

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Facultad de Ciencias Medicas
Unidad de Tesis, Fase III

PRESENTACION DE TESIS

Título:

***BARRERAS PARA LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DURANTE
LOS PRIMEROS SEIS MESES DE EDAD EN NIÑOS DE UNA
POBLACION RURAL DE GUATEMALA.***

Subtítulo:

***ESTUDIO DESCRIPTIVO DE CORTE TRANSVERSAL EN 178 NIÑOS
MENORES DE UN AÑO QUE SE ENCUENTRAN DENTRO DEL AREA
DE INFLUENCIA DEL PUESTO DE SALUD DE TULUMAJILLO, SAN
AGUSTIN ACASAGUASTLAN, EL PROGRESO, DURANTE EL MES DE
ABRIL DE 2000.***

Docente Revisor: Dr. Carlos Mazariegos

Asesora: Dra. Elsy Camey de Astorga

Revisor: Dr. Jorge Astorga

Estudiante: María Elena Aguilar Calvillo

Carnet: 9413597

Guatemala, Junio de 2000

INDICE GENERAL

	<i>Página No.</i>
<i>I INTRODUCCION</i>	<i>4</i>
<i>II DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA</i>	<i>6</i>
<i>III JUSTIFICACION</i>	<i>8</i>
<i>IV OBJETIVOS</i>	<i>10</i>
<i>V MARCO TEORICO</i>	<i>11</i>
<i>VI MATERIAL Y METODOS</i>	<i>35</i>
<i>VII PRESENTACION DE RESULTADOS</i>	<i>42</i>
<i>VIII ANALISIS Y DUSCUSION DE RESULTADOS</i>	<i>63</i>
<i>IX CONCLUSIONES</i>	<i>70</i>
<i>X RECOMENDACIONES</i>	<i>73</i>
<i>XI RESUMEN</i>	<i>76</i>
<i>XII REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</i>	<i>78</i>
<i>XIII ANEXOS</i>	<i>83</i>

I INTRODUCCION

La lactancia materna es un tema ampliamente discutido y estudiado a nivel internacional y en nuestro país. Los resultados de estos estudios demuestran que dicha práctica es cada vez menos frecuente, sobre todo en los países industrializados. En Guatemala se ha observado que la lactancia materna es cada vez más limitada en las áreas más urbanizadas; y es muy frecuente en las áreas rurales. Sin embargo, esto está cambiando.

Motivados por la alta frecuencia de enfermedades respiratorias agudas y diarréicas en la población infantil del área de influencia del Puesto de salud de Tulumajillo, así como por las costumbres observadas con respecto a las formas de alimentación de estos niños durante los primeros seis meses de vida; se decidió realizar un estudio acerca de las barreras o factores condicionantes de la lactancia materna exclusiva de la población infantil en dicha área de influencia.

La investigación se realizó por medio de visitas domiciliarias con el fin de entrevistar a profundidad a las madres de los 178 niños de la región mencionada, llenando una boleta de recolección de datos, la cual, evaluó los factores maternos, del infante, de los servicios de salud y otros. Los datos obtenidos revelaron que el 98.88% de la población infantil no recibe o recibió lactancia materna exclusiva durante el tiempo mínimo establecido, lo que se reflejó en la alta frecuencia de

síndrome diarréico agudo (66.85%) y de las infecciones respiratorias agudas (90.45%).

Se concluyó que dentro de los factores o barreras limitantes de la lactancia exclusiva se encuentran: Maternos, los cuales se menciona la edad joven de las madres; la falta de conocimientos sobre las ventajas, requisitos y duración de la lactancia materna exclusiva; y la paridad. Los servicios de salud, por otra parte, no brindan adecuadamente el apoyo, educación, promoción y protección de la lactancia exclusiva a las madres, como tampoco existe una capacitación continua con respecto a este tema. Finalmente, aparecen otros dos factores esencialmente limitantes que son el clima y las costumbres propias del lugar.

Se recomienda que los servicios de salud realicen estudios iniciales acerca del problema en cuestión, que se lleven a cabo medidas de intervención, principalmente educativas, dirigidos a las madres, población en general y personal salubrista, así como la evaluación periódica por medio de indicadores con el propósito de llevar un control estricto sobre la efectividad de dichas medidas en la solución de la escasa lactancia materna exclusiva.

II DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

La lactancia materna es el estándar de oro para brindar una adecuada nutrición a los niños durante los primeros seis meses de vida. La leche humana es más que sólo un alimento, es un compuesto bioactivo que, además de ser nutritivo, contiene anticuerpos, hormonas y factores del crecimiento que indudablemente no se encuentran en otros compuestos (4).

Por medio de diversos estudios en países desarrollados y en vías de desarrollo se ha podido establecer que a pesar de conocerse a nivel mundial las múltiples ventajas y propiedades de la lactancia materna, es una práctica progresivamente menos frecuente, sobre todo en áreas industrializadas.

En Guatemala el problema se presenta, aparentemente de la misma manera. Se ha observado, a través de estudios epidemiológicos, que las madres de las áreas urbanas le dan a sus hijos más alimentación suplementaria o complementaria y que generalmente este tipo de alimentación la inician antes de los seis meses de edad, siendo la lactancia materna exclusiva rara (26).

La Organización Mundial de la Salud -OMS- recomienda la lactancia materna exclusiva durante los primeros cuatro a seis meses de edad, debido a que es bien conocido que durante este período es lo único que el niño necesita en su alimentación y que si se retrasa la

introducción de otros alimentos hasta después de los seis meses, los niños tienen menos incidencia de infecciones y desnutrición (11,15).

De acuerdo a datos estadísticos en Guatemala, la lactancia materna exclusiva es recibida únicamente por el 57% de niños menores de dos meses y por el 37% de los niños entre dos y tres meses de edad. La alimentación complementaria se inicia en los primeros dos meses en un 41% y en un 70% en los niños entre cuatro y cinco meses (26).

Algunas áreas rurales están presentando el mismo patrón del problema. En la región Nor-Oriental, la lactancia exclusiva tiene un promedio de 0.6% de un total de 265 niños, es decir que aproximadamente de cada cien niños menores de seis meses, uno o dos están recibiendo lactancia materna exclusiva (26).

El área de influencia del puesto de salud de Tulumajillo es rural, en donde el problema se ve reflejado, en parte, por el aumento de consultas por infecciones respiratorias agudas en niños menores de un año. De acuerdo a las primeras diez causas de morbilidad, éstas ocupan el primer lugar. De un total de 142 consultas por morbilidad en niños menores de un año, 87 son por infecciones respiratorias agudas, lo que representa un 63%.*

El presente estudio pretende establecer las barreras o factores que influyen en la práctica de la lactancia materna exclusiva en dicha

** Datos obtenidos del archivo del Puesto de Salud de Tulumajillo.*

región, con el objeto de implementar medidas de intervención dirigidas a las barreras detectadas.

III JUSTIFICACION

La lactancia materna hoy por hoy continúa siendo el mejor alimento que puede brindarse al lactante, debido a los múltiples nutrientes que componen a la misma y que llenan los requisitos nutricionales de los niños durante los primeros seis meses de vida.

A pesar de ser conocido lo anterior, actualmente muchos niños menores de seis meses reciben sucedáneos de la leche materna, leche entera u otros alimentos, pasando entonces a la lactancia no exclusiva durante esta edad. Esto conlleva a una alta prevalencia de enfermedades infecciosas, que en el caso de Guatemala, pueden llegar a ser mortales.

En nuestro país, a nivel nacional se han realizado encuestas sobre la situación de la lactancia materna. Las regiones en donde se muestra un alto porcentaje de lactancia no exclusiva son las zonas urbanas y marginales, mientras que las regiones rurales tienen el comportamiento opuesto. En la región Nor-oriental se observa que un promedio de 0.6 madres dan lactancia exclusiva a sus niños en esta edad, teniendo un alto porcentaje de lactancia no exclusiva, lo que los hace susceptibles a episodios de infecciones frecuentemente (26).

Hoy en día se promociona la lactancia materna como el mejor regalo que una madre puede dar a su niño y, además, existen campañas educativas en los distintos niveles de salud a este respecto. Sin embargo, continúa el problema; y es que aún no se han determinado las

barreras o los factores que condicionan a este fenómeno , sobre todo en el área rural donde se supone que el comportamiento es totalmente distinto. Es necesario realizar un estudio de dichos factores por cada población específica pues, cada comunidad es diferente una de la otra y las acciones de intervención, para tratar directamente el problema, deberán ser dirigidas hacia las barreras identificadas, tal es el caso de el área de influencia del Puesto de Salud de Tulumajillo, en el Municipio de San Agustín Acasaguastlán, del departamento de El Progreso.

IV OBJETIVOS

General:

Determinar los factores o barreras condicionantes que impiden la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de edad y proponer medidas de intervención, en el área de influencia del Puesto de Salud de Tulumajillo, San Agustín Acasaguastlán, El Progreso.

Específicos:

- 1. Identificar los factores maternos que limitan la lactancia materna exclusiva.*
- 2. Señalar los factores del infante que limitan la lactancia materna exclusiva.*
- 3. Describir los factores de los servicios de salud que limitan la lactancia materna exclusiva.*
- 4. Proponer medidas de intervención que promuevan la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida.*

V MARCO TEORICO

A. LACTANCIA MATERNA

1. Definición

Período en el que una madre sintetiza y secreta leche por acción hormonal y de reflejos, con el fin de alimentar a su niño (10,15,17,22,30).

2. Métodos de Alimentación Infantil

a. Lactancia materna exclusiva:

Método de alimentación infantil en el cual el lactante recibe leche de su madre o bien leche materna extraída y ningún otro líquido o sólido durante los primeros cuatro a seis meses de vida (10,22,29,33).

b. Lactancia materna casi exclusiva:

Método de alimentación infantil en el que el niño recibe predominantemente leche materna pero además, puede recibir otros líquidos como té, café, agua azucarada, jugos y cereales, todos en cantidades limitadas. En este concepto no se incluyen otros líquidos basados en alimentos (10).

c. Alimentación complementaria o Mixta:

Se define como la administración de fórmula, alimentos sólidos y/o semi-sólidos al niño después de lactar para completar la comida (10,33).

d. Alimentación suplementaria o Lactancia artificial:

Se define como el reemplazo total de la lactancia materna por medio de fórmulas, líquidos y semi-sólidos; todos administrados en biberón (10,33).

El destete se refiere al momento en que se induce al niño a ingerir otros alimentos distintos a la leche materna y renunciar a la alimentación de pecho (17).

B. TENDENCIA DE LA LACTANCIA MATERNA EN GUATEMALA

La lactancia materna es considerada como la práctica más adecuada para lograr una nutrición óptima en los niños, esto debido a sus múltiples componentes nutritivos, los cuales, son capaces de satisfacer por sí mismos todas las necesidades del lactante durante los primeros cuatro a seis meses de edad (12).

Sin embargo, a través de múltiples estudios en países desarrollados y en vías de desarrollo se ha observado que a pesar de conocer todas las propiedades y ventajas de la leche materna, es una práctica cada vez menos frecuente, sobre todo en las áreas más urbanizadas.

En nuestro país, el comportamiento de este fenómeno aparentemente es casi el mismo, en cuanto a que muchas madres en las áreas urbanas dan más alimentación suplementaria o complementaria y rara vez lactancia exclusiva durante los cuatro a seis meses de edad recomendados por la OMS (6,9). Diversos estudios epidemiológicos en

Guatemala demuestran una alta tasa de desnutrición infantil en las áreas rurales y marginales, lo que se relaciona con un destete temprano lo cual es considerado una práctica riesgosa (11,15).

Así vemos pues que, para 1995, el porcentaje de niños menores de 12 meses alimentados con biberón en las zonas urbana, rural ladina y rural indígena fue del 96%, 72% y 64%, respectivamente. La duración media de la lactancia fue de 5 meses en la zona urbana, 20 meses en la zona rural ladina y de 23 meses en la zona rural indígena. La prevalencia de la lactancia materna como exclusiva durante los 4 a 6 meses fue del 16% en el área urbana y del 39% en el área rural (30).

Actualmente, se sabe que a nivel Nacional 96% de los nacidos vivos en los últimos cinco años alguna vez recibió lactancia materna con ninguna diferencia por sexo y con un promedio de 20 meses. En cuanto a su inicio temprano, más del 60% comienza la lactancia durante la primera hora después del nacimiento, sobre todo en las áreas Norte, Sur-Oriente y Nor-Occidente; mientras que menos del 40% inician lactancia más tardíamente, siendo esto más frecuente en las áreas Metropolitana y Sur-Occidente. Esto es importante pues el inicio temprano determina en cierta forma que la madre continúe amamantando a su hijo.

La lactancia exclusiva es recomendable durante los primeros seis meses de vida y sólo es recibida por el 57% de los niños menores de dos meses y por el 37% de los niños entre dos y tres meses de edad. La

alimentación complementaria se inicia en los primeros dos meses en un 41% y en un 70% en los niños entre cuatro y cinco meses. En la región Nor-Oriental la lactancia exclusiva tiene un promedio de 0.6% de un total de 265 niños (26).

Por lo anterior, es posible observar que la lactancia exclusiva en las áreas rurales a pesar de ser más frecuente que en las áreas urbanas, tiene un bajo porcentaje y esto se refleja en las altas tasas de morbilidad por infecciones respiratorias agudas, desnutrición y mortalidad por ambas en los niños menores de un año.

C. LEGISLACION DE LA LACTANCIA MATERNA

Por el creciente problema de la alimentación suplementaria, más que la alimentación complementaria fue necesario crear un Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna pretendiendo ser una mínima exigencia en todos los países a fin de restringir la promoción de fórmulas para lactantes y otros sucedáneos y promover la lactancia materna. Además, contempla que cualquier actividad que tenga tendencia a eliminar la lactancia materna viola el objetivo y espíritu del código. Dicho documento contiene las siguientes diez disposiciones importantes:

- 1. Prohibición de la publicidad de estos productos.*
- 2. Prohibición de muestras gratis para las madres.*

3. *Prohibición de la promoción de estos productos en los servicios de salud.*
4. *Prohibición del uso de visitadores de las compañías para asesorar a las madres.*
5. *Prohibición de regalos o de muestras al personal de salud.*
6. *Prohibición del uso de imágenes que idealicen la alimentación artificial, incluso imágenes de lactantes, en las etiquetas de los productos.*
7. *La información dada a los profesionales de salud debe ser científica y objetiva.*
8. *Toda información sobre la alimentación artificial de lactantes, también en las etiquetas, debe explicar las ventajas del amamantamiento y los costos y peligros de la alimentación artificial.*
9. *Los productos que no son adecuados, como la leche condensada azucarada, no deben ser promocionados para la alimentación de los bebés.*
10. *Todos los productos deben ser de alta calidad y adecuarse a las condiciones climáticas y de almacenamiento del país donde se vende (27,30).*

D. LECHE MATERNA

1. Generalidades

Durante muchos años se ha estudiado el contenido de la leche materna a fin de determinar sus múltiples propiedades. Actualmente, lo que los investigadores han descubierto es que la leche materna es más que sólo comida, es un compuesto bioactivo que contiene además de nutrientes, anticuerpos, hormonas y factores del crecimiento que actúan directamente sobre el sistema inmune del niño desarrollándose éste completamente (4).

La leche materna pasa por tres fases: calostro, leche transicional y leche madura. El calostro aparece en los primeros tres a cinco días post-parto y consiste en una secreción amarillenta clara, cuyo color es dado por carotenoides unidos a la grasa, posee un alto contenido en proteínas, vitaminas liposolubles, minerales y anticuerpos; y un bajo contenido en grasa y lactosa (7,15,30).

Posteriormente, entre el quinto y décimo día se obtiene la leche transicional la cual puede permanecer hasta un mes. Finalmente, aparece la leche madura la que se convierte en una emulsión de grasa y una dispersión coloidal de proteínas, conteniendo en forma única en su estructura macronutrientes (proteína, grasa y carbohidratos), micronutrientes (vitaminas y minerales), enzimas, hormonas, factores de crecimiento, factores de resistencia al huésped, inductores,

moduladores del sistema inmunitario y agentes antiinflamatorios lo que determina sus ventajas nutricionales e inmunológicas (7,15,23).

2. Componentes principales de la Leche Materna

a. Proteínas:

Las principales proteínas que se encuentran en la leche humana son la alfa y beta lactoalbúmina en un 60% y un 40% de caseína; estas proteínas característicamente son las responsables de la formación de un cuajo más suave o blando que permite su digestión fácilmente. Además tiene un alto contenido en cistina, taurina, alanina y ácido aspártico los cuales tienen un valor biológico elevado; y por otra parte posee un bajo contenido en fenilalanina y tirosina (7,15,23).

b. Grasas:

Las grasas aportan el 50% del contenido de energía de la leche humana. Se caracteriza por el alto contenido de ácidos grasos no-saturados y colesterol, y bajo contenido de ácidos grasos saturados. Aproximadamente el 40% está en forma de triglicéridos de los ácidos oléico, palmítico y esteárico; presenta una pequeña cantidad de ácido linoléico el cual es suficiente. Además se encuentra presente la enzima lipasa que permite la digestión y absorción más eficiente, es decir alrededor de un 92% (7,15,23,30).

c. Carbohidratos:

Aportan alrededor del 40 a 50% de energía de la leche humana. El más importante es la lactosa, el cual no se altera con la dieta materna y mejora la absorción del calcio previniendo el raquitismo; así también junto con el factor bífido promueve el crecimiento de lactobacillus bifidus los que mantienen un medio ácido en el intestino lo que facilita la digestión y limita el crecimiento de ciertas bacterias (7,15,23,30).

d. Vitaminas y Minerales:

Conforme avanza la lactancia materna se ha observado un cambio en el contenido de vitaminas, sin que se conozca la razón o la importancia de este fenómeno, sin embargo, se ha determinado que esta variación puede deberse a los cambios en la dieta de la madre. La leche humana aporta adecuadamente vitaminas A, E y C. La leche humana aporta 22 unidades de vitamina D; debe considerarse como complemento únicamente en los casos en que el niño no tenga una adecuada exposición solar. Así mismo existe muy poca cantidad de vitamina K por lo que se recomienda ser administrada en todos los neonatos.

En cuanto al grupo de vitamina B, en general se encuentra en pequeñas cantidades. La vitamina B6 está presente en mayor proporción y ayuda a evitar anemia y convulsiones. La vitamina B12 se encuentra en cantidades suficientes (7,15,23,30).

El hierro es mejor absorbido, se ha notado que equivale a un 50% del hierro disponible. Este mecanismo es facilitado por la lactoferrina y transferrina que lo fijan evitando la utilización del mismo por bacterias intestinales. Además actúa la vitamina C y la lactosa en este proceso (15,23).

e. Componentes inmunitarios:

De todos los elementos que forman parte de la leche humana, los inmunitarios tal vez sean los más importantes, pues éstos son los que protegen al niño contra enfermedades que en países como el nuestro pueden llegar a ser mortales.

i. Factor bífido: Como se mencionó anteriormente, este factor tiene la propiedad de actuar conjuntamente con la lactosa para el desarrollo de los Lactobacillus bifidus. Estas bacterias son totalmente inofensivas, colonizan el intestino y dicha colonización está favorecida por el alto contenido de lactosa, bajo contenido protéico, baja capacidad buffer y la producción de ácido y fermentos de lactosa. Dichos bacilos producen ciertas sustancias aún no bien definidas que fomentan un medio inadecuado para el crecimiento de shigella y protozoos (7,15,23).

ii. Componentes celulares: Dentro de este grupo se incluyen los leucocitos, principalmente macrófagos en un 90% (que poseen una alta capacidad para fagocitar bacterias y hongos) y linfocitos en un 10%, predominan las células T y B en el calostro y en la leche.

Estas sintetizan IgA. Además existen neutrófilos y células epiteliales en menor cantidad. Los linfocitos tienen principalmente actividad bactericida y antiviral.

Existen alrededor de 4,000 células por milímetro cúbico y normalmente se encuentran vivas en la leche humana (15,23).

iii. Componentes humorales: Conformados por inmunoglobulinas de diferentes clases, las cuales alcanzan su máxima concentración en el calostro. Se encuentran la IgA, IgG, IgM, IgD, IgE y anticuerpos antivirales. De las anteriores la IgA tal vez sea la más importante, debido a que contiene mayor número y todo tipo de anticuerpos contra patógenos entéricos y respiratorios virales y bacterianos. No obstante, también es factible observar la actividad de las otras inmunoglobulinas. Por ejemplo, la IgG se ha visto que brinda una protección contra virus, rickettsias, protozoos, antígenos H de salmonella, antitoxinas bacterianas y anticuerpos Rh incompletos. Así mismo, al IgM tiene actividad en contra de aglutininas Rh, reagentes de sífilis, crioaglutininas, y antígenos de enterobacterias. Finalmente, la IgE que posee actividad contra reagentes alérgicos (5,7,19,23,30,37).

iv. Lisozima o Muramidasa: Factor antimicrobiano presente en grandes cantidades en las heces de los lactantes y que se cree que posee una actividad bacteriolítica intestinal por acción del mismo a

nivel de los peptidoglicanos de las paredes celulares bacterianas (5,7,15,23,37).

- v. Lactoferrina: Es una proteína fijadora del hierro y por su función actúa como un factor bacteriostático privando a las bacterias del hierro necesario para su crecimiento (5,7,23).*
- vi. Complemento: Se ha observado que se encuentran presentes los factores C3 y C4 en la leche humana. Como es bien sabido el factor C3 activado funciona como quimiotáctico y anafiláctico y unidos con el C4 contribuyen a la lisis bacteriana (15,23).*

3. Ventajas de la Lactancia Materna

¿Por qué es importante la lactancia materna? Anteriormente, esta sería una pregunta que muchas madres se harían. Hoy en día se conoce la composición de la leche humana y se puede comparar con otros sucedáneos. De lo anterior ahora se saben las múltiples ventajas de la misma y por ende su importancia. A continuación se mencionan las más importantes.

- a. Es fresca y estéril, por ello el riesgo a infecciones es muy bajo (15,22).*
- b. Todo el tiempo se encuentra disponible y no es necesario prepararla (15,22).*

- c. *Brinda un aporte nutricional de óptima calidad, ya que la cantidad, calidad y proporción de sus componentes le confieren máxima biodisponibilidad (29,36)*
- d. *La leche materna cuenta con componentes inmunológicos que protegen al niño contra infecciones, brindándole inmunización. Por lo tanto, disminuye la incidencia y severidad de dichas infecciones y el riesgo de morir por estas enfermedades (5,10,23,25).*
- e. *La lactancia exclusiva por un período de seis meses favorece el tiempo de infertilidad inhibiendo la ovulación, por lo tanto, es un método anticonceptivo efectivo que aumenta el intervalo entre embarazos (10,15,36).*
- f. *Contribuye a una adecuada nutrición de los niños, previniendo la desnutrición, enfermedad y muerte si es alimentado en forma exclusiva por cuatro a seis meses (10,15).*
- g. *Disminuye las probabilidades de enfermedad y muerte en sitios donde no se tiene acceso a agua potable y las medidas higiénicas son pobres (5,10,15).*
- h. *El acto de mamar contribuye al fortalecimiento del lazo psicoafectivo madre-hijo y también a una mayor adaptación e inteligencia de los niños en un futuro (3,21,36).*
- i. *Disminuye la frecuencia de cáncer mamario en la mujer (15,22).*
- j. *Finalmente, tiene menos costo que la alimentación del niño con fórmulas y biberón (10,36).*

4. Inicio y Duración de la Lactancia Materna

La regla de oro para la alimentación de un niño es la lactancia materna y el mejor método, sobre todo durante los primeros cuatro a seis meses de vida. La lactancia natural exclusiva durante este período tras el parto tiene beneficios nutricionales, inmunológicos y psicosociales. Sin embargo, a pesar de ser conocidos estos conceptos en todo el mundo, la incidencia y duración de la lactancia materna está disminuyendo, particularmente en países en desarrollo. A nivel de América Latina y el Caribe alrededor de un 35 a 60% de niños continúan siendo amamantados después de los seis meses de edad. Esto podría considerarse bueno, pero es necesario incrementar el porcentaje de niños que reciben lactancia exclusiva durante el tiempo establecido (9,11,16,25,33).

Se sabe que la duración de la lactancia exclusiva depende de cuándo se inicie la misma; por lo tanto, se recomienda que la lactancia se empiece dentro de la primera media hora después del parto, pues esta medida asegura una mejor succión por parte del niño y se establece inmediatamente el vínculo madre-hijo; o bien cuando el estado del niño y de la madre lo permitan (1,2,3).

¿Qué tan frecuente se alimenta a un niño? La mejor manera de incrementar la producción de la leche es a través de un estímulo prolongado y frecuente. Algunas publicaciones muestran que el niño deberá ser alimentado a intervalos estrictos de tiempo, es decir cada

dos a cuatro horas. No obstante, actualmente es conocido que el niño deberá ser amamantado a libre demanda, lactancia sin restricciones; de una manera muy frecuente dentro de las 24 horas del día. Este método determina un crecimiento óptimo y posee un impacto muy favorable en el infante (10,13,16,31,36).

¿Cuánto tiempo se debe dar lactancia exclusiva? El intervalo de tiempo establecido es muy variable. De acuerdo a la Academia Americana de Pediatría lo recomendado son seis meses; pues según dicha entidad, la leche materna es todo lo que el niño necesita durante este período. Por otra parte la OMS y otros organismos internacionales recomiendan a los gobiernos y profesionales de salud se promueva la lactancia exclusiva durante los primeros cuatro a seis meses después del parto, sin agregar ningún otro alimento o líquido.

Esto es sumamente importante, ya que se ha observado que si se introducen otros alimentos como papillas antes del sexto mes, el consumo energético y de leche es mucho menor así como también las propiedades protectoras. Ocurre lo contrario si se prolonga demasiado la lactancia exclusiva. Un estudio realizado en Alotenango mostró que las mujeres de este lugar daban lactancia en forma exclusiva por ocho a diez meses lo que contribuía a un estado de desnutrición en los niños.

Por lo anterior, en nuestro país se recomiendan que se brinde lactancia en forma exclusiva por seis meses y que después de este tiempo se inicie la introducción gradual de alimentos sólidos y semi-

sólidos enriquecidos con hierro y paralelamente se continúe la lactancia por un período igual a 24 meses (2,6,9,10,11,12,16,29,36).

5. Técnica para Amamantar

Para alimentar al niño es necesario seguir pasos bastante sencillos pero que facilitan la lactancia y evitan lesiones a nivel mamario si éstos se aplican adecuadamente.

Primero, es necesario que la madre se sienta cómoda y que el niño tenga hambre para que pueda tomar el pecho espontáneamente. La cabeza del bebé descansa sobre el brazo de la madre y mediante el reflejo de búsqueda el niño toma el pecho. Es necesario que la boca cubra el pezón y gran parte de la areola provocando que el labio inferior del lactante se doble hacia atrás al igual que el labio superior. El cuello del niño no debe estar ni totalmente flexionado o extendido, se procura una posición neutra para no obstruir la respiración. Finalmente, y lo más importante es que se mantenga un contacto visual entre la madre y el niño (15,23).

E. REPERCUSION DE LA LACTANCIA MATERNA SOBRE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

Las infecciones respiratorias agudas representan uno de los problemas principales de salud entre los niños menores de cinco años en nuestro país.

Si bien es cierto que la salud infantil se encuentra relacionada a múltiples factores como por ejemplo; socioeconómicos, culturales, características demográficas, saneamiento ambiental y la alimentación; se ha comprobado que la parte medular o central para el mantenimiento nutricional óptimo y una adecuada protección contra infecciones sobre todo a edades más vulnerables (menores de un año) es la lactancia materna. Esta contribuye a disminuir las infecciones y muertes por IRA, diarreas y la prevalencia de desnutrición por medio de sus múltiples propiedades que ya se conocen (5,16,20).

Se han llevado a cabo una variedad de estudios en los que se relaciona la alimentación infantil e infecciones durante los primeros seis meses de vida, la lactancia materna y su influencia sobre el desarrollo e incidencia de infecciones en el niño; y curiosamente todos concluyen en que la alimentación del niño con leche materna de forma exclusiva durante los primeros seis meses y el retraso en la introducción de sólidos, semi-sólidos y otros líquidos es la mejor manera para alimentar a los niños y prevenir en un alto porcentaje las infecciones respiratorias agudas, entre otras. No obstante, es importante enfatizar que la condición para que la lactancia ejerza como factor protector es que la misma se brinde exclusivamente, es decir sin agregar otros líquidos o alimentos, durante los primeros cuatro a seis meses de edad; debido a que se ha observado que al introducir dichos alimentos en forma temprana, se reducen significativamente las propiedades protectoras

de la leche humana, no únicamente en ese momento sino progresivamente, por lo que también se incrementan los episodios de enfermedades respiratorias.

Lo anterior pareciera una condición muy fácil de cumplir, sin embargo, actualmente sabemos que en nuestro país la práctica de la lactancia por sí misma es cada vez menor en las áreas urbanizadas y últimamente en las áreas rurales; ahora imaginemos lo difícil que es hoy en día brindarla en forma exclusiva durante este período de tiempo (5,7,9,14,16,20,24).

E. BARRERAS EN LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

1. Generalidades

Se han escrito varios artículos así como realizado encuestas a nivel internacional y de nuestro país para determinar con exactitud cuáles son las barreras o factores que impiden la lactancia exclusiva.

La literatura muestra que una lactancia exclusiva exitosa depende de múltiples factores que involucran a la madre, al niño y al medio ambiente en que se desenvuelven.

2. Clasificación de los factores o barreras

Los factores, también llamados barreras, pueden ser clasificados como no modificables y potencialmente modificables. Dentro de los primeros algunos autores incluyen a la etnia, edad materna, paridad y escolaridad; y dentro de los segundos se incluyen al apoyo paterno y de

la familia, problemas comunes durante la lactancia, costumbres, nutrición materna, instrucción en lactancia durante el período prenatal y las actividades que promueva el sistema de salud en pro no únicamente de la lactancia, sino también de la lactancia exclusiva per se (33).

La categorización anterior para dichas barreras resulta interesante, sin embargo, para fines de la presente revisión las mismas se clasificarán como maternas, del infante y de los servicios de salud, siendo las principales barreras y, en su mayoría, posible de ser modificadas en alguna manera.

a. Maternos

i. Edad: Se ha encontrado relación muy consistente entre la edad de la madre y el inicio y duración de la lactancia exclusiva. Las madres jóvenes generalmente son mujeres que tienen otras obligaciones, que no tienen experiencia alguna sobre los cuidados y nutrición óptima de sus hijos; motivos por los que prefieren dar fórmulas. Ocurre lo contrario en mujeres mayores de 25 años quienes, en la mayoría de los casos, prefieren iniciar lo más pronto posible la lactancia y mantenerla durante el período que se recomienda (18,33).

ii. Educación: Diversos estudios realizados en los Estados Unidos y encuestas sobre la educación materna en nuestro país concuerdan que sin lugar a dudas la educación de la madre juega un papel importantísimo en la nutrición de sus hijos.

Una reciente investigación realizada en Guatemala estudió los hábitos de alimentación en lactantes hasta los seis meses de edad y los factores maternos asociados a los mismos. Este enfatizó que de todos los factores de riesgo encontrados en la lactancia no exclusiva, la falta de conocimientos en la madre es el principal problema, lo que influye en la duración más que en la iniciación de la lactancia exclusiva; y que a pesar de todos los programas de promoción de la lactancia, no se ha logrado llegar a una solución (11,16,18).

iii. Paridad: Después de comprender la influencia de los factores maternos anteriores, varios estudios han encontrado cierta concordancia entre la multiparidad y primiparidad y la iniciación y duración de la lactancia exclusiva. Las mujeres primíparas tienden a iniciar más rápidamente la lactancia, mientras que las multíparas la brindan por períodos más largos.

En nuestro país tal vez no ocurra lo mismo, pues es común observar que las mujeres tienen intervalos intergenésicos cortos y dejan de amamantar a su niño al saber que están embarazadas dejan la lactancia de lado. Expertos opinan que en ocasiones el tamaño de la familia puede tener un efecto negativo en la iniciación y continuidad de la lactancia exclusiva (16).

iv. Estado Nutricional de la Madre: Existen pocos estudios que hablen de la relación de la lactancia y el estado nutricional materno. Generalmente, se ha observado que una adecuada nutrición materna

beneficia al desarrollo y estatus nutricional del niño. Es por ello que algunos creen que ésta podría influir en la cantidad y composición de la leche. Se sugiere que la capacidad para producir leche es la misma tanto en las madres nutridas como en aquellas que poseen una dieta inadecuada; sin embargo, la diferencia radica en que los niños de las madres con cierto grado de desnutrición deberán mamar más veces a fin de mantener una estimulación endócrina que favorezca la producción de la leche a expensas de los tejidos de la madre.

Muchas de las madres en nuestro país, sobre todos aquellas que viven en el área rural poseen una dieta rica en fibra, con una baja biodisponibilidad de nutrientes e hipocalórica. No obstante, estas mujeres son capaces de mantener la lactancia eficazmente, y esto es debido una adaptación metabólica que les permite sostener la demanda de producción de leche.

Lo anterior se convierte en un problema cuando la madre se da cuenta que cada vez que alimenta a su hijo no es posible satisfacer su apetito y en sus ansias de hacerlo, busca otros alimentos o líquidos para "complementar" la comida.

Es por ello que una condición de la OMS para la lactancia exclusiva eficaz es que la madre posea un estado nutricional adecuado y una buena disposición de dar pecho a su hijo (1,6,13,23,27,28).

v. Problemas frecuentes de la lactancia: Durante el tiempo que una madre brinda lactancia pueden surgir ciertas molestias

desagradables y dolorosas que en algún momento ponen en riesgo la iniciación o duración de la misma. De ahí que toda consulta al médico por éstas, debe ser considerada una emergencia.

Muchas de estas molestias son causas por una mala técnica de lactancia y las más comunes son:

-Dolor: Por lo regular lactar no debe producir dolor pero es el síntoma más frecuente. La causa principal es la mala posición de la boca del niño, cuando ésta no cubre la areola la presión de las encías se ejerce en el pezón ocasionando dolor. El dolor interfiere en la eyección de la leche provocando que el niño reciba poca cantidad de leche, inquietud y llanto (36).

-Grietas del pezón: Son disolución de la continuidad de la piel y se producen por una mala técnica de amamantamiento. Existe una maceración de saliva e inadecuada succión; las lesiones se inflaman, se ulceran y finalmente provocan intenso dolor en la mama (15,22,23,30,36).

-Congestión mamaria: Se debe a un inadecuado vaciamiento lo que provoca que las mamas acumulen leche, un aumento en el tamaño de las mismas, endurecimiento y sensibilidad (23,25).

-Micosis mamaria: Es una infección ocasionada por un hongo llamado Cándida Albicans, el cual afecta la zona del pezón y de la aréola y puede llegar a comprometer los conductos mamarios. Regularmente, produce

un dolor intenso, quemante y punzante durante y después de la mamada (9,36).

-Pezones invertidos: Son una malformación física que no es producto de una mala técnica de amamantamiento. Esta afección es relativamente rara y se puede corregir mediante ejercicios simples que se deben realizar desde el primer trimestre de embarazo (27).

-Mastitis: También se considera una infección de las mamas cuya puerta de entrada generalmente es una grieta y que se ve afectado el intersticio que rodea un lóbulo mamario. Se caracteriza por dolor, congestión y eritema localizado, es unilateral, acompañado de fiebre y calofríos (15,22,30,36).

-Absceso mamario: Es el resultado de un tratamiento inadecuado de la mastitis en donde se acumulan grandes cantidades de pus y cuyo tratamiento, además de antibióticos, es el drenaje y continuar el amamantamiento (36).

-Reflejo de eyección inhibido: Como se mencionó anteriormente, el dolor principalmente, puede interferir con el reflejo eyectolácteo haciendo que disminuya la cantidad de leche que se produce, además de un vaciamiento inadecuado. El manejo en estos casos se debe orientar a revisar la técnica de amamantamiento y solucionar la causa del dolor .

-Reflejo de eyección excesivo: Este reflejo también puede influir en la lactancia del niño, ya que en éste se produce una descarga masiva de leche que lo llena, además de una distensión gástrica y cólico. Para

manejar esta condición la madre debe estar muy atenta para retirar al niño al observar que éste no es capaz de deglutir el volumen de leche de la descarga (36).

b. El Infante

Una de las barreras importantes de señalar es cuando el niño rechaza el pecho. Como se mencionó anteriormente, este problema puede deberse a descargas excesivas de leche, el uso de mamonos o bien, problemas propiamente del niño.

Por lo general, cuando los niños tienen problemas para mamar, éstos se diagnostican dentro de las primeras 24 horas o más, los cuales en su gran mayoría requerirán de tratamiento más especializado. Dentro de ellos se mencionan los siguientes.

i. Disfunción motora oral: Algunos niños por inmadurez o por trastornos neurológicos presentan dificultades para la succión. Dentro de estas disfunciones se encuentran:

-Hipertonía: el niño presenta una posición rígida de extensión de extremidades y cabeza, por lo que muerde el pezón con las encías provocando dolor a la madre.

-Hipotonía: se presenta en los niños prematuros y con bajo peso al nacer. El reflejo de la succión es leve o inexistente, por lo que estos niños en ocasiones necesitan ser alimentados con sondas orogástricas (23,33,36).

Finalmente, existen otros trastornos que impiden la lactancia y que no se encuentran dentro de los trastornos neurológicos, éstos son el labio leporino y paladar hendido y el síndrome de confusión.

Con respecto a los primeros dos, los niños que nacen con estos problemas pueden tener dificultades para crear una presión negativa necesaria para la alimentación al pecho. Muchos niños con labio leporino y paladar normal pueden alimentarse adecuadamente; mientras que los niños con paladar hendido tienen mayor dificultad, la que depende de la extensión del defecto.

El síndrome de confusión es un problema en el que el niño, en algún momento durante los primeros seis meses de vida, es alimentado con biberón y cuando se le intenta dar pecho, éste lo rechaza. La succión durante el amamantamiento es mucho más compleja, pues obliga al bebé a utilizar todos los músculos de la boca; mientras que con el biberón el niño únicamente debe mascar el mamón, lo que hace el trabajo más fácil (27).

c. Servicios de Salud

La guía que proporcionen los servicios de salud, así como la educación que se brinde a las madres, en ocasiones influye en la continuación de la lactancia más que en la iniciación. Esta guía deberá darse en el período prenatal, sobre todo a aquellas mujeres primigestas.

En el pasado, los estudiantes de las escuelas de medicina, nutrición y de salud pública carecían de la capacidad de enseñar a las mamás la importancia de la lactancia, las ventajas de ella y el tiempo óptimo para la lactancia exclusiva y la lactancia subsecuente; por el contrario se les enseñaba acerca de la preparación de fórmulas, cuáles eran las mejores y en qué momento deberían darse al niño.

Esto se torna en un verdadero problema, debido a que, si bien es cierto que actualmente las cosas se han cambiado, se ha demostrado que el mismo continúa siendo una barrera para la lactancia materna exclusiva. Algunos estudios mencionan que la falta de apoyo y el consejo inapropiado o inadecuado por parte del médico, enfermeras y otros profesionales de salud, la falta de educación dentro del círculo de salud acerca de la lactancia y la inaccesibilidad de las madres a los servicios son los factores que predominantemente afectan a todo el proceso.

Se han llevado a cabo estudios en los que se hacen intervenciones de educación sobre lactancia materna y los resultados son llamativos. Estos revelan que al intervenir de esta forma, las madres se percatan de los riesgos de la alimentación artificial, los múltiples beneficios de la lactancia materna exclusiva y de algunas dificultades durante la lactancia que se pueden prevenir empleando una adecuada técnica de amamantar. Lo anterior influirá positivamente en la duración de la lactancia exclusiva más que en la decisión de la madre de dar lactancia a su hijo así como también en su inicio (2,8,13,33,35).

Es por ello que nos damos cuenta que en nuestro país esta educación se obvia muchas veces en los hospitales, centros y puestos de salud, porque se cree que ya todo está dicho o ya se sabe acerca de la lactancia, pero cuán equivocados estamos. Esta debería ser una práctica constante, pues nos enfrentamos a una población que en su gran mayoría es analfabeta, que en muchas ocasiones le es difícil tener acceso a los servicios de salud y que algunas tradiciones pueden afectar negativamente a la lactancia materna exclusiva.

VI MATERIAL Y METODOS

A. Metodología

1. *Tipo de estudio:*

Descriptivo de corte transversal.

2. *Sujeto de estudio:*

Niños menores de 1 año (178) que se encuentran dentro del área de influencia del Puesto de Salud de Tulumajillo.

3. *Población a estudio:*

El total de niños menores de 1 año que se encuentran dentro del área de influencia del Puesto de Salud de Tulumajillo.

4. *Criterios de inclusión y exclusión:*

a. *De Inclusión:* *Se incluyeron en el estudio a todos los niños menores de doce meses que residían dentro del área de influencia del Puesto de salud y que recibieron cualquiera de las siguientes formas de alimentación antes de los seis meses de edad: lactancia materna casi exclusiva, alimentación complementaria o mixta y alimentación suplementaria o lactancia artificial.*

b. *De Exclusión:* *Quedaron fuera del estudio los niños de doce meses y mayores; todos los niños menores de doce meses que recibieron lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida; niños prematuros; niños que no se encontraron dentro del área de influencia del Puesto de Salud; niños que emigraron o inmigraron durante el período en que se llevó a cabo el estudio; niños menores*

de doce meses que presentaron enfermedades metabólicas congénitas.

5. Variables a Estudiar:

<i>NOMBRE DE LA VARIABLE</i>	<i>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</i>	<i>DEFINICIÓN OPERACIONAL</i>	<i>TIPO DE VARIABLE</i>	<i>ESCALA DE MEDICION</i>
<u>DEPENDIENTE</u>				
<i>Lactancia materna exclusiva</i>	<i>Método de alimentación infantil en el cual el lactante únicamente recibe leche materna y ningún otro líquido o sólido durante los primeros 4 a 6 meses de edad.</i>	<i>Todo niño menor de doce meses que durante los primeros seis meses de vida haya recibido únicamente leche de su madre y ningún otro alimento.</i>	<i>Nominal.</i>	<i>Si, No.</i>
<u>INDEPENDIENTE</u>				
<i>Edad materna</i>	<i>Tiempo transcurrido desde el nacimiento.</i>	<i>Edad en años que refiere la madre.</i>	<i>Numérica.</i>	<i>Años.</i>
<i>Escolaridad materna</i>	<i>Conjunto de cursos que un estudiante lleva en la escuela.</i>	<i>Grado de estudio académico que alcanzó la madre.</i>	<i>Ordinal.</i>	<i>Ninguna Primaria Básicos Diversificado Universitaria.</i>
<i>Estado Civil materno</i>	<i>Condición en cuanto a deberes y derechos.</i>	<i>Estado actual de la madre.</i>	<i>Nominal.</i>	<i>Soltera Viuda Casada Unida Divorciada.</i>

<i>Paridad</i>	<i>Clasificación de una mujer por el número de nacidos vivos que ha tenido.</i>	<i>Número de hijos que ha tenido la madre.</i>	<i>Numérica.</i>	<i>De 1 a 3 hijos De 3 a 6 hijos Más de 6 hijos.</i>
<i>Problemas frecuentes de la madre durante la lactancia</i>	<i>Conjunto de molestias en las mamas durante la lactancia las cuales ocasionan dolor intenso.</i>	<i>Se consideran la mastalgia, grietas del pezón, congestión mamaria, mastitis, absceso mamario, reflejo de eyección inhibido y reflejo de eyección excesivo.</i>	<i>Nominal.</i>	<i>Presente, Ausente.</i>
<i>Problemas del infante durante la lactancia.</i>	<i>Conjunto de trastornos del infante que limitan o impiden la lactancia.</i>	<i>Se considerarán el paladar hendido, labio leporino y síndrome de la confusión.</i>	<i>Nominal.</i>	<i>Presente, Ausente.</i>
<i>Factores o barreras de los servicios de salud</i>	<i>Conjunto de elementos de los servicios de salud que limitan la lactancia materna exclusiva.</i>	<i>Se considerarán la carencia de apoyo y educación por parte de los servicios de salud a las madres durante el período pre y post-natal.</i>	<i>Nominal.</i>	<i>Positivo, Negativo.</i>
<i>Frecuencia de enfermedades infecciosas gastrointestinales y respiratorias</i>	<i>Número de episodios de enfermedades gastrointestinales y respiratorias</i>	<i>Número de síndromes diarreicos y de infecciones respiratorias agudas en niños</i>	<i>Nominal.</i>	<i>De 1 a 2 episodios De 2 a 4 episodios Más de 5 episodios.</i>

<i>padecidas por el infante.</i>	<i>en niños menores de un año.</i>	<i>menores de 1 año.</i>		
----------------------------------	------------------------------------	--------------------------	--	--

6. Instrumentos de recolección y medición de las variables o datos:

- *Se utilizó una boleta previamente diseñada para la recolección de datos.*
- *Se llevaron a cabo visitas domiciliarias en las que se hicieron entrevistas a profundidad con el objeto de recolectar la información de base y explorar otros datos no incluidos en el instrumento.*

7. Ejecución de la investigación:

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES:

- 1.- Asignación del tema a investigar.
- 2.- Recopilación del material bibliográfico
- 3.- Elaboración de protocolo
- 4.- Presentación de protocolo
- 5.- Revisión del protocolo por docentes
- 6.- Corrección y aprobación del protocolo revisado
- 7.- Realización del trabajo de campo
- 8.- Procesamiento de datos
- 9.- Análisis y discusión de resultados
- 10.- Elaboración de conclusiones
- 11.- Presentación del informe final

1	X													
2		X												
3			X	X										
4					X									
5						X								
6							X							
7								X	X	X	X			
8												X		
9													X	
10													X	
11														X
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

SEMANAS

8. *Presentación de los resultados y tipo de tratamiento estadístico.*

Una vez recolectada la información por medio de las boletas, se procedió a realizar la tabulación de los datos por medio de cuadros por cada una de las preguntas. Posteriormente, se estableció la frecuencia, la media y el porcentaje de las mismas.

Finalmente, se interpretaron los resultados de cada uno de los cuadros presentados haciendo énfasis en los relevantes y se analizaron sobre la base de las variables, estableciendo su relación.

9. *Consideraciones Éticas:*

Previo a llevar a cabo las visitas domiciliarias, se le explicó a las madres la razón de las mismas, el problema que se estaba investigando, la importancia de su participación y que únicamente se le efectuaría la entrevista si ella estaba de acuerdo; dejando constancia de esto con su firma o huella digital.

B. *Recursos:*

1. Humanos

Niños menores de un año.

Madres de los niños menores de 1 año que vivan dentro del área de influencia del Puesto de Salud de Tulumajillo.

Personal del puesto de salud de la aldea Tulumajillo.

Personal de las bibliotecas consultadas.

Asesor.

Revisor.

Investigador.

2. *Materiales Físicos*

Instituciones: Puesto de Salud de Tulumajillo.

Centro de Salud de Salud de San Agustín Ac.

Biblioteca de Medicina USAC.

Biblioteca INCAP.

Biblioteca del Hospital General San Juan de Dios.

Físicos: Archivo del puesto de Salud de Tulumajillo.

Boleta de Recolección de datos.

Computadora.

Material de escritorio.

VII PRESENTACION DE RESULTADOS

**"BARRERAS PARA LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DURANTE LOS
PRIMEROS SEIS MESES DE EDAD EN NIÑOS DE UNA POBLACION
RURAL DE GUATEMALA"
ALDEA TULUMAJILLO, MUNICIPIO DE SAN AGUSTIN
ACASAGUASTLAN, DEPARTAMENTO EL PROGRESO.**

*CUADRO No. 1
EDAD DE LAS MADRES ENTREVISTADAS*

EDAD (AÑOS)	TOTAL	PROCENTAJE (%)
13 A 17	7	3.94
18-20	35	19.66
21-25	62	34.83
26-30	39	21.91
31-35	21	11.80
MAYOR DE 36	14	7.86
TOTAL	178	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

**"BARRERAS PARA LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DURANTE LOS
PRIMEROS SEIS MESES DE EDAD EN NIÑOS DE UNA POBLACION
RURAL DE GUATEMALA"
ALDEA TULUMAJILLO, MUNICIPIO DE SAN AGUSTIN
ACASAGUASTLAN, DEPARTAMENTO EL PROGRESO.**

*CUADRO No. 2
ESTADO CIVIL DE LAS MADRES ENTREVISTADAS*

<i>ESTADO CIVIL</i>	<i>TOTAL</i>	<i>PORCENTAJE (%)</i>
<i>Soltera</i>	<i>14</i>	<i>7.87</i>
<i>Unida</i>	<i>99</i>	<i>55.62</i>
<i>Casada</i>	<i>65</i>	<i>36.52</i>
<i>Viuda</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
<i>Divorciada</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
<i>TOTAL</i>	<i>178</i>	<i>100</i>

Fuente: Boleta de recolección de datos.

**"BARRERAS PARA LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DURANTE LOS
PRIMEROS SEIS MESES DE EDAD EN NIÑOS DE UNA POBLACION
RURAL DE GUATEMALA"
ALDEA TULUMAJILLO, MUNICIPIO DE SAN AGUSTIN
ACASAGUASTLAN, DEPARTAMENTO EL PROGRESO.**

**CUADRO No. 3
ESCOLARIDAD DE LAS MADRES ENTREVISTADAS**

ESCOLARIDAD	TOTAL	PORCENTAJE (%)
<i>Ninguna</i>	34	19.10
<i>Pre-primaria</i>	0	0
<i>1° a 6° Primaria</i>	121	67.98
<i>Básicos</i>	12	6.74
<i>Diversificado</i>	11	6.18
<i>Universitaria</i>	0	0
TOTAL	178	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

**"BARRERAS PARA LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DURANTE LOS
PRIMEROS SEIS MESES DE EDAD EN NIÑOS DE UNA POBLACION
RURAL DE GUATEMALA"
ALDEA TULUMAJILLO, MUNICIPIO DE SAN AGUSTIN
ACASAGUASTLAN, DEPARTAMENTO EL PROGRESO.**

**CUADRO No. 4
PARIDAD DE LAS MADRES ENTREVISTADAS**

NUMERO DE HIJOS	TOTAL	PORCENTAJE (%)
<i>De 1 a 3</i>	119	66.85
<i>De 4 a 6</i>	44	24.72
<i>Más de 6</i>	15	8.43
TOTAL	178	100

Fuente: Boleta de recolección de datos. X = 3 niños

**"BARRERAS PARA LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DURANTE LOS
PRIMEROS SEIS MESES DE EDAD EN NIÑOS DE UNA POBLACION
RURAL DE GUATEMALA"
ALDEA TULUMAJILLO, MUNICIPIO DE SAN AGUSTIN
ACASAGUASTLAN, DEPARTAMENTO EL PROGRESO.**

**CUADRO No. 5
¿LE HA DADO PECHO A SU NIÑO?**

RESPUESTA	TOTAL	PORCENTAJE (%)
Si	168	94.38
No	10	5.62
TOTAL	178	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

**"BARRERAS PARA LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DURANTE LOS
PRIMEROS SEIS MESES DE EDAD EN NIÑOS DE UNA POBLACION
RURAL DE GUATEMALA"
ALDEA TULUMAJILLO, MUNICIPIO DE SAN AGUSTIN
ACASAGUASTLAN, DEPARTAMENTO EL PROGRESO.**

**CUADRO 6.1
¿POR QUÉ NO LE DIO PECHO A SU HIJO?**

MOTIVOS	TOTAL	PORCENTAJE (%)
<i>Por trabajo de la madre.</i>	<i>1</i>	<i>10</i>
<i>Enfermedad grave de la madre.</i>	<i>2</i>	<i>20</i>
<i>La leche de la madre era insuficiente.</i>	<i>1</i>	<i>10</i>
<i>A su hijo le daba náusea el pecho.</i>	<i>6</i>	<i>60</i>
TOTAL	10	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

**"BARRERAS PARA LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DURANTE LOS
PRIMEROS SEIS MESES DE EDAD EN NIÑOS DE UNA POBLACION
RURAL DE GUATEMALA"
ALDEA TULUMAJILLO, MUNICIPIO DE SAN AGUSTIN
ACASAGUASTLAN, DEPARTAMENTO EL PROGRESO.**

*CUADRO No. 6.2
¿POR QUÉ SI LE DIO PECHO A SU NIÑO?*

<i>MOTIVOS</i>	<i>TOTAL</i>	<i>(%)</i>
<i>La leche materna es el mejor alimento para los niños.</i>	<i>71</i>	<i>40.0</i>
<i>La leche materna ayuda a prevenir enfermedades de los niños.</i>	<i>61</i>	<i>34.3</i>
<i>La leche materna es barata o no tiene costo alguno.</i>	<i>22</i>	<i>12.36</i>
<i>La madre no pudo introducirle el biberón a su hijo.</i>	<i>9</i>	<i>5.06</i>
<i>La leche materna es mejor vitaminada.</i>	<i>9</i>	<i>5.06</i>
<i>Por costumbre de las madres de darles pecho.</i>	<i>9</i>	<i>5.06</i>
<i>Mejora el crecimiento de los niños.</i>	<i>4</i>	<i>2.25</i>
<i>La leche materna no requiere de ningún tipo de preparación.</i>	<i>4</i>	<i>2.25</i>
<i>La leche materna es totalmente estéril.</i>	<i>3</i>	<i>1.68</i>

<i>La leche materna es suficiente alimento por sí misma.</i>	<i>2</i>	<i>1.12</i>
<i>El médico le sugirió a la madre darle pecho a su hijo.</i>	<i>2</i>	<i>1.12</i>
<i>La madre escuchó en los medios de comunicación que la leche materna es la alimentación más adecuada para los niños.</i>	<i>2</i>	<i>1.12</i>
<i>Otros.</i>	<i>2</i>	<i>1.12</i>
<i>N =</i>	<i>178</i>	

Fuente: Boleta de recolección de datos.

**"BARRERAS PARA LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DURANTE LOS
PRIMEROS SEIS MESES DE EDAD EN NIÑOS DE UNA POBLACION
RURAL DE GUATEMALA"
ALDEA TULUMAJILLO, MUNICIPIO DE SAN AGUSTIN
ACASAGUASTLAN, DEPARTAMENTO EL PROGRESO.**

CUADRO No. 7.1

**¿HA TENIDO O TIENE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES MOLESTIAS
DURANTE EL TIEMPO QUE LE HA DADO O DIO PECHO A SU NIÑO?**

<i>MOLESTIAS MAMARIAS</i>	<i>TOTAL</i>	<i>PORCENTAJE (%)</i>
<i>Mastalgia</i>	<i>55</i>	<i>30.90</i>
<i>Grietas en el pezón</i>	<i>39</i>	<i>21.91</i>
<i>Congestión mamaria</i>	<i>25</i>	<i>14.04</i>
<i>Absceso mamario</i>	<i>0</i>	<i>0</i>

<i>Reflejo excesivo de eyección</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
<i>Reflejo inhibido de eyección</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
<i>Mastitis</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
<i>Ninguna</i>	<i>59</i>	<i>33.15</i>
<i>TOTAL</i>	<i>178</i>	<i>100</i>

Fuente: Boleta de recolección de datos.

**"BARRERAS PARA LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DURANTE LOS
PRIMEROS SEIS MESES DE EDAD EN NIÑOS DE UNA POBLACION
RURAL DE GUATEMALA"
ALDEA TULUMAJILLO, MUNICIPIO DE SAN AGUSTIN
ACASAGUASTLAN, DEPARTAMENTO EL PROGRESO.**

**CUADRO No. 7.2
¿DICHAS MOLESTIAS INFLUYERON EN LA CONTINUIDAD DE LA
LACTANCIA?**

<i>RESPUESTA</i>	<i>TOTAL</i>	<i>PORCENTAJE (%)</i>
-------------------------	---------------------	------------------------------

<i>Si</i>	<i>2</i>	<i>1.68</i>
<i>No</i>	<i>117</i>	<i>98.32</i>
<i>TOTAL</i>	<i>119</i>	<i>100</i>

Fuente: Boleta de recolección de datos.

**"BARRERAS PARA LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DURANTE LOS
PRIMEROS SEIS MESES DE EDAD EN NIÑOS DE UNA POBLACION
RURAL DE GUATEMALA"
ALDEA TULUMAJILLO, MUNICIPIO DE SAN AGUSTIN
ACASAGUASTLAN, DEPARTAMENTO EL PROGRESO.**

**CUADRO No. 8
¿CUÁNTOS MESES LE HA DADO O DIO ÚNICAMENTE PECHO A SU
NIÑO?**

<i>DURACION</i>	<i>TOTAL</i>	<i>PORCENTAJE (%)</i>
<i>De 0-5 días</i>	<i>25</i>	<i>14.04</i>
<i>De 6-10 días</i>	<i>13</i>	<i>7.30</i>
<i>De 11-15 días</i>	<i>6</i>	<i>3.37</i>

<i>De 16-20 días</i>	<i>3</i>	<i>1.69</i>
<i>De 21-25 días</i>	<i>1</i>	<i>0.56</i>
<i>De 26-29 días</i>	<i>55</i>	<i>30.9</i>
<i>De 1 a 3 meses</i>	<i>57</i>	<i>32.02</i>
<i>De 4 a 5 meses</i>	<i>16</i>	<i>9.0</i>
<i>Más de 6 meses</i>	<i>2</i>	<i>1.12</i>
TOTAL	178	100

Fuente: Boleta de recolección de datos. X = 1 mes.

**"BARRERAS PARA LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DURANTE LOS
PRIMEROS SEIS MESES DE EDAD EN NIÑOS DE UNA POBLACION
RURAL DE GUATEMALA"
ALDEA TULUMAJILLO, MUNICIPIO DE SAN AGUSTIN
ACASAGUASTLAN, DEPARTAMENTO EL PROGRESO.**

**CUADRO No. 9.1
¿A QUE EDAD LE INTRODUIJO OTROS ALIMENTOS A PARTE DEL
PECHO?**

EDAD DEL NIÑO	TOTAL	PORCENTAJE (%)
----------------------	--------------	-----------------------

<i>De 0-5 días</i>	<i>24</i>	<i>13.48</i>
<i>De 6-10 días</i>	<i>13</i>	<i>7.30</i>
<i>De 11-15 días</i>	<i>6</i>	<i>3.37</i>
<i>De 16-20 días</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
<i>De 21-25 días</i>	<i>5</i>	<i>2.81</i>
<i>De 26-29 días</i>	<i>44</i>	<i>24.73</i>
<i>De 1 a 3 meses</i>	<i>56</i>	<i>31.46</i>
<i>De 4 a 6 meses</i>	<i>29</i>	<i>16.29</i>
<i>Más de 6 meses</i>	<i>1</i>	<i>0.56</i>
<i>TOTAL</i>	<i>178</i>	<i>100</i>

Fuente: Boleta de recolección de datos. X = 2 meses.

**"BARRERAS PARA LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DURANTE LOS
PRIMEROS SEIS MESES DE EDAD EN NIÑOS DE UNA POBLACION
RURAL DE GUATEMALA"
ALDEA TULUMAJILLO, MUNICIPIO DE SAN AGUSTIN
ACASAGUASTLAN, DEPARTAMENTO EL PROGRESO.**

**CUADRO No. 9.2
¿POR QUÉ LE INTRODUIÓ OTROS ALIMENTOS?**

<i>MOTIVOS</i>	<i>TOTAL</i>	<i>(%)</i>
<i>Para prevenir la deshidratación por el intenso calor le dio "aguas frescas" al niño.</i>	<i>73</i>	<i>41.01</i>
<i>La leche de la madre era insuficiente para saciar el hambre de su hijo.</i>	<i>37</i>	<i>20.79</i>

<i>El niño presentaba mucha sed.</i>	18	10.11
<i>Nunca tuvo leche la madre.</i>	10	5.62
<i>Familiares le sugirieron a la madre dar otros alimentos</i>	7	3.93
<i>Por estreñimiento y cólico infantil.</i>	7	3.93
<i>La madre acostumbra a dar otros líquidos o alimentos</i>	6	3.37
<i>Por trabajo de la madre le introdujo otros alimentos</i>	6	3.37
<i>Por tareas domésticas de la madre.</i>	5	2.80
<i>El niño nunca aceptó el pecho.</i>	5	2.80
<i>Por enfermedad del infante.</i>	5	2.80
<i>El infante mostraba interés por otros alimentos</i>	4	2.25
<i>Para complementar la alimentación del niño</i>	4	2.25
<i>Para que el niño empezara a comer.</i>	4	2.25
<i>Enfermedad grave materna</i>	3	1.68
<i>Otras razones.</i>	3	1.68
<i>N =</i>	178	

Fuente: Boleta de recolección de datos.

**"BARRERAS PARA LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DURANTE LOS
PRIMEROS SEIS MESES DE EDAD EN NIÑOS DE UNA POBLACION
RURAL DE GUATEMALA"**

**ALDEA TULUMAJILLO, MUNICIPIO DE SAN AGUSTIN
ACASAGUASTLAN, DEPARTAMENTO EL PROGRESO.**

**CUADRO No. 10
¿TOMO BIBERON SU NIÑO ANTES QUE LO AMAMANTARA POR
PRIMERA VEZ?**

RESPUESTA	TOTAL	PORCENTAJE (%)
Si	21	11.80
No	157	88.20
TOTAL	178	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

**"BARRERAS PARA LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DURANTE LOS
PRIMEROS SEIS MESES DE EDAD EN NIÑOS DE UNA POBLACION
RURAL DE GUATEMALA"
ALDEA TULUMAJILLO, MUNICIPIO DE SAN AGUSTIN
ACASAGUASTLAN, DEPARTAMENTO EL PROGRESO.**

*CUADRO No. 11
¿SU NIÑO HA PREFERIDO EL BIBERÓN A SU PECHO?*

<i>RESPUESTA</i>	<i>TOTAL</i>	<i>PORCENTAJE (%)</i>
<i>Si</i>	<i>34</i>	<i>19.10</i>
<i>No</i>	<i>144</i>	<i>80.90</i>
<i>TOTAL</i>	<i>178</i>	<i>100</i>

Fuente: Boleta de recolección de datos.

**"BARRERAS PARA LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DURANTE LOS
PRIMEROS SEIS MESES DE EDAD EN NIÑOS DE UNA POBLACION
RURAL DE GUATEMALA"
ALDEA TULUMAJILLO, MUNICIPIO DE SAN AGUSTIN
ACASAGUASTLAN, DEPARTAMENTO EL PROGRESO.**

**CUADRO No. 12
¿TIENE O TUVO SU NIÑO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES
PROBLEMAS?**

PROBLEMAS DEL INFANTE	TOTAL	PORCENTAJE (%)
<i>Paladar Hendido</i>	0	0
<i>Labio Leporino</i>	1	0.56
<i>Síndrome de Confusión</i>	3	1.69
<i>Ninguno</i>	174	97.75
TOTAL	178	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

**"BARRERAS PARA LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DURANTE LOS
PRIMEROS SEIS MESES DE EDAD EN NIÑOS DE UNA POBLACION
RURAL DE GUATEMALA"
ALDEA TULUMAJILLO, MUNICIPIO DE SAN AGUSTIN
ACASAGUASTLAN, DEPARTAMENTO EL PROGRESO.**

CUADRO No. 13.1

**¿RECIBIO USTED CHARLAS EDUCATIVAS POR PARTE DE LOS
SERVICIOS DE SALUD CON RESPECTO A LA LACTANCIA MATERNA
EXCLUSIVA?**

<i>RESPUESTA</i>	<i>TOTAL</i>	<i>PORCENTAJE (%)</i>
<i>Si</i>	<i>52</i>	<i>29.21</i>
<i>No</i>	<i>126</i>	<i>70.79</i>
<i>TOTAL</i>	<i>178</i>	<i>100</i>

Fuente: Boleta de recolección de datos.

**"BARRERAS PARA LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DURANTE LOS
PRIMEROS SEIS MESES DE EDAD EN NIÑOS DE UNA POBLACION
RURAL DE GUATEMALA"
ALDEA TULUMAJILLO, MUNICIPIO DE SAN AGUSTIN
ACASAGUASTLAN, DEPARTAMENTO EL PROGRESO.**

*CUADRO No. 13.2
INSTITUCIONES DONDE RECIBIO CHARLAS SOBRE LACTANCIA
MATERNA*

<i>INSTITUCION</i>	<i>TOTAL</i>	<i>PORCENTAJE (%)</i>
<i>Centro de Salud de San Agustín Ac. Y Puesto de salud de Tulumajillo.</i>	<i>23</i>	<i>44.23</i>
<i>Programa de víveres Share</i>	<i>16</i>	<i>30.77</i>
<i>Hospital de El Progreso</i>	<i>10</i>	<i>19.23</i>
<i>Instituto Guatemalteco de Seguridad Social</i>	<i>1</i>	<i>1.92</i>
<i>Otros</i>	<i>2</i>	<i>3.85</i>
<i>TOTAL</i>	<i>52</i>	<i>100</i>

Fuente: Boleta de recolección de datos.

**"BARRERAS PARA LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DURANTE LOS
PRIMEROS SEIS MESES DE EDAD EN NIÑOS DE UNA POBLACION
RURAL DE GUATEMALA"
ALDEA TULUMAJILLO, MUNICIPIO DE SAN AGUSTIN
ACASAGUASTLAN, DEPARTAMENTO EL PROGRESO.**

*CUADRO No. 14
SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿CUÁL O CUALES DE ESTAS
ORIENTACIONES LE AYUDARON A CONTINUAR CON LA LACTANCIA
DE SU NIÑO?*

<i>ORIENTACIÓN RECIBIDA</i>	<i>TOTAL</i>	<i>PORCENTAJE (%)</i>
<i>Previene enfermedades.</i>	<i>22</i>	<i>43.14</i>
<i>Es la alimentación más adecuada.</i>	<i>15</i>	<i>29.42</i>
<i>Los niños con lactancia materna son sanos.</i>	<i>4</i>	<i>7.84</i>
<i>La leche materna no tiene costo alguno.</i>	<i>4</i>	<i>7.84</i>
<i>La leche materna no se prepara.</i>	<i>3</i>	<i>5.88</i>
<i>La leche materna es vitaminada.</i>	<i>1</i>	<i>1.96</i>
<i>Mejora el crecimiento de los niños.</i>	<i>1</i>	<i>1.96</i>
<i>La leche materna es totalmente libre de bacterias.</i>	<i>1</i>	<i>1.96</i>
<i>TOTAL</i>	<i>51</i>	<i>100</i>

Fuente: Boleta de recolección de datos.

**"BARRERAS PARA LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DURANTE LOS
PRIMEROS SEIS MESES DE EDAD EN NIÑOS DE UNA POBLACION
RURAL DE GUATEMALA"
ALDEA TULUMAJILLO, MUNICIPIO DE SAN AGUSTIN
ACASAGUASTLAN, DEPARTAMENTO EL PROGRESO.**

*CUADRO No. 15
¿EXISTEN OTRAS RAZONES POR LAS QUE NO PUDO DAR
UNICAMENTE PECHO DURANTE LOS PRIMEROS SEIS MESES DE VIDA
A SU NIÑO?*

<i>MOTIVOS</i>	<i>TOTAL</i>	<i>PORCENTAJE (%)</i>
<i>Para prevenir la deshidratación la madre le dio "aguas frescas"</i>	<i>5</i>	<i>23.81</i>
<i>Por trabajo de la madre</i>	<i>5</i>	<i>23.81</i>
<i>La leche materna no era suficiente.</i>	<i>4</i>	<i>19.05</i>
<i>Por oficios domésticos.</i>	<i>2</i>	<i>9.52</i>
<i>Para complemento de la dieta del niño dio otros alimentos.</i>	<i>2</i>	<i>9.53</i>
<i>Porque la madre acostumbra a dar otros alimentos antes de los 6 meses.</i>	<i>1</i>	<i>4.76</i>
<i>Para que el infante aprendiera a tomar biberón.</i>	<i>1</i>	<i>4.76</i>
<i>Por embarazo de la madre.</i>	<i>1</i>	<i>4.76</i>
<i>TOTAL</i>	<i>21</i>	<i>100</i>

Fuente: Boleta de recolección de datos.

**"BARRERAS PARA LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DURANTE LOS
PRIMEROS SEIS MESES DE EDAD EN NIÑOS DE UNA POBLACION
RURAL DE GUATEMALA"
ALDEA TULUMAJILLO, MUNICIPIO DE SAN AGUSTIN
ACASAGUASTLAN, DEPARTAMENTO EL PROGRESO.**

*CUADRO No. 16.1
¿HA PRESENTADO SU NIÑO EPISODIOS DIARREICOS O
INFECCIONES RESPIRATORIAS?*

RESPUESTA	TOTAL		PORCENTAJE (%)	
Síndrome diarreico <i>Si</i>	119	178	66.85	100
	59		33.15	
Infecciones respiratorias agudas <i>Si</i>	161	178	90.45	100
	17		9.55	

Fuente: Boleta de recolección de datos.

**"BARRERAS PARA LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DURANTE LOS
PRIMEROS SEIS MESES DE EDAD EN NIÑOS DE UNA POBLACION
RURAL DE GUATEMALA"
ALDEA TULUMAJILLO, MUNICIPIO DE SAN AGUSTIN
ACASAGUASTLAN, DEPARTAMENTO EL PROGRESO.**

*CUADRO No. 16.2
NUMERO DE EPISODIOS DE SINDROMES DIARREICOS Y
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS AGUDAS*

ENFERMEDAD/No. DE EPISODIOS	TOTAL	PORCENTAJE (%)
<i>Síndrome Diarréico Agudo</i>		
<i>De 1-5</i>	<i>84</i>	<i>70.59</i>
<i>De 6-10</i>	<i>23</i>	<i>19.33</i>
<i>De 11-15</i>	<i>8</i>	<i>6.72</i>
<i>De 16-20</i>	<i>4</i>	<i>3.36</i>
<i>Más de 20</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
<i>TOTAL</i>	<i>119</i>	<i>100</i>
<i>Infecciones Respiratorias Agudas</i>		
<i>De 1-5</i>	<i>109</i>	<i>67.71</i>
<i>De 6-10</i>	<i>28</i>	<i>17.39</i>
<i>De 11-15</i>	<i>11</i>	<i>6.83</i>
<i>De 16-20</i>	<i>11</i>	<i>6.83</i>
<i>Más de 20</i>	<i>2</i>	<i>1.24</i>
<i>TOTAL</i>	<i>161</i>	<i>100</i>

Fuente: Boleta de recolección de datos.

VIII ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

Por medio de la boleta de recolección de datos fue posible recabar la información necesaria para la identificación de las barreras que condicionan a la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de edad de los niños que habitan en el área de influencia del Puesto de salud de Tulumajillo, departamento de El Progreso.

A continuación se hará una descripción, análisis y discusión de los datos relevantes de la investigación mediante la asociación de las variables en estudio.

La edad de las madres en dicha región se encuentra dentro del rango de 21 a 25 años (34.83%), es decir que la gran mayoría son madres jóvenes; así mismo, con respecto al estado civil de las mismas, un 55.62% son unidas, 36.52% son casadas y un 7.87% solteras; un 67.98% cursaron algún grado entre 1° y 6° primaria; y la mayor parte de ellas tiene entre 1 a 3 hijos (66.85%). Se evidencia en el presente trabajo que estos factores maternos influyen marcadamente en la nutrición óptima de los niños por medio de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses

de vida. Las madres jóvenes carecen de experiencia y cuidado en la alimentación de sus hijos y estos elementos las llevan a no dar lactancia exclusiva y a optar por otras formas de alimentación, predominantemente, la lactancia materna casi exclusiva, así como también, la alimentación complementaria o mixta, la alimentación suplementaria o artificial y el destete prematuro. De igual forma, la educación materna juega un papel muy importante en la nutrición infantil. La mayoría de las madres cuentan con cierto grado de instrucción, sin embargo, no tienen los conocimientos necesarios para una adecuada lactancia exclusiva lo que se refleja en la casi inexistencia de dicha práctica. Finalmente, la paridad y el estado civil afectan a esta forma de alimentación en cierta manera. Algunas madres señalaron que a veces el hecho de tener dos, tres o más hijos podría representar un problema para la continuidad de la lactancia materna como tal, pues deben cuidar a sus otros hijos y a la vez cumplir con sus responsabilidades del hogar. Por otra parte, un menor número de madres refirieron que por no contar con el apoyo económico del cónyuge se vieron en la necesidad de buscar trabajo lo que impidió que se amamantara a los niños.

En cuanto a la forma en que fueron alimentados los niños por primera vez, las madres respondieron lo siguiente: un 11.80% de los niños habían sido alimentados con biberón por primera vez y un

88.20% se alimentaron del pecho de su madre. Un 19.10% de los niños han preferido o prefirieron el biberón y un 80.90% el pecho de su madre. Para ser un área rural presenta un elevado porcentaje de niños que fueron alimentados con biberón por primera vez, y las razones evidenciadas son que la leche de las madres era inexistente o insuficiente para amamantar a sus hijos por lo que tuvieron que valerse de otras formas de alimentación; en pocos casos las madres refirieron que en el hospital se les había dado biberón a sus niños. Estos factores influyeron en la preferencia de los niños entre el pecho y biberón, teniendo éste último un porcentaje considerable.

*En general, un 94.38% de las madres sí están o estuvieron anuentes a darle pecho a sus hijos; en contra posición de un 5.62%. Dentro de las principales razones que ellas consideraron importantes para amamantar a sus hijos se encuentran: la leche materna es el **mejor alimento** para los niños, les ayuda a prevenir enfermedades, dicha leche es sin costo y tiene más vitaminas que los sucedáneos de la leche materna. Por otra parte, los motivos señalados por algunas madres del por qué no dieron pecho a sus hijos fueron, principalmente, porque le daba náusea al niño, por enfermedad grave materna, por razones de trabajo y porque la leche de la madre era insuficiente.*

Si bien es cierto que el 94.68% de las madres sí le dieron pecho a sus hijos, llama la atención la duración de la lactancia exclusiva y la edad a que introdujeron otros líquidos o alimentos. Así vemos que la duración de la lactancia materna exclusiva presenta el siguiente patrón: menos de un mes, un 57.86%; de 1 a 3 meses, 32.02%; de 4 a 6 meses, un 9.0%; y mayores de 6 meses, un 1.12%. Lo que significa que tan sólo un 1.12% de los niños recibieron lactancia materna exclusiva por lo menos durante el tiempo mínimo establecido, y el resto (98.88%) no la recibió. En cuanto a la edad de los niños en que se introducen otros líquidos o alimentos el estudio reveló que este evento se produjo en la gran mayoría de ellos antes de cumplir el mes de edad, 51.69%, de 1 a 3 meses de edad, en un 32.02%, de 4 a 6 meses, en un 9.0%, y más de 6 meses, en un 1.12%. Estos resultados son muy similares a los de la duración de la lactancia materna exclusiva.

Dentro de las principales razones expuestas por las madres del por qué introdujeron otros líquidos o alimentos se obtuvo que para prevenir la deshidratación le daban a los niños aguas frescas; su leche era insuficiente para saciar el hambre de su hijo; algunas madres observaron que los niños tenían sed intensa; y finalmente, la madre nunca tuvo leche.

Es alarmante observar estos porcentajes tan elevados con respecto a los niños que no están recibiendo lactancia exclusiva durante los primeros seis meses de vida y la tan corta edad en que se les introducen otros líquidos o alimentos. Las razones principales redundan en el tipo de clima del área, el cual es generalmente muy caluroso, y esto conlleva a que las madres creen que es necesario dar otros líquidos para prevenir la deshidratación o bien saciar la sed de sus hijos. Por otra parte, existen madres que aún creen no tener leche o bien no la suficiente para alimentar a sus hijos, por lo que recurren a otras formas de alimentación; unas pocas prueban a darles pecho posteriormente pero obviamente los niños preferirán el biberón, estableciéndose el síndrome de la confusión que se presentó en un 1.69%.

Con respecto a los problemas más frecuentes de las mamas durante la lactancia se encontró que la mastalgia (30.90%) es muy común, seguida por las grietas del pezón (21.91%) y la congestión mamaria (14.01%); las que en conjunto se presentaron en un 66.85% de las madres entrevistadas. Sin embargo, únicamente un 1.68% de dichas molestias mamarias sí influyeron en la continuidad de la lactancia materna, pues según las madres, el malestar era tan severo que afectó a ambas mamas lo que impidió la lactancia,

ignorando a su vez, que la misma no debió ser suspendida y que incluso pudo ayudarles a solventar la molestia.

En relación a los trastornos del infante que limitan o impiden la lactancia, vemos que están ausentes en el 97.75% de la población que se estudió, y únicamente se encontró un 0.56% en labio leporino y 1.69% en el síndrome de la confusión. Los factores del infante no representan una barrera para la lactancia materna exclusiva en esta población.

El hecho de la lactancia materna exclusiva sea casi inexistente influye, sin lugar a duda, en la salud de los niños, presentando principalmente síndromes diarréicos e infecciones respiratorias agudas. Se encontró que la población infantil se ve afectada por síndromes diarréicos en un 66.85%, con un promedio de episodios entre 1 a 10 (89.92%) durante los primeros 11 meses de vida. Las infecciones respiratorias agudas son mucho más frecuentes, constituyéndose en la primera causa de morbilidad infantil. Se presentaron en un 90.45% de la población, con un promedio de episodios entre 1 a 10 (85.10%) durante los primeros 11 meses de vida. Este fenómeno era de esperarse, pues es bien conocido que la lactancia materna exclusiva actúa como factor protector por sus propiedades inmunológicas en los infantes, y al estar casi

totalmente ausente, habrán más niños que enfermen por estas entidades.

Para concluir, es indispensable analizar el papel de los servicios de salud y su participación en este problema. La respuesta de las madres frente a si habían recibido en algún momento educación sobre la lactancia materna exclusiva por parte de dichos servicios, ellas contestaron: si, en un 29.21% y no, en un 70.79%. Con respecto a las madres que contestaron afirmativamente, la distribución de las instituciones que proporcionaron dichas charlas u orientaciones fue la siguiente: Centro de Salud de San Agustín Acasaguastlán y Puesto de salud de Tulumajillo, 44.23%; Programa de víveres Share, 30.77%; Hospital de El Progreso, 19.23%, IGSS, 1.92%; y otros (comadronas, promotores de salud y técnicos en salud rural), 3.85%. Dentro de las principales orientaciones que ayudaron a las madres a continuar la lactancia de sus hijos se incluyen: la leche materna previene enfermedades, es la forma de alimentación más adecuada, los niños que se alimentan del pecho son niños sanos, la leche materna no tiene costo alguno y no se prepara, tiene más vitaminas, es libre de bacterias, y mejora el crecimiento de los niños.

La participación de los servicios de salud es muy pobre, quizá esto se deba a que la escasa lactancia materna exclusiva y sus

consecuencias sobre la población infantil aún no han llamado la atención de dichos servicios para considerarlos como un problema que debiera ser tratado inmediatamente. Esto mejoraría la salud de los niños, y lo que es más importante, se llevarían a cabo intervenciones oportunas que evitarían que el 100% de la población se viera afectada por el problema en cuestión.

IX CONCLUSIONES

- 1. La lactancia materna exclusiva en la población estudiada es casi nula hasta la edad de los seis meses, predominando otras formas de alimentación, principalmente, la lactancia casi exclusiva, la alimentación complementaria o mixta, la alimentación suplementaria o artificial y, en pocos casos, el destete prematuro. Las barreras o factores reconocidos como condicionantes de este fenómeno son los factores maternos, factores de los servicios de salud, y se agregan dos factores nuevos, climático y costumbres propias del lugar.*
- 2. Dentro de los factores maternos se identifican como influyentes la edad, pues en su mayoría son madres jóvenes que carecen de la experiencia y cuidados en la alimentación de sus hijos. La escolaridad, la cual es relativa, pues a pesar de que estas madres cuentan con un grado de instrucción, es decir que no son analfabetas, no poseen los conocimientos necesarios para brindarles a sus hijos una lactancia exclusiva óptima durante el tiempo mínimo requerido y cumpliendo con los requisitos de la misma. La paridad, puede determinar la continuidad de la lactancia exclusiva, pues las madres deben cuidar a sus otros hijos y cumplir con sus responsabilidades del hogar, logrando que se interrumpa dicha práctica y se opte*

- por otras formas de alimentación. El estado civil y los problemas mamarios durante la lactancia no se consideran como barreras para la lactancia exclusiva.*
- 3. Los factores climático y costumbres propias del lugar son los principales limitantes de la lactancia exclusiva. El clima es intensamente caluroso por lo que las madres por generaciones han acostumbrado a darles a los niños desde que nacen o bien a los ocho o quince días de nacidos aguas frescas para prevenir la deshidratación, saciar la sed y para complementar la alimentación de los infantes.*
 - 4. Los servicios de salud aún no toman en cuenta la magnitud de este problema, por ende, la participación de los mismos para el planteamiento de las soluciones es pobre y no se llevan a cabo frecuentemente actividades efectivas de promoción, educación y divulgación para apoyar y proteger la práctica de la lactancia materna exclusiva.*
 - 5. Los problemas del infante durante la lactancia, tales como paladar hendido, labio leporino y síndrome de la confusión, no se consideran como condicionantes para la lactancia materna exclusiva, pues se encuentran ausentes en la mayor parte de la población.*

6. *La alta frecuencia de enfermedades infecciosas, principalmente, síndromes diarreicos agudos e infecciones respiratorias agudas, en la población infantil, es un reflejo de la casi inexistente lactancia materna exclusiva en el área estudiada, la cual confiere protección inmunológica contra dichas entidades patológicas reduciendo el número de episodios de las mismas.*
7. *Es importante enfatizar que las barreras identificadas en el estudio son muy similares a las que han figurado dentro de otros estudios a nivel nacional; por lo que las medidas tomadas por el área de salud no han sido encaminadas correctamente hacia los causantes del problema.*

X RECOMENDACIONES

- 1. Que se realicen estudios preliminares por parte de los servicios de salud a nivel departamental sobre las áreas de conocimiento y actores involucrados en la lactancia materna exclusiva tomando en cuenta los factores sociales como la familia, culturales, biomédicos y socio-políticos; así como también sobre la incidencia y prevalencia de la lactancia materna exclusiva en la región a fin de darle una mayor prioridad a dicha práctica.*
- 2. Crear programas de promoción, protección y apoyo de la lactancia materna exclusiva enfocados directamente a las barreras identificadas y no limitados únicamente a la nutrición, sino compatibles con otros programas como la supervivencia infantil, salud, control de enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas, vigilancia del crecimiento e inmunizaciones, educación a las madres sobre la protección del ambiente y el aprovechamiento de los recursos naturales en la alimentación durante los primeros seis meses de vida.*
- 3. Llevar a cabo medidas de intervención encaminadas a modificar los conocimientos y prácticas en los distintos niveles comunitarios con el objeto de mejorar la duración,*

calidad y prevalencia de la lactancia materna exclusiva. Dentro de estas intervenciones se mencionan: educación y diseminación de la información, tomando en consideración lo tradicional y las costumbres de la comunidad, dirigidos a obtener un soporte y participación de la sociedad y no solo de las madres; cambios en las prácticas hospitalarias en cuanto a una mayor educación a las madres que acaban de tener a sus hijos acerca de la lactancia materna exclusiva, incluyendo sus requerimientos y duración mínima establecida; mayor capacitación de las comadronas, promotores de salud y técnicos de salud rural; creación de grupos de apoyo a las madres para la lactancia exclusiva, que sean culturalmente compatibles y posibles para la comunidad estableciéndose redes locales de promoción, divulgación y educación.

- 4. Es necesario el apoyo de los servicios de salud a las madres embarazadas y sus hijos mediante el entrenamiento adecuado de los profesionales y personal de salud, incluyendo la educación durante los períodos prenatal, natal y posnatal acerca de la importancia de la lactancia materna exclusiva, el uso correcto de suplementos y complementos nutricionales, uso selectivo de fórmulas y alimentos infantiles, y dar a conocer a legislación de los sucedáneos de la leche materna.*

5. *Finalmente, es necesario realizar evaluaciones periódicas de las medidas de intervención tomadas mediante el cálculo de índices o indicadores como: índice de lactancia materna exclusiva, índice de lactantes alimentados con biberón, índice de distribución de sucedáneos de la leche materna, índice de alimentación complementaria iniciada oportunamente y el índice de procesos educativos. Todo esto con el objetivo de llevar un control estricto del avance hacia la solución del problema.*

XI RESUMEN

La presente investigación titulada "BARRERAS PARA LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DURANTE LOS PRIMEROS SEIS MESES DE EDAD EN NIÑOS DE UNA POBLACIÓN RURAL DE GUATEMALA" es un estudio descriptivo de corte transversal realizado en 178 niños menores de un año que se encontraron dentro del área de influencia del puesto de salud de Tulumajillo, municipio de San Agustín Acasaguastlán, departamento de El Progreso.

Se llevaron a cabo visitas domiciliarias con el objeto de realizar una entrevista a profundidad a las madres y determinar los factores o barreras que limitan o impiden la lactancia materna exclusiva. Para esto se llenó una boleta de 14 preguntas que evaluaron los factores maternos, del infante, de los servicios de salud y otros.

Se concluyó que el 98.88% de la población infantil no recibió lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida. Dentro de los factores que limitan dicha forma de alimentación son los maternos, principalmente la edad, la carencia de conocimientos acerca de la lactancia materna exclusiva y la paridad. Los factores del infante no se consideran condicionantes, pues están ausentes en el 97.75% de la población. En cuanto a los

factores de los servicios de salud, existe una falta de reconocimiento a dicho problema por lo que la participación de los servicios para su solución es mínima. Finalmente, se encontraron dos factores esencialmente limitantes, el clima y las costumbres propias del lugar, los cuales en conjunto son los que más influyen en la duración y calidad de la lactancia materna exclusiva.

Se recomienda enfáticamente la educación, promoción y divulgación por parte de los servicios de salud a las madres y población en general acerca de la importancia, requisitos y duración mínima de la lactancia exclusiva, tomando en cuenta la capacitación del personal salubrista. Todo esto con el propósito de modificar la actitud y práctica de la lactancia exclusiva para aumentar su prevalencia y mejorar su calidad.

XII REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. *Alonso, Leticia et al. Lactancia en mujeres del área rural con baja biodisponibilidad de nutrimentos a partir de su dieta habitual. Archivos Latinoamericanos de Nutrición 1998; 48(2):122-7.*
2. *Alvarado, Reynaldo et al. Evaluación de un programa de fomento de lactancia materna con monitores de la comunidad. Revista Chilena de Pediatría 1994; 65(3):166-170.*
3. *Andraca, Isidora et al. Lactancia materna y desarrollo del niño. Revista Chilena de Nutrición Suplemento 1994; 65(6):331-337.*
4. *Annual World Breastfeeding Week, 6th: 1997: Washington. Mother's Milk: Nutrition, Nurture and Immunity. Washington, 1998. 13p.*
5. *Atalah, Eduardo et al. Lactancia absoluta, crecimiento y morbilidad en lactantes de bajo nivel socioeconómico. Revista Chilena de Pediatría 1994; 65(6): 331-337.*
6. *Atalah Samur, Eduardo y Castillo Cecilia. Crecimiento del menor de un año con lactancia materna exclusiva en relación a la referencia OMS 1994. Archivos Latinoamericanos de Nutrición 1997; 47(1): 29-33.*
7. *Barry Lawrence, Patricia. La leche Materna: La mejor fuente de nutrición para lactantes a término y pretérmino. Clínicas de Norteamérica 1994; 5: 941-55.*

8. Botello Cabrera, Ma. Teresa et al. Factores asociados al inicio, tipo y duración de la lactancia materna. PRHSJ 1999 Sep 18(3): 241- 249.
9. Calderón, Edwin Roberto. Hábitos de Alimentación en lactantes hasta los seis meses de edad y factores maternos relacionados con la práctica de lactancia materna. Guatemala Pediátrica 1997 Abr-Jun; 28(2): 55-59.
10. Cerezo, Rolando. Manejo de las posibles dificultades de la lactancia Materna; Manejo del recién nacido prematuro de bajo peso a través del Programa Madre Canguro. Organización Mundial de la Salud Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, Guatemala:1995. 36 p.
11. Cerezo, Mulet. Control de Infecciones en el niño a través de la Lactancia Materna: Una revisión (1995-1998). Pediátrica de Centroamérica 1998 Jul-Sep; 1(2): 75-81.
12. Delegado, María y Sorensen, Soren. Actitudes y Prácticas de la mujer Guatemalteca con respecto al destete y la ablactación. Guatemala Pediátrica 1997 Ene-Mar; 1(1): 8-11.
13. Díaz, Soledad et al. Breast-feeding duration and growth of fully breast-fed infants in a poor urban chilean population. Am J Clin Nutri 1995; 62:371-376.
14. Duffy, Linda et al. Exclusive breastfeeding protects against bacterial colonization and day care exposure to otitis media. Pediatrics 1997 Oct; 100(4): 717.
15. Esquivel Grijalva, Mirna Aracel. Conocimientos, Actividades y Prácticas sobre la lactancia materna: Estudio descriptivo en

- mujeres embarazadas de la aldea Florido Aceituno, departamento de Escuintla, junio a julio 1996. Tesis (Médico y Cirujano)- Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1996. 52p.
16. Gartner, Gerald et al. How long to breastfeed a baby. Heart and Soul 1998 Sep-Oct: 96.
17. Gispert, Carlos et al. Diccionario de Medicina Océano Mosby. España:Océano 1996. 1437p.
18. Golber, Mory et al. Demographic factors associated with the duration of mothers' breastfeeding. Am J Health Studies 1997; 13(4): 195-199.
19. Guerrero, Mario et al. Evaluación etnográfica rápida de la práctica de la lactancia natural en una zona periurbana de Ciudad de México. Bulletin of the World Health Organization 1999; 77(4): 323-330.
20. Hernández Cisneros, Freddie et al. Infecciones respiratorias agudas en el niño: Comportamiento de algunos factores de riesgo. Acta Pediátrica México 1998; 19(3): 103-107.
21. Horwood, Lenning and Ferguson, Derick. Breastfed babies grow up smart. Family Planning Perspectives 1998 May-Jun; 30(3): 107.
22. Monterroso Vásquez, Edmundo. Influencia de la lactancia materna y desarrollo del lactante. Tesis (Médico y Cirujano)- Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala 1998. 50p.

23. Neira, Luz Myrian. *Lactancia para la mujer contemporánea. En su: Nutrición Clínica y Gastroenterología Pediátrica. México:Interamericana 1999 450p. Pp 55-63.*
24. Nelson, Graham *et al.* *Breastfeeding has the greatest protective effect. Women's Health Weekly 1999 Jan: 3.*
25. O' Gara, Chloe *et al.* *La lactancia y el trabajo mujer. Journal o Gynecology and Obstetrics 1994 Suppl (47): 46-49.*
26. Organización Panamericana de la salud, Organización Mundial de la Salud e Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá. *Encuesta Nacional Materno-Infantil 1998-1999.* Guatemala:1999 525p.
27. Organización Panamericana de la Salud, OMS, UNICEF, INCAP, CONAPLAM, IBFAN. *Actualización en lactancia materna.* Curso profesional para médicos y enfermeras. Educación a distancia. Guatemala 1997.
28. Paz Herrera, Luis *et al.* *Duración de la lactancia materna en relación con algunas características y factores condicionantes de las madres que asisten a control al centro de salud Adelinda, Ingenio Pantaleón. Nutrición al Día 1994 Jul-Dic: 8(2): 16-24.*
29. Pérez Escamilla, Rafael. *Update on the breastfeeding situation in Africa. Nutrition Research 1997 Jun; 13(6): 612-737.*
30. Ramírez Rodríguez, Gladys Patricia. *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna: Estudio realizado en la comunidad de Sn Ixtán, Jalapa y Jutiapa diciembre 1994 a enero 1995.* Tesis (Médico y Cirujano)-Universidad de San

Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1996. 53 p.

31. Rea, Melody et al. Counselling on breastfeeding: Assessing knowledge and skills. Bulletin of the World Health Organization 1999; 77(6):492-499.
32. Renfrew, M.J. Lactancia sin restricciones. Salud Perinatal-CLAP 1995; 17:8.
33. Rutishauser, J et al. Factors associated with the initiation and duration of breastfeeding: A review of the literature. Aust J Nutr Diet 1998; 55:51-61.
34. Stevenson, Samuel et al. Breastfeeding successes. Mothering 1997; 85:66.
35. Spisak, Shelley and Shapiro Gross, Susan. Breastfeeding and human lactation. Washington: National center for education in maternal and child health 1999. 938p.
36. Valdez, Vivian et al. Leche humana. En su: Lactancia para la madre y el niño. Chile:Mediterráneo 1994. 142. 46-79 pp.
37. Vio del Río et al. Physiological and Nutritional basis for a successful breastfeeding. Revista Chilena de Nutrición 1997Abr; 21(1): 22-33.

XIII ANEXOS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Facultad de Ciencias Médicas

ENCUESTA
BARRERAS PARA LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DURANTE LOS
PRIMEROS SEIS MESES DE VIDA

Responsable: _____

Fecha: _____

Lugar: _____

Número: _____

Nombre del niño: _____ Edad
(meses) _____

Nombre de la madre: _____

Edad _____

1. Estado civil de la madre: soltera__ casada__ unida__ viuda__
divorciada__

2. ¿Hasta qué grado cursó en la escuela?

Ninguno _____

Básicos _____

Preprimaria _____

Diversificado _____

1° a 6° primaria _____

Universidad _____

3. ¿Cuántos niños ha tenido? _____

4. ¿Le ha dado pecho a su niño?

Si _____

No _____

¿Por

qué? _____

5. ¿Ha tenido o tiene alguna de las siguientes molestias durante el tiempo que le ha dado o dio pecho a su niño?

_____* mastalgia

____* absceso mamario

____grietas en el pezón

____reflejo excesivo de eyección

____congestión mamaria

____reflejo inhibido de eyección

* Se le explicarán cada uno de los términos a la madre previo a emitir una respuesta.

____mastitis

6. ¿Cuántos meses le ha dado o dio únicamente pecho a su niño? _____

7. ¿A qué edad (meses) le introdujo otros alimentos a parte del pecho?

¿Por _____ qué?

8. ¿Tomó biberón su niño antes que lo amamantara por primera vez?

Si _____ No _____

9. ¿Su niño ha preferido el biberón a su pecho?

Si _____ No _____

10. ¿Tiene o tuvo su niño alguno de los siguientes problemas?

_____paladar hendido

_____labio leporino

11. ¿Recibió usted charlas educativas por parte de los servicios de salud (Puesto de salud, Centro de salud, hospitales, jornadas médicas y otro personal de salud) con respecto a lactancia materna exclusiva?

Si _____ No _____

12. Si su respuesta es afirmativa, ¿Cuál o cuales de estas orientaciones le ayudaron a continuar con la lactancia de su niño?

13. ¿Existen otras razones por las que no pudo dar únicamente pecho durante los primeros seis meses de vida a su niño?

14. ¿Ha presentado su niño episodios diarréicos o infecciones respiratorias?

Síndromes diarréicos Si _____ No _____ No. de episodios _____

Infecciones respiratorias Si _____ No _____ No. de episodios _____

MONOGRAFIA DEL AREA DE ESTUDIO

A. INFORMACION GENERAL SOBRE EL DEPARTAMENTO DE EL PROGRESO

El departamento tiene un área aproximada de 1,992 Km²; está limitado al norte por Alta Verapaz, al este por Zacapa y Jalapa, al sur y oeste por Guatemala. Es uno de los departamentos más secos y calurosos; tiene escasa lluvia de Mayo a Octubre. No existen dialectos indígenas, por lo que se considera un departamento inminentemente ladino.

En un principio el departamento era un terreno boscoso, no obstante, la tala inmoderada para la siembra de maíz, transformó el área verde en un terreno árido y seco, relegando las áreas boscosas a las regiones más altas y alejadas. Los suelos son pobres, calizos y arcillosos, poco profundos para la siembra.

El principal accidente geográfico que se presenta es la Sierra de las Minas; sin embargo, también es atravesado al norte por el río Motagua. Por la diferencia de alturas se presentan algunas hondonadas y cerros que le dan la característica de terreno irregular.

B. HISTORIA

1. Departamento de El Progreso

En la época colonial El Progreso formaba parte casi en su totalidad al corregimiento de Chiquimula, hasta que en el decreto No. 30 del 10 de noviembre de 1871 se dividió, creándose el de Zacapa y algunos pueblos como Sansare, Sanarate y Guastatoya. A partir de entonces sufrió una serie de cambios, hasta que por decreto No. 683 del 13 de abril de 1908 fue creado del departamento de El Progreso.

2. Distrito de San Agustín Acasaguastlán

Según el libro de Geonimias de Guatemala la palabra Acasaguastlán tiene tres acepciones: Acatzao-Tordito, Aztlan-Garza que significan lugar de torditos y garzas; lugar abundante de pasto y grama. Acazahuac-Sucio y Atl-Agua, significan en lengua nahuiel junto o próximo al agua sucia. Con el pasar del tiempo se transformó en Acasaguastlán.

3. Aldea Tulumajillo

La aldea de Tulumajillo fue fundada en 1870 por los señores Manuel Sagüil y Román Lima. El nombre de pila se debe a que la aldea se encuentra al este de Tulumaje; antiguamente conformaban una sola finca, pero al mudarse se decidió nombrarle Tulumajillo a la nueva área poblada.

Los principales apellidos que predominan son: Jumique, Aristondo, Salvatierra, Picón y Bethancourt.

C. GEOGRAFIA DE LA ALDEA DE TULUMAJILLO

Aldea del municipio de San Agustín Acasaguastlán; situada al oeste del río que lleva el mismo nombre, al oeste de la Sierra de las Minas por la ruta 17, al este a sólo 1.5 Km de la aldea Tulumaje, a 2.5 Km del caserío Sta. Gertrudis por donde se enlaza con la carretera Interocéanica CA19. Se encuentra a 350 mts sobre el nivel del mar. Al oeste a 2 Km se encuentra la Aldea Pasasagua. La aldea de Tulumajillo se encuentra a una latitud de 14 grados 50 minutos 30 segundos, longitud 90 grados 20 minutos y 50 segundos.

Está limitada al norte con la aldea Comaja, al oeste con la aldea Pasasagua, al este con la aldea Tulumaje y al sur con el río Motagua. Posee una extensión territorial de 10,000 km². El suelo está constituido por tres capas: arenosa, arcillosa y rocosa. El clima es cálido seco, las dos estaciones que se marcan son el verano e invierno. La flora la constituye en abundancia cactus, mango, limonares, mamey, almendra, zapote y chicos. La fauna la constituyen los batraceos, armadillos, arácnidos, ardillas, coyotes, reptiles, etc., animales que son propios del clima. Las aves son en especial domésticas como gallo, gallinas, patos, chompipes,

gavilanes. Además en el río se pueden encontrar peces de diferentes clases, principalmente mojarra; y cangrejos.

La aldea se encuentra dividida en dos sectores por la carretera que la atraviesa. En el lado norte se localiza el Puesto de Salud, el salón comunal, la Iglesia católica, las escuelas primaria y párvulos. En el lado sur se localiza NUFED, ambos lados cuenta con calles empedradas y veredas. La aldea cuenta con servicio de luz, agua, 2 teléfonos comunitarios celulares, y correos.

D. INFORMACION DEMOGRAFICA

1. Población por Comunidad

<i>EDAD</i>	<i>Tulumajillo</i>	<i>Tulumaje</i>	<i>Pasasagua</i>
<i>Menores de 1 año</i>	<i>18</i>	<i>42</i>	<i>20</i>
<i>De 1 a 4 años</i>	<i>95</i>	<i>191</i>	<i>85</i>
<i>De 5 a 14 años</i>	<i>288</i>	<i>163</i>	<i>157</i>
<i>Mujeres de 15 a 44</i>	<i>218</i>	<i>385</i>	<i>191</i>
<i>Resto de la población</i>	<i>391</i>	<i>671</i>	<i>350</i>
<i>SUBTOTAL</i>	<i>1010</i>	<i>1752</i>	<i>803</i>

<i>EDAD</i>	<i>Agua Hiel Arriba</i>	<i>Ixcanal</i>
<i>Menores de 1 año</i>	<i>22</i>	<i>17</i>
<i>De 1 a 4 años</i>	<i>117</i>	<i>130</i>

<i>De 5 a 14 años</i>	<i>217</i>	<i>242</i>
<i>Mujeres de 15 a 44 años</i>	<i>148</i>	<i>193</i>
<i>Resto de la población</i>	<i>239</i>	<i>270</i>
<i>SUBTOTOTAL</i>	<i>743</i>	<i>852</i>
<i>POBLACION TOTAL:</i>	<i>4081</i>	

MUJERES EN EDAD FERTIL

TULUMAJILLO 218

TULUMAJE 385

PASASAGUA 191

AGUA HIEL ARRIBA 148

IXCANAL 193

EMBARAZOS ESPERADOS: 204

NUMERO DE NACIMIENTOS POR AÑO (ULTIMOS 5 AÑOS)

1994 80

1995 80

1996 82

1997 96

1998 71

POBLACION ECONÓMICAMENTE ACTIVA

1,864

RAZON DE MASCULINIDAD

<u>TOTAL DE HOMBRES</u>	<u>2067</u>	1.04
TOTAL DE MUJERES	2014	

Interpretación: Existe un hombre para cada mujer.

D. TRADICIONES DE TULUMAJILLO

Durante el mes de febrero se celebra la feria patronal (17 al 20) en honor a la Virgen de Lourdes, patrona del lugar. Para estas fechas hay acontecimientos religiosos, sociales, deportivos, culturales y además se forma un comité que tiene como función coordinar y organizar todas estas actividades.

Entre otras tradiciones de esta aldea se encuentra la celebración del día de San Antonio, el 13 de junio. Dicho evento se lleva a cabo en una de las casas de la familia más antigua del pueblo. Además se celebra la Semana Santa, el día de las madres, el día de los santos y la Navidad.

E. COSTUMBRES DE TULUMAJILLO

Tiene muchas creencias en la medicina natural; acostumbra a consultar con brujos, en especial con uno que vive en la aldea

Tulumaje. Generalmente, las personas acuden para la cura de el mal de ojo en niños y para enfermedades crónicas. Se cree además que las mujeres embarazadas no deben salir de su casa en días de eclipse lunar o solar y deben protegerse de objetos de metal para que el niño no nazca con deformidad. Así también es muy común que algunas personas, sino es que la mayoría prefiera bañarse y lavar en el río. La mayoría de esas costumbres son comunes a nivel de todo el país.

F. SOCIOECONOMIA DE TULUMAJILO

La principal fuente de trabajo es la agricultura, siendo los principales cultivos de limón, maíz, mango, cocos, papaya, chico y zapote. Estos son sembrados en los diversos regadíos que se encuentran localizados a los márgenes del río que atraviesa la aldea. El producto al ser cosechado es consumido en un 30% por familia y un 70% se transporta para ser vendido. Los ingresos y egresos están basados en la economía familiar.

Existe un promedio de nueve tiendas en cada lado de la aldea, una carnicería y tres molinos de masa.

La alimentación consiste básicamente en tortillas, pasta, huevos, frijoles, aves y en ocasiones carne de res y cerdo.

Cuenta con una calera y dos aserraderos donde trabaja la gran parte de jóvenes de la aldea quienes colaboran con la economía de la casa.

G. INDICADORES DE SALUD

PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DE 1999

TASA DE MORTALIDAD GENERAL

*16/4081 * 1000: 3.92 ‰*

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL

*1/71 * 1000: 14.08 ‰*

TASA DE MORTALIDAD PERINATAL

*0/1984 * 1000: 0 ‰*

TASA DE MORTALIDAD NEONATAL

*0/71 * 1000: 0 ‰*

TASA DE MORTALIDAD ESPECÍFICA 1 A 4 AÑOS

*3/505 * 1000: 5.94 ‰*

TASA DE FECUNDIDAD GENERAL

*71/1984 * 1000: 35.79 ‰*

TASA DE NATALIDAD

*71/4081 * 1000: 17.39 ‰*

TASA DE LETALIDAD POR DIARREA

*4/164 * 100: 2.39%*

TASA DE MORBILIDAD PROPORCIONAL:

*° IRA 359/1914 * 100: 18.75%*

*° EDA 164/1914 * 100: 8.56%*

TASA DE CRECIMIENTO VEGETATIVO

17.39-3.97/10: 1.35

RAZON MASCULINIDAD

2067/2014: 1.02

**Nota: Todos los datos anteriores fueron obtenidos de la base de datos 1999 del Puesto de Salud de Tulumajillo.*