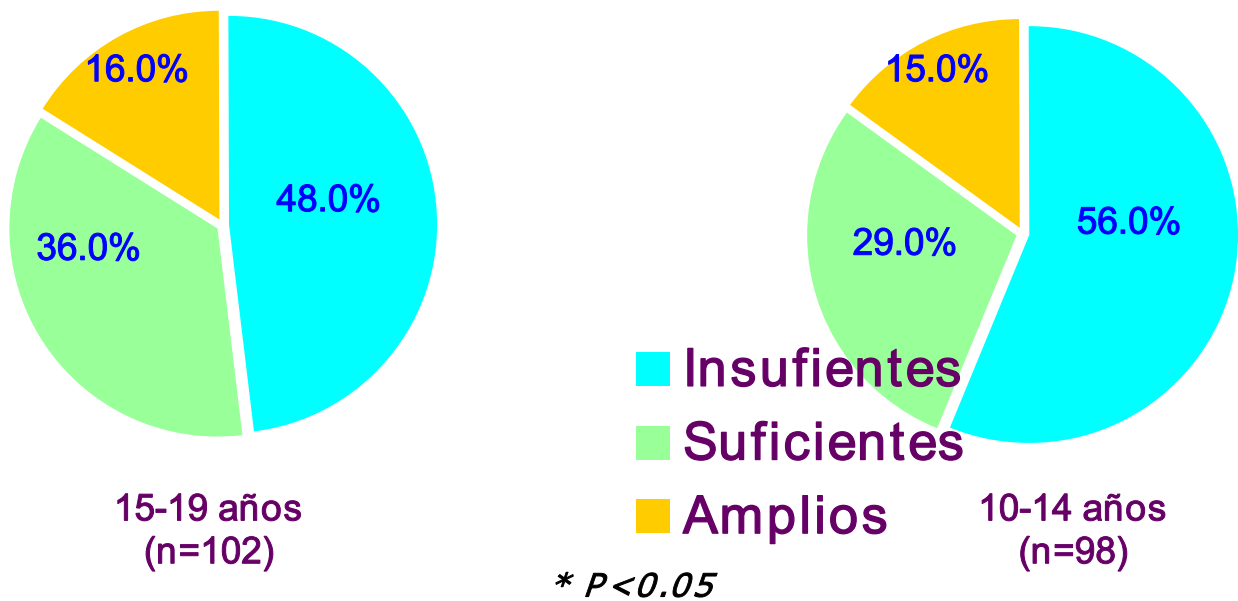
**Figura 2**  
**Distribución porcentual de la población de estudio**  
**según procedencia y grado de conocimientos**



Fuente: Carla G., García L., MASS, 2003.

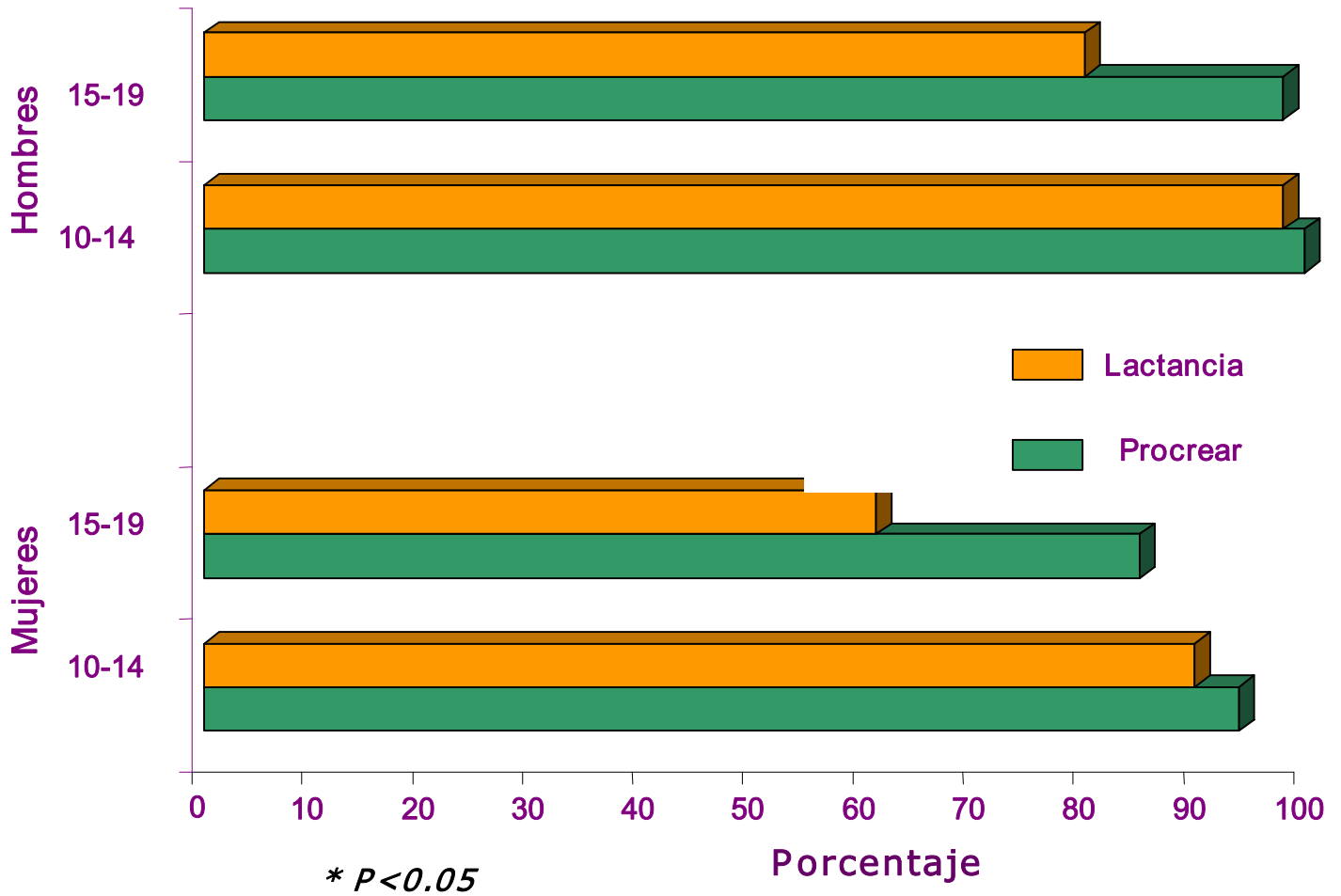


**Figura 3**  
**Distribución porcentual de la población de estudio**  
**según grupo de edad y grado de conocimientos**



Fuente: Gríos, C., García L. MASS, 2003.

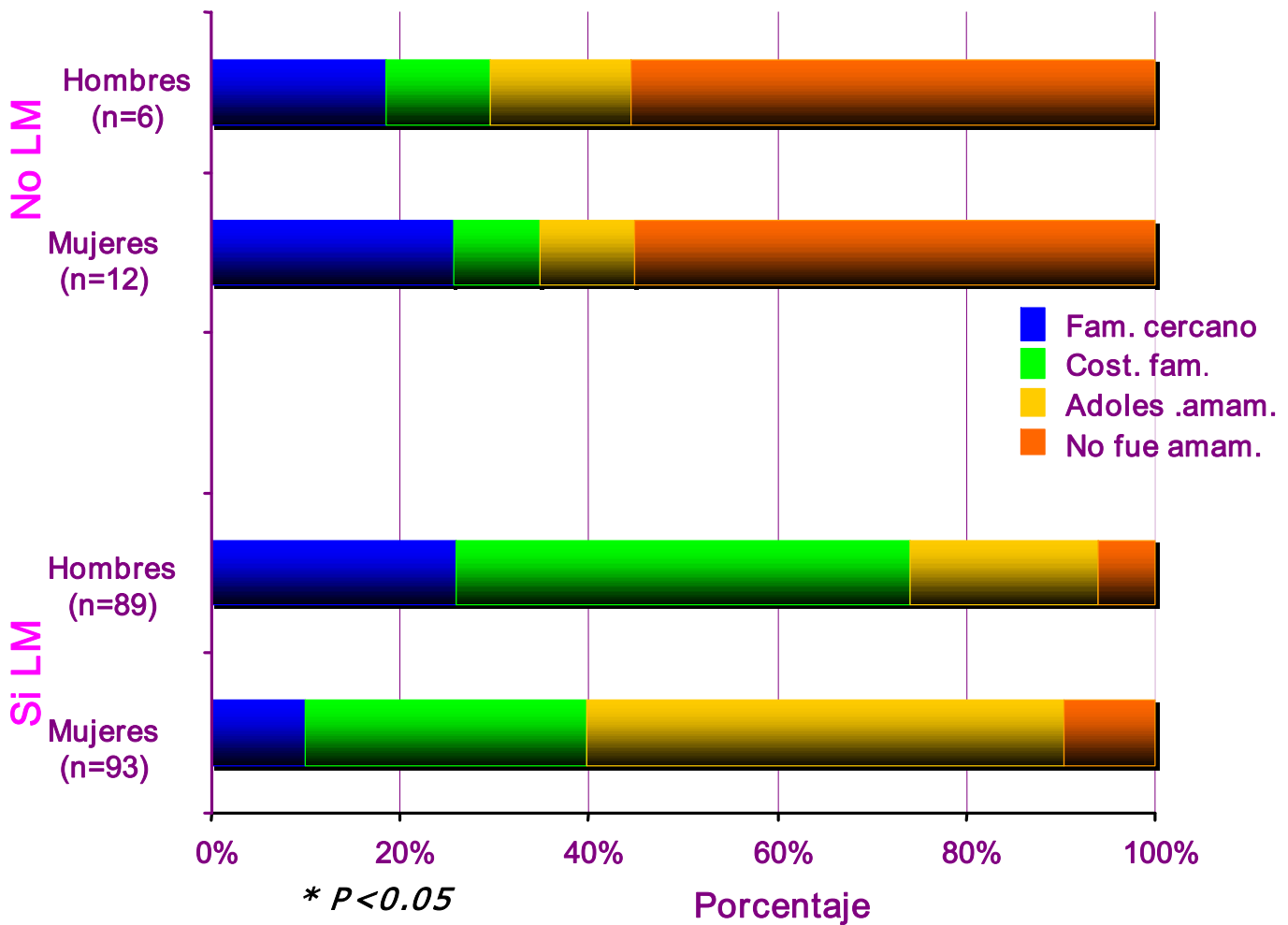
**Figura 4.**  
**Porcentaje de la población de estudio que piensa procrear y su relación con la lactancia, según sexo y grupo de edad de la población en estudio**



Fuente: Gríos C., García L. MASS, 2003.

Figura 5.

Factores del entorno que influyen en los planes de los y las adolescentes del estudio para amamantar o apoyar la lactancia materna



Fuente: Gríos C.,García L. MASS, 2003.

**ANEXO 3**  
**Agenda de Grupos Focales**

## **Agenda de Grupos Focales**

1. ¿Cuál crees que es tu papel en la alimentación de tus futuros hijos?
2. ¿Qué es lo primero que se te viene a la mente cuando te digo lactancia materna?
3. ¿Si tuvieras un hijo recién nacido cómo lo alimentarías?
4. ¿Qué opinas de dar de mamar?
5. ¿Porqué te gustaría darle pecho al bebé?
6. ¿Porqué no te gustaría darle pecho al bebé?