

LITERATURA EXTRANJERA

Como funciona realmente la lactancia materna *Hechos Vs. tradición popular médica*

Por los Dres.:

D. B. JELLIFFE Y E. F. PATRICE JELLIFFE^(*)

Jelliffe, D. B.; E. F. Patrice, Jelliffe. *Cómo funciona realmente la lactancia materna*. Rev. Cub. Ped. 43: 3, 1971.

Se describe el proceso de la lactancia materna y la declinación que va teniendo en las zonas menos desarrolladas del mundo. Se indican los reflejos que participan en este proceso, tanto por parte del recién nacido como de la madre, así como el efecto de los mismos en la producción de la leche materna. También se analizan las situaciones que se presentan en las salas de maternidad en los casos en que la madre carece de experiencia en la lactancia natural de su hijo, y las recomendaciones del autor con respecto a las posibles soluciones de estos problemas.

El tema de la lactancia materna tiende a ser oscurecido y hecho difícil por creencias mal informadas, discusiones emocionales y aseveraciones dogmáticas más bien que guiado por el conocimiento de hechos abundantes y concluyentes, conocidos en muchos casos durante décadas, que tratan de la conducta normal de la madre y el recién nacido en los mamíferos en general y en el hombre en particular.

En vista del rápido aumento en la declinación de la lactancia natural en las zonas menos desarrolladas del mundo, nos parece oportuno revisar algunos de los aspectos más prácticos del conocimiento de la psicología y la fisiología de la lactancia o, más propiamente, de la interacción emocional y nutricional entre la madre y el hijo —en otras palabras, el proceso de la lactancia materna.

LOS PROBLEMAS DE PERTENECER A LOS PRIMATES

Para la mayoría de los mamíferos, el proceso de amamantar a sus hijuelos es casi enteramente instintivo. Sin embargo, los llamados primates superiores parece que tienen que pagar una penalidad por su complejidad cerebral y necesitan otras dos cosas para asegurar una lactancia exitosa.

La primera de éstas es el conocimiento o la enseñanza —a lo menos la observando a las mujeres— para el amamantamiento de sus hijos en el grupo, tribu o colectividad.

En las sociedades humanas, ésta es una parte normal y diaria de la escena en todas las comunidades tradicionales. Solo recientemente esto no ha sido más así en las colectividades industrializadas y urbanizadas, en donde los conceptos occidentales, acentúan demasiado el pecho femenino como símbolo estético sexual, haciendo tabú el amamantamiento del niño en público.

^(*) Caribbean Food Nutrition Institut, P. O. Box 140, Kingston 7, Jamaica.

Resulta interesante que, la necesidad de un previo conocimiento también se aplica a los chimpancés y otros primates no humanos. Si son criados en cautividad, las hembras tienen dificultad con la lactancia de sus hijos.

En segundo lugar, en los humanos especialmente, la lactancia materna es realizada con más facilidad si se le dan indicaciones a la madre, especialmente en la fase temprana. Esto se observa en muchas sociedades tradicionales en donde los sortilegios o varias hierbas medicinales u otros procedimientos pueden ser empleados como galactogogos.

REFLEJOS NO COMPRENDIDOS

El proceso de la lactancia materna depende principalmente del funcionamiento de ciertos reflejos en el niño recién nacido y en la madre. Estos reciben poca atención en los libros de texto de obstetricia y pediatría para los estudiantes de medicina y las enfermeras.

Por parte del niño, hay tres reflejos que son operativos. Estos son: el reflejo de hozar, el reflejo de chupar (o más correctamente, el reflejo de mamar) y el reflejo de tragar.

Con el reflejo de hozar, la presión sobre la mejilla del infante es seguida por él, volviendo su cabeza hacia la presión, y abriendo y cerrando la boca conforme busca el pecho. El reflejo de mamar es la complicada serie de movimientos por medio de los cuales el niño extrae la secreción de los terminales lácteos comprimiendo el pecho entre el paladar y la lengua.

Estos reflejos están presentes en todos los niños normales nacidos a término y aún en algunos infantes de bajo peso al nacer. Pueden estar ausentes en los prematuros y disminuidos en los neonatos gravemente enfermos con lesiones

cerebrales, ictericia o infección. También pueden presentarse dificultades mecánicas con anomalías congénitas como la palatosquisis.

Por parte de la madre, dos reflejos son responsables del éxito de la lactancia. Primeramente, el reflejo de la prolactina es el principal factor hormonal en la producción de la leche. De este modo, la succión realizada por el recién nacido provoca impulsos que pasan desde el pezón y la aureola a través del nervio vago hasta la pituitaria anterior, lo que conduce a la secreción de la prolactina en la circulación, responsable de la secreción de la leche. (fig. 1).

El segundo reflejo es conocido de varias maneras: reflejo de descenso, reflejo de succión o reflejo de expulsión de la leche. Es muy importante considerar que sobre todo es un reflejo psicósomático, con un componente corporal o somático que sin embargo puede estar influido por las emociones maternas.

El componente somático del reflejo de descenso comienza con el infante chupando el pecho de la madre. Esto estimula la areola y el impulso pasa (también a través del nervio vago) a la pituitaria posterior, que libera oxitocina, la cual pasa por la corriente sanguínea de nuevo al pecho. En este sitio, actúa sobre las células musculares (células mioepiteliales) de los alvéolos, extrayendo leche de ellos e impulsándola hacia los terminales lácteos, en donde es fácilmente accesible al infante. (Figura 2).

Según mencionado anteriormente, este reflejo es altamente sensible a las emociones maternas. Como bien saben los granjeros lecheros, el reflejo es fácilmente inhibido por la ansiedad o la preocupación: un ordeñador "extraño" extrae menos leche de una vaca.

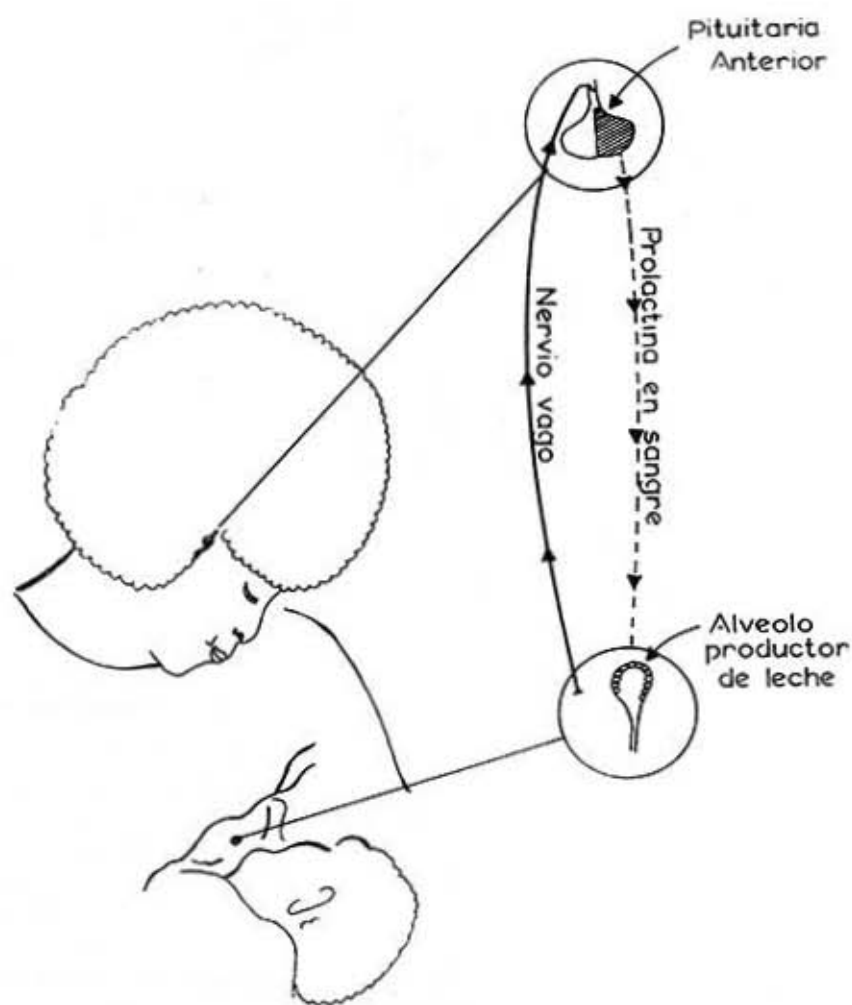


Fig 1- Reflejo prolactinico
(Ver el texto)

Como se sabe bien, un súbito shock emocional puede "suspender" la leche de una mujer. En cambio, la confianza conduce a un reflejo de descenso normal o aún aumentado.

ASPECTOS PRACTICOS

Además del conocimiento referente a estos reflejos principales, hay también

mucha información relacionada con los métodos más prácticos para iniciar la lactancia materna. Esta está bien documentada, pero parece que ha penetrado bastante poco en el modo de pensar de los médicos.^{5,9}

Por ejemplo, se ha demostrado claramente que el puerperio es el período crítico en lo que se refiere a la iniciación de la lactancia.⁵

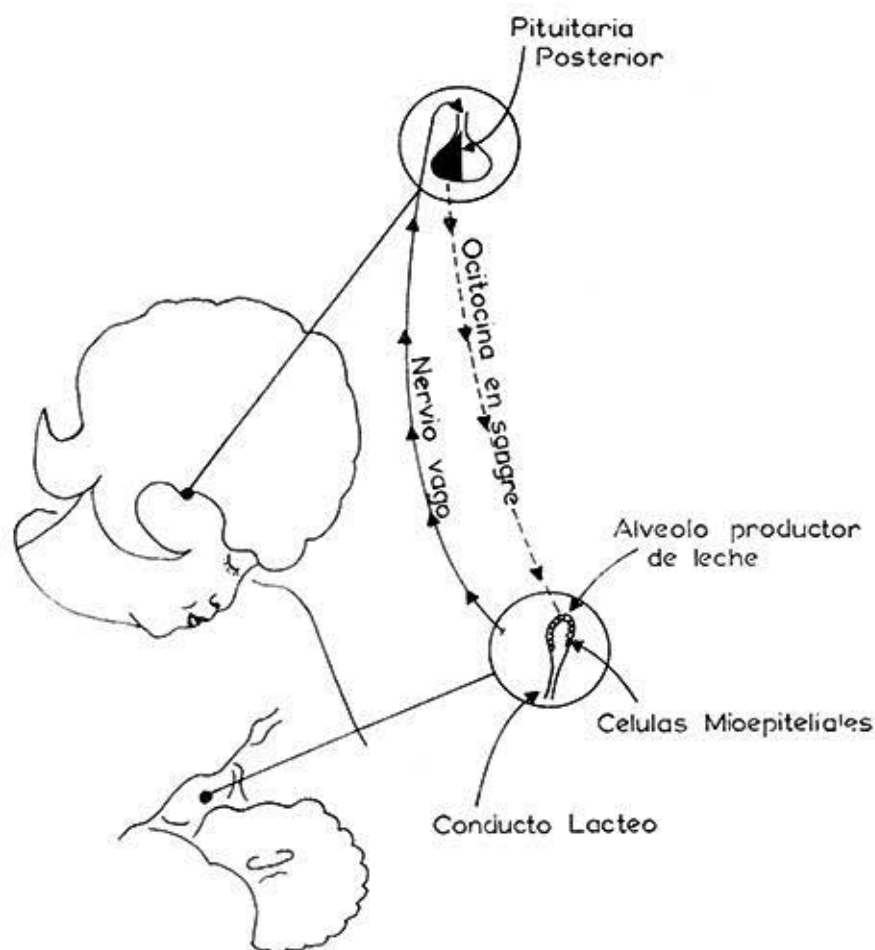


Fig 2 Reflejo de eyeccion
(ver texto)

En otras palabras, cuanto más pronto el recién nacido es puesto al pecho de su madre, es mejor y más probable que la lactancia sea un éxito.

Igualmente, cada vez se reconoce más que un estrecho contacto es una característica fundamental de la conducta "impresora" entre la madre y el hijo responsable, en parte, de la subsiguiente conducta social.^{6,10} Además, la oxitocina producida por esta precoz succión

reduce al mínimo la hemorragia uterina. También, se ha demostrado claramente que el número de tomas de alimentos es extremadamente importante en relación con la secreción de prolactina y la consiguiente producción de leche.² En otras palabras, las tomas de alimentos frecuentes inmediatamente después del nacimiento y por todo el tiempo que el infante lo desee es fisiológicamente un consejo sano, basado en datos recogidos científicamente.

Otra gran controversia se refiere a la cuestión de si uno o ambos pechos deben ser utilizados para amamantar al niño. La respuesta fisiológica y nutricional es que después del primer minuto de vigorosa succión, el infante debe ser movido al otro lado. Esta es la forma de obtener la máxima cantidad de nutrientes y de vaciar ambos pechos tanto como sea posible —otro importante estímulo para la producción de leche.

Otro aspecto práctico de importancia es lo que ya se ha demostrado tantas veces que la introducción del llamado biberón complementario, raras veces es necesario y que es un potente freno para una lactancia exitosa. Exceptuando bajo extremas condiciones climáticas, la lactancia materna ilimitada es una fuente de agua así como de otros nutrientes. Esto se demostró por ejemplo, en Bengala Occidental, India.⁴

El uso de biberones suplementarios llena el estómago del infante y disminuye su vigor de succión, tan vital para los reflejos de eyección y prolactina. Además, la facilidad de succión de la leche del biberón (y tal vez su mayor dulzura) y el diferente "estímulo" de la mamadera del biberón interferirán con el proceso normal de la lactancia natural.⁵

Salas de maternidad - ¿Ayuda u obstáculo?

Con el conocimiento científico disponible referente a la lactación y la lactancia materna, es instructivo examinar la situación de la madre joven e inexperta de la zona urbana en su ambiente puerperal habitual —o sea, la sala de maternidad—. En contraste con su hermana tradicional del campo, la joven e inexperta madre de la zona urbana pue-

de que nunca haya visto amamantar a un niño o haya tenido poca oportunidad de hacerlo. Al contrario, puede ser que haya oído hablar mucho sobre los problemas de los fracasos en la lactancia natural, tales como pezones agrietados, congestión y abscesos del pecho. Tal vez haya sido bombardeada con anuncios en las revistas femeninas, la prensa diaria, el radio y la televisión sobre la excelencia de leches de fórmulas registradas. En algunos casos, dondequiera, y en la mayoría de las partes más afluentes del mundo, podrá encontrar esas preparaciones de leche de vaca procesada y sabe que éstas, ofrecen una práctica alternativa que le permitirán regresar a una vida social más amplia o a un trabajo que le permita suplementar el ingreso familiar.

Tal vez también haya llegado a sus oídos la errada información sobre el efecto de la lactancia natural en "la figura".

También pudiera ser que no pueda criar a su hijo porque tenga que trabajar, o porque no le guste hacerlo. Por otra parte, un gran número de madres quieren criar a sus hijos con leche materna sin éxito.

La pregunta es: ¿Por qué?

Es obvio que se requiere un niño vigoroso nacido a término, con todos sus reflejos, y también una madre saludable y bien alimentada aunque esta última es menos imperativa de lo que a menudo se piensa.

Mujeres campesinas enfermizas y mal alimentadas en todo el mundo lactan sorprendentemente bien pero en su propio perjuicio. Para la época en que han llegado a su cuarto o quinto ciclo de embarazo-lactación, están prematuramente envejecidas, nutricionalmente agotadas y en otras palabras, expuestas

a una alta mortalidad. Es necesario destacar la alimentación de las madres embarazadas y lactantes con relación a la lactancia natural, usando dietas realistas y económicas basadas en mezclas de alimentos locales.

Sin embargo, no hay duda que el factor principal responsable para el éxito o el fracaso es el reflejo de eyección o descenso, que como se recordará, está relacionado principalmente con el estímulo de succión al pecho y la falta de ansiedad o, más positivamente, confianza.

La moderna sala de maternidad generalmente no ayuda en absoluto en ninguno de estos temas, aunque se pueden oír alabanzas en el sentido de que "el pecho es lo mejor". En efecto, el recién nacido, a menos que esté enfermo, cae entre las dos especialidades; se encuentra en los límites entre la obstetricia y la pediatría y con mucha frecuencia, no es incumbencia de nadie.

La joven e inexperta madre de la zona urbana no tiene conocimiento sobre la lactancia natural, ni generalmente, tampoco el personal médico o las enfermeras, aunque se supone que ellos sean expertos.

La atmósfera regimentada, conglomera y poco privada de la sala de maternidad corriente significa que la madre tiene un tiempo limitado para recibir consejo y guía individualmente, aun en el caso en que realmente haya alguien que sepa qué aconsejar. Su hijo es a menudo separado de ella y colocado en la sala de recién nacidos, una farsa extraordinaria e inhumana de evidentes necesidades fisiológicas y psicológicas. No es extraño que la madre esté ansiosa, recelosa e insegura. Es probable que su reflejo de eyección o descenso sea inhibido, de manera que el infante recibirá poca leche y no estará

satisfecho. Protesta llorando y esto aumenta la aprensión de la madre (fig. 3). La enfermera o comadrona, con exceso de trabajo, galopando alrededor de la sala ofrece el diagnóstico instantáneo de "no suficiente leche" o "la leche no le sienta al niño". La receta es bien el traspaso completo a la alimentación artificial o cuando menos, un biberón complementario "temporal", que aumenta la falta de confianza de la madre y por las razones mencionadas previamente, a menudo resulta el peor sabotaje posible de la vigorosa succión requerida para una lactación exitosa y una lactancia materna.

NECESIDADES

Para mejorar esta situación con respecto a la lactancia natural, hay tres requisitos en el campo de la salud. Primeramente, el personal médico y las enfermeras necesitan conocer los rudimentos relacionados con la psicofisiología de la lactancia materna, y esto necesita ser incluido en su adiestramiento.¹

En segundo lugar, las salas de maternidad deben ser reestructuradas en su funcionamiento y procedimientos.

En tercer lugar, las autoridades sanitarias y los nutricionistas necesitan comprender que la lactancia materna es, por razones nutricionales y emocionales, un componente altamente importante biológicamente demostrado de la crianza de los recién nacidos.

Estas necesidades son importantes dondequiera, pero son una prioridad en los llamados países menos desarrollados en donde las alternativas para desarrollar la lactancia natural no son posibles económica o higiénicamente, y la alimentación artificial es una causa común del aumento en la incidencia del síndrome de la diarreamarasma especialmente en las zonas urbanas.

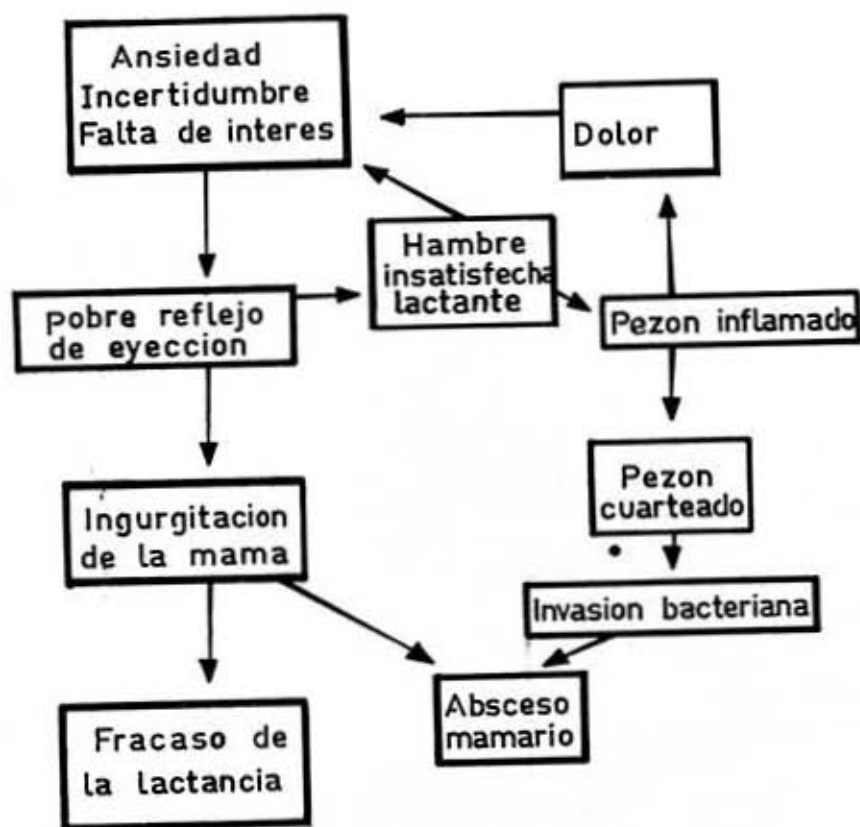


Fig.3 Efecto de la ansiedad en la lactancia

Reproducción de la revista CAJANUS: IV, 1-8, 1971.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Applebaum, R. M.: *Pediat. Clin. N. Amer.* 17: 203, 1970.
- 2.—Egli, G. E. et al.: *Pediatrics*, 27: 314, 1961.
- 3.—Gunther, M.: *Lancet*, i: 575, 1955.
- 4.—Jelliffe, D. B.: *Courrier*, 6: 191, 1956.
- 5.—Kark, S. L.: *Med. Proc.*, 3: 404, 1957.
- 6.—Klaus, M. H. et al.: *Pediatrics*, 46, 187, 1970.
- 7.—Stuart, C. A.: *J. Pediat.*, 23: 311, 1943.
- 8.—Waller, H. K.: *Lancet*, i: 69, 1943.
- 9.—Waller, H. K.: *Brit. Med. Bull.*, 5: 181, 1947.
- 10.—Winnicott, D. W.: *Mother & Child Care*, Sept., 147, 1969.