

CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGIA Y DESARROLLO HUMANO
(CLAP). MONTEVIDEO

Reinducción de la lactancia materna

Por:

Dr. ALVARO OSORIO*, Dra. ANA MARIA FERRARI*, Enf. RACHEL ACLAND,**
Enf. MARIA E. FERRARI**, Enf. EVA SUNA**, A.S. NIBYA GERPE***,
Lic. ELEONORA PEREZ**** y Dr. GUSTAVO GIUSI*****

Osorio, A. y otros. *Reinducción de la lactancia materna*. Rev Cub Ped 56: 4, 1984.

Algunas experiencias afirman la posibilidad y necesidad de reinducir la lactancia, entendiéndose por ello, el proceso fisiológico mediante el cual la lactancia es nuevamente iniciada en mujeres que han destetado precozmente a sus hijos. En el marco de un programa de hospitalización conjunta del hijo con su madre, se intentó la reinducción en 100 lactantes de 6 meses o menos, hospitalizados por diarrea aguda grave con deshidratación, acidosis o shock. El destete era total (no tomaban nada de pecho) en 71 y parcial (eran puestos al pecho después de tomar el biberón, lactancia simbólica) en 29. El método de reinducción se basó en la motivación de la madre, grupo familiar y equipo de salud, instalación de un régimen de autodemanda para la lactancia materna, disminución progresiva del biberón de leche de vaca y aporte de un suplemento calórico a la madre. Se logró la reinducción total (alimentación exclusiva al pecho) en 29 lactantes, con un promedio de duración de la lactancia de 55 días (rango 7-150) y parcial (agregado de no más de 2 biberones diarios) en 23, con una duración promedio de 21 días (rango 7-60). La reinducción de la lactancia no se vio favorecida por la administración de clorpromacina. La labor educativa fue pilar fundamental para lograr el cambio de actitud en la madre. Los hechos que impidieron lograr una reinducción exitosa están vinculados a las tensiones psicosociales múltiples a que están sometidas estas madres pertenecientes a los estratos socioeconómicos más bajos de la población.

INTRODUCCION

Resulta innecesario demostrar aquí la importancia de la alimentación natural, pues son altamente conocidas sus múltiples ventajas.¹ La madre humana es apta para cuidar y alimentar a su hijo y la leche humana tiene elevadas propiedades desde el punto de vista biológico, antiinfeccioso y psicoafectivo.¹ Sin embargo, abandona precozmente la lactancia y es capaz

* Profesor adjunto de pediatría. Facultad de Medicina. Universidad de la República, Montevideo, Uruguay. Hospital Infantil "Pereira Rosell".

** Enfermera universitaria.

*** Asistente social.

**** Psicóloga.

***** Médico pediatra.

de separarse de su hijo en el momento más estresante para él y cuando más protección y por más tiempo la necesita.

Esto no significa una censura a la conducta de la madre humana, sino una búsqueda de explicación a las causas que motivan tal comportamiento. Esta madre, por sus propias características intelectuales y sociales, está influida por un conjunto de factores que son, en última instancia, los determinantes de una creciente actitud de demorar el acto natural de acercamiento y de estímulo precoz de la lactancia. El parto institucionalizado, la creación de las *nurseries*, el desmembramiento de la organización familiar como transmisora preponderante de rasgos culturales, la propaganda masiva sobre la existencia de ventajosas fórmulas sustitutivas de la leche materna, han invadido la sociedad moderna. Por otro lado, parecería decaer cada vez más en el equipo de salud el convencimiento de la importancia de la lactancia natural, y la transmisión de su importancia resultará pobre en cuanto a la claridad, motivación y fundamentos.

Uruguay no ha escapado a la presión de estos factores.² Como país en vías de desarrollo tal influencia agrava las consecuencias, pues el abandono precoz de la alimentación natural desencadena en los grupos económicos marginados mayor incidencia en la morbilidad y mortalidad infantiles.³

Ultimamente se han venido desarrollando en algunos países⁴ experiencias que afirman la posibilidad y necesidad de reinducir la lactancia; por ello se entiende el proceso fisiológico mediante el cual la lactancia humana es iniciada en un momento posterior al natural, en mujeres que han destetado precozmente a sus hijos y desean volver a alimentarlos al pecho. Los requerimientos ideales para la reinducción son los mismos que se establecen para una lactancia exitosa: adecuado estado nutricional de la madre, interés de la misma en amamantar, lactante con reflejo de succión vigoroso, ambiente de la madre favorable, es decir, un núcleo familiar y equipo de salud interesados en apoyar las ventajas de la lactancia. Es imprescindible la influencia de un pediatra, de una enfermera, de una asistente social, de una auxiliar de enfermería, o de cualquier trabajador primario de la salud, convencido de la importancia de la alimentación natural y que, bien informado, puede apoyar y estimular a la madre. Esta acción promotora es fundamental en todo equipo de salud que tenga como objetivo lograr una reinducción de la lactancia exitosa. Este equipo debe compartir los aspectos conceptuales relacionados con la lactancia natural y con la importancia del proceso educativo integrado en una asistencia humana, continua y coordinada.⁵⁻⁷

Aunque la reinducción de la lactancia es un hecho aceptado en muchas culturas, es un hecho habitual que la mayoría de los pediatras y demás integrantes del equipo de salud, no estén enterados de los beneficios que tiene la reinducción de la lactancia en la salud del lactante total o parcialmente destetado. Hay en el mundo algunos ejemplos de reinducción exitosa:⁴

- En campos de refugiados en Bangladesh existen casos documentados de lactantes parcialmente destetados, que en la convalecencia de cuadros diarreicos agudos, fueron reinducidos a la alimentación natural.
- En Uganda está documentado el caso de una madre con un hijo con marasmo en la que se logró reinducir la lactancia después de varias semanas de destete total.
- En Saigón se logró inducir la lactancia en mujeres no púerperas, que no lactaban, interesadas en alimentar a niños huérfanos. Además de la motivación señalada por parte de esas mujeres, se les administró cloropromacina, que aumenta la secreción de prolactina.

En nuestro país, *Morquio*,⁵ 50 años atrás, ya narra experiencias con lactantes que ingresaron a su clínica, parcial o totalmente destetados, con procesos agudos de diarrea y que fueron reinducidos exitosamente. En el año 1975, en el Hospital "Pereira Rossell", de Montevideo, aparecen nuevamente experiencias de reinducción⁸ con la puesta en marcha de un programa de madre participante que además de aportar conocimientos de puericultura, aseguró una infraestructura básica para lograr la adecuada hospitalización del lactante junto con su madre. Esto hizo posible organizar un subprograma de reinducción para el lactante que ingresa por diarrea aguda infantil.

Muchos fueron los logros en cuanto a reinducción y a labor educativa se refiere,⁷ pero estas experiencias no estaban lo suficientemente sistematizadas ni apoyadas y observadas posteriormente en domicilio, como para medir los resultados de tan importante tarea. No obstante, se obtuvieron reinducciones de lactantes total y parcialmente destetados.⁹

Como punto de partida en estas experiencias, se vio la necesidad de planificar y realizar una investigación sobre reinducción de la lactancia en el lactante destetado hospitalizado por diarrea aguda.

En septiembre de 1978, se inició el proyecto de investigación operacional "Reinducción de la lactancia en el lactante destetado que ingresa por diarrea aguda" con los siguientes objetivos:

- Reinducir la lactancia en el lactante total o parcialmente destetado que ingresa por diarrea aguda.
- Establecer qué papel desempeñan en la reinducción como factores favorecedores, la educación de la madre y del ambiente familiar y de salud que los rodea, así como los medicamentos que favorecen la liberación de prolactina (cloropromacina).

MATERIAL Y METODOS

El programa se aplicó a 100 lactantes menores de 6 meses, del Departamento de Montevideo, destetados, hospitalizados por diarrea aguda grave, con deshidratación, acidosis o *shock*, en el marco de un programa de hospitalización conjunto del lactante enfermo y su madre. La educación y algunas características de la vivienda de las madres están expuestas en el cuadro I.

CUADRO I

ESCOLARIDAD Y ALGUNAS CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA EN 50 MADRES
CUYOS HIJOS INGRESARON A LA UNIDAD DE LACTANTES

	N	%
Escolaridad $\leq$ 5 años	16	32
Abastecimiento de agua fuera de la vivienda	21	42
Ausencia de saneamiento	28	56
Carencia de heladera	32	64

DEFINICION DE TERMINOS

Reinducción

Es el proceso fisiológico mediante el cual la lactancia humana es iniciada o recuperada en un momento muy posterior al de la producción de leche posparto.

Reinducción total

Se refiere al lactante que después de haber sido destetado total o parcialmente, vuelve a tomar exclusivamente pecho.

Reinducción parcial

Se refiere al lactante que después de haber sido destetado total o parcialmente, vuelve a tomar pecho y recibe no más de dos mamaderas de leche de vaca en el día.

Destete total

Se refiere al lactante que no toma nada de pecho.

Destete parcial

Se refiere al lactante que es colocado al pecho por escasos minutos después de haber ingerido el biberón de leche de vaca (lactancia simbólica).

Todos los lactantes estaban destetados en el momento del ingreso, 71 no eran puestos nunca al pecho y 29 eran colocados de vez en cuando (lactancia simbólica). El promedio de destete total fue de 49 días (rango 3-163) y de destete parcial 30 (rango 3-110).

El estado nutricional, valorado después de completada la hidratación y clasificado según Gómez,¹⁰ mostró que eran bien nutridos; 44 tenían desnutrición grado 1; 20 grado 2 y 2 desnutrición grado 3.

Se confeccionaron diferentes instrumentos de relevamiento y registro de la información, que posibilitaron sistematizar los datos requeridos por la investigación. A estos efectos se elaboraron:

Ficha médico-social precodificada. Estudia datos vinculados al embarazo, parto, lactancia, causas de destete, estado nutricional, lugar de control, edad de ingreso. Droga usada en la reinducción. Información de variables socioeconómicas de la familia: instrucción de los padres, edad, procedencia, trabajo, ingresos, constitución del hogar, tipo de vivienda. Controles vinculados a la reinducción en el seguimiento domiciliario y datos nutricionales de la madre.

Toda esta información fue registrada de acuerdo con los criterios estipulados en el instructivo elaborado para tal fin.

Planilla de recolección de datos de todos los lactantes que ingresaron a la unidad, estuvieran incluidos en la investigación o no. Identificación del niño (No. de historia, nombre, edad), estado nutricional, causas de ingreso, fecha de ingreso y de alta.

Planilla de datos nutricionales de la madre. Peso, talla, hematócrito, hemoglobina.

Planilla de control de prolactinemia. Fecha y número de la extracción, droga usada.

La ejecución de la investigación tuvo dos niveles de aplicación: intra y extrahospitalario. El 1ro. de octubre de 1978 se comenzaron a ingresar a los lactantes a la investigación. Los mismos se sucedieron hasta completar los 100 pacientes en el mes de marzo de 1979. El seguimiento en domicilio se inició a partir del alta hospitalaria del primer niño (10 de octubre) y se continuó hasta fines de junio de 1979 en que cumplieron seis meses de edad los últimos lactantes ingresados.

El mes de septiembre fue utilizado por el grupo para ajuste y prueba de los parámetros e instrumentos establecidos en la investigación, tanto a nivel hospitalario como domiciliario, para lo cual se investigaron algunos pacientes que fueron incluidos en la investigación definitiva.

Desde el comienzo y durante todo el desarrollo de la investigación, el equipo de reinducción volcó su esfuerzo para lograr un real trabajo de grupo, que tuviera como centro de interés el binomio madre-niño y como pilar básico de acción, un contenido educativo específico que posibilitara la reinducción.

En tal sentido el equipo programó las actividades de acuerdo con el lugar de acción y estableció para cada uno los objetivos específicos.

NIVEL HOSPITALARIO

Objetivos específicos

- Brindar a las madres una asistencia comprensiva en un clima de apoyo permanente, a fin de ayudar a lograr una actitud de confianza hacia la recuperación de la lactancia natural.

- Hacer comprender a la madre la importancia de la leche materna, como alimento y como vínculo en el proceso de crecimiento y desarrollo de su hijo.

Acciones del equipo

a) Enseñanza individual

Cada madre es incorporada al programa educativo individual durante 7 días aproximadamente; después pasa a las salas de cuidado mínimo o de reinducción (esquema). El mismo se inicia con el conocimiento de la situación de cada madre: sus experiencias anteriores y actuales sobre la alimentación natural, y su actitud de aceptación frente a la posibilidad de amamantar a su hijo. Se comienza con la explicación sobre la importancia de la alimentación al pecho, con información del proyecto de reinducción a fin de interesarla en el mismo; se le ofrece apoyo y se le explica la necesidad de permanecer ingresada con su hijo alrededor de 7 días.

Esquema

DIAGRAMA DE FLUJO DE LOS NIÑOS EN LA UNIDAD DE LACTANTES



Toda esta información sobre la situación de la madre, personal y familiar, favorece la organización y coordinación de las actividades posteriores a realizar con ella y su hijo. Se le plantea la necesidad de colocar al lactante al pecho tan pronto como esté en condiciones de succionar. Esto normalmente ocurre cuando pasa a la sala de reinducción, ya que es cuando la madre y el niño están en condiciones físicas y psíquicas adecuadas. En este momento se realiza la observación del comportamiento de la madre: su disposición para amamantar, condición de los pechos, y la actitud del niño de aceptación o rechazo.

Se inicia inmediatamente la orientación sobre: frecuencia de lactadas, procesos de subida de la leche, importancia de la alimentación materna, importancia de la relación madre-niño, información sobre la doble pesada. Se profundiza el conocimiento sobre la situación personal y familiar, con la finalidad de identificar factores que estén incidiendo sobre la conducta materna y elaborar la orientación que se va a realizar.

Durante todo el tiempo de internación el equipo de salud trata de mantener una actitud receptiva y de apoyo hacia la madre y de brindar la asistencia necesaria en cada momento y en cada situación. Desde el comienzo la orientación es preparar a la madre para el momento de incorporarse a su vida normal con su hijo y su familia.

A fin de ayudar a que el niño se prenda al pecho, las madres utilizan las más variadas posiciones: sentadas, caminando, hamacándolos, hasta lograr que el niño se prenda. Cuando el lactante rechaza el pecho se trata que sea colocado con más frecuencia, que la madre mantenga una conducta afectiva adecuada (amor en el tacto, voz, gestos), que humedezca el pecho con la propia secreción, y si ésta no existe, hacerlo con el goteo del preparado indicado por el médico.

El alimento suplementario del lactante se suprime progresivamente. En la medida que el lactante obtiene a través de la succión mayor cantidad de leche materna, se disminuye la ingesta por medio de mamadera. Esta información es registrada en la hoja de control de lactadas. Se toma el peso diario del lactante bajo las mismas condiciones: desnudo, en la misma balanza y a la misma hora. El peso diferencial se obtiene por doble pesada, en la misma balanza, antes y después de cada mamada.

b) Enseñanza grupal

La enseñanza individual es apoyada con el aporte grupal (madres, padres, familiares) en reuniones periódicas (semanales) que se enriquecen en contenido y dinámica con el aporte de todos. En la primera etapa del trabajo las charlas se realizaron con las madres internadas. Cuando se dieron situaciones de madres reinducidas exitosamente, con varios meses de lactancia natural, se aprovechó para volcar esta experiencia en la actividad grupal. En esta oportunidad el equipo asumió simplemente la función de moderador.

El contenido de estas charlas incluyó centralmente los temas de "alimentación al pecho" y "autodemanda".

NIVEL-EXTRAHOSPITALARIO

Objetivos específicos

- Brindar apoyo y orientación a la madre y familia hacia el mantenimiento de la lactancia natural nuevamente adquirida, o a la recuperación de la alimentación natural en aquellas que al alta del servicio estaban dando a sus hijos alimentación mixta o artificial.
- Observar la situación familiar global e identificar las variables socio-económicas que están incidiendo.

El seguimiento en el domicilio previsto en el proyecto de investigación establecía una visita a los 7 días del alta, a los 30 días, a los 2, 3, 4, 5 y 6 meses. En la ejecución del mismo se mantuvieron estos lapsos, pero incorporando uno más, a las 24 horas del alta con la finalidad de brindar un apoyo inmediato a la madre, en el momento en que debe adaptarse con la situación de reinducción a su problemática anterior, que en general es altamente compleja.

Acciones del equipo

Las acciones del equipo estuvieron orientadas a:

- Preparar a la familia para que comprenda y apoye a la madre en su necesidad de amamantar.
- Brindar información sobre aspectos de salud en general.
- Asistir a la madre en las dificultades que se le presenten con la lactancia.
- Orientar a la madre sobre cuidados generales y alimentación, ajustándose a las posibilidades económicas de cada familia. En tal sentido se administró leche en polvo como suplemento de la dieta materna.
- Registrar los parámetros que el proyecto de investigación establece para el lactante: peso real, doble pesada, supervisión de mamada, datos éstos que se llenaron en la tarjeta de control domiciliario. Los pesos se tomaron siempre con la misma balanza.

Dosificación de prolactina

A todas las madres de los lactantes que ingresaron a la investigación se les realizó el control de prolactina en sangre. El proyecto preveía estos controles: antes de iniciar la reinducción, a las 24 horas de ésta, a los 2, 3, 7 y 30 días después de comenzada la reinducción. Algunas madres presentaron resistencias importantes a las extracciones de sangre. Acorde con el espíritu de este proyecto se reajustó el estudio de prolactinemia, el cual se redujo a tres controles: antes de la reinducción, a los 7 días (en general coincide con la fecha del alta), y a los 30 días (en domicilio).

A su vez, a 50 madres se les administró cloropromacina (25 mg cada 8h) y a 50 placebo (1 comp. cada 8 h) durante los 7 días de internación.

Encuesta Nutricional

Se sabía lo que las madres comían, pues en el apoyo educativo se trataba de conocer cuál era la alimentación de la familia; pero esto no estaba cuantificado. Se solicitó colaboración a la Escuela de Nutrición y Dietética quien asignó dos docentes para realizar una encuesta alimentaria por el método de recordatorio de 24 horas, a través de un corte trasversal, en 25 madres del programa, seleccionadas al azar. El consumo de calorías y nutrientes de esas 25 madres está expuesto en el cuadro II.

Estudio psicológico

Desde el comienzo, el equipo de reinducción tuvo conciencia de la necesidad de contar con un psicólogo, pero la inexistencia de rubros limitó esta posibilidad. Al finalizar la investigación, se incluyó un psicólogo con el propósito de indagar sobre la existencia, o no, de patrones de comportamiento en madres que lograron reinducir y en las que no lo lograron. Para esto se tomaron grupos numéricamente iguales de madres reinducidas y no reinducidas, de acuerdo con los siguientes criterios: para las reinducidas, aquéllas que tenían un tiempo de reinducción mayor que el de la media de la población reinducida, o sea, mayor de 55 días; para las no reinducidas se tomaron al azar una de cada tres madres. El mismo no pudo llevarse a cabo con todas las madres seleccionadas, sino solamente con seis madres reinducidas y seis no reinducidas, porque incidió

CUADRO II

CONSUMO DE CALORIAS Y NUTRIENTES EN 25 MADRES DEL PROGRAMA DE REINDUCCION DE LACTANCIA MATERNA

		Consumo	
		Inadecuado	Adecuado
Sales	Calorías	13	12
	Proteínas	6	19
	Calcio	19	6
	Hierro	20	5
	Vitamina A	23	2
Minerales			

Las necesidades diarias de energía y nutrientes se tomaron de las tablas utilizadas por el Departamento de Nutrición del Ministerio de Salud Pública, las cuales fueron adaptadas de las recomendaciones de FAO/OMS, 1975 y NRC, 1974.

la inestabilidad de domicilio, al tratar de localizar familias que hacía tres o cuatro meses que no se visitaban y con las que ya había finalizado el seguimiento. Se concurreó a los domicilios dos veces: una para fijar el día de la entrevista y explicar los motivos de ésta, pedido al cual todas accedieron, y la segunda vez para llevarlas al hospital.

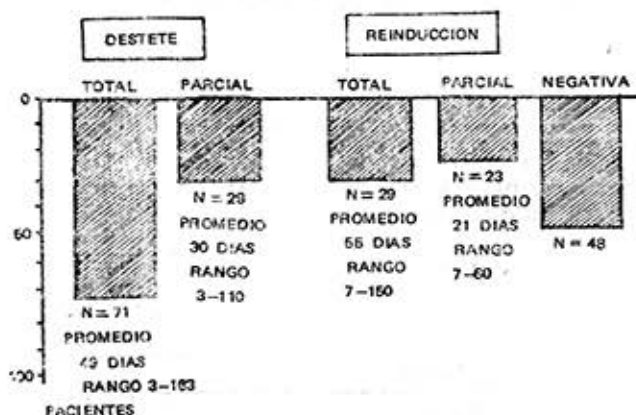
RESULTADOS

La reinducción de la lactancia materna se logró en 52 lactantes. En 29 de éstos la misma fue total (alimentación exclusiva al pecho), con un promedio de duración de la lactancia de 55 días (rango 7-150). En 23 la reinducción de la lactancia fue parcial (agregado de no más de dos biberones diarios), con una duración promedio de 21 días (rango 7-60) (gráfico 1).

En los lactantes en quienes se logró la reinducción total, el destete era total en 11 y la lactancia era simbólica en 18. En aquellos que fueron reinducidos parcialmente, el destete era total en 18 y la lactancia era simbólica en cinco.

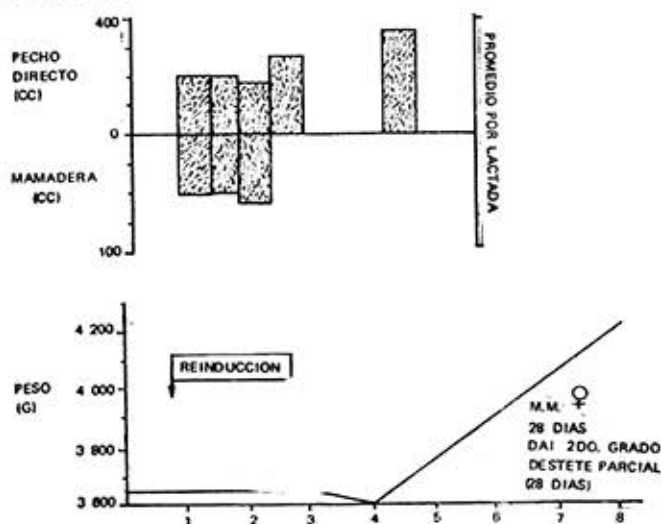
Los lactantes permanecieron hospitalizados promedialmente 8,8 días, durante los cuales se intentó la reinducción. Algunos modelos de reinducción exitosa se exponen en los gráficos 2, 3 y 4.

Gráfico 1



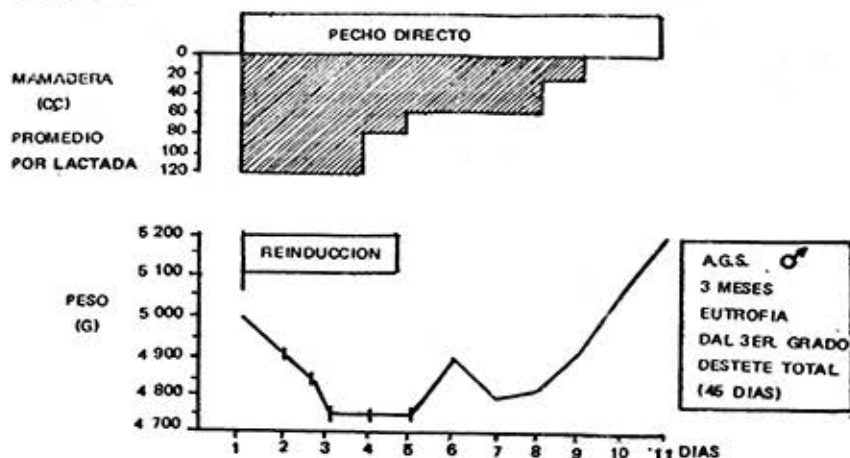
Reinducción de la lactancia en 100 niños hospitalizados por diarrea aguda grave. El destete era total en 71 (no tomaban nada de pecho) y parcial en 29 (eran puestos al pecho después de tomar el biberón, lactancia simbólica). La reinducción de la lactancia fue total en 29 niños (volvieron a tomar exclusivamente pecho) y parcial en 23 (volvieron a tomar pecho y no más de 2 biberones al día).

Gráfico 2



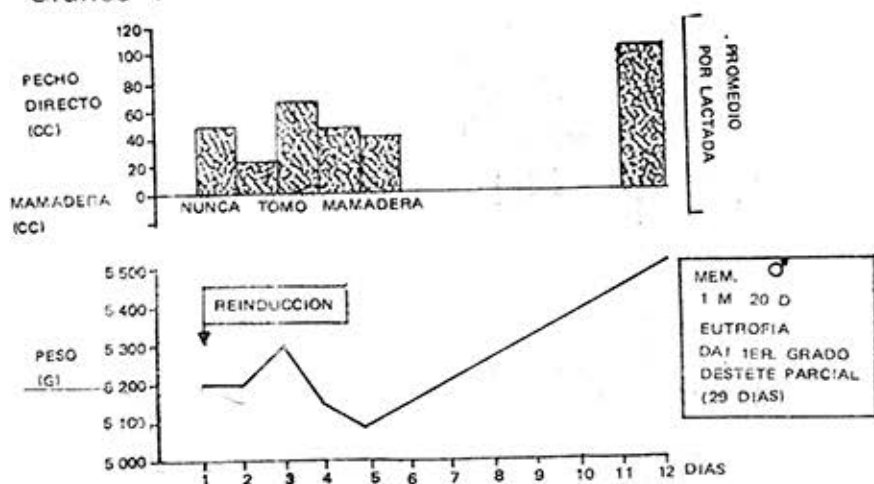
Este recién nacido de 28 días ingresó por diarrea aguda grave. A las 24 horas del ingreso se inicia la reinducción. Al ser dado de alta al cuarto día se alimenta exclusivamente al pecho, alimentación que se mantiene con excelente incremento ponderal en el primer control en policlínica al séptimo día de reinducción.

Gráfico 3



Lactante de tres meses, con un destete total de 45 días, hospitalizado por diarrea aguda grave. Se comenzó a prender al pecho a las 24 horas, suplementándolo con mamadera. La disminución progresiva del biberón se acompañó de un aumento ponderal mantenido a partir del séptimo día.

Gráfico 4



En este lactante con un destete parcial no fue necesario recurrir, en ningún momento, al biberón. El volumen promedio por lactada, obtenido por doble pesada, fue progresivamente en aumento.

Después del primer control a las 24 horas del alta, se realizó un segundo a los siete días, momento en el que se estableció el éxito o el fracaso de la reinducción. En el promedio de duración de la reinducción no se incluyen, por tanto, los días de hospitalización. En el control al mes del alta, 32 lactantes estaban en reinducción total y 14 en reinducción parcial. En aquellos lactantes que abandonaron la reinducción entre los 7 y los 30 días, por no disponer de controles intermedios y contar solamente con datos referidos por la madre, se consideró que la duración de la reinducción había sido de 7 días. Al cumplir los seis meses de edad y suspenderse el seguimiento establecido en el programa, se mantenían en reinducción 19 lactantes, 12 en reinducción total con un promedio de duración de la lactancia de 100 días (rango 30-150) y 7 parcial con una duración promedio de 48 días (rango 7-60).

La reinducción de la lactancia no se vio favorecida por la administración de una droga lactagoga (cloropromacina).¹¹ Hasta el presente no se han informado efectos colaterales por el pesaje de la droga a la leche e ingestión por parte del lactante.¹² En las madres con reinducción total, 15 recibieron cloropromacina y 14 placebo; en las madres con reinducción parcial, 10 cloropromacina y 13 placebo, y en las madres en las que no se logró reinducción, 26 recibieron cloropromacina y 21 placebo. La diferencia no es significativa (χ^2 cuadrado 0,87 — $p > 0,05$).

El estudio psicológico puso en evidencia patrones de comportamiento distintos en las madres que lograron reinducir y en las que no lo lograron (cuadro III).

CUADRO III

FACTORES DE LA HISTORIA MATERNA QUE INFLUYEN SOBRE LOS PROCESOS PSICOLOGICOS CONSCIENTES E INCONSCIENTES PARA DETERMINAR SU COMPORTAMIENTO FRENTE A LA REINDUCCION

	Madres que	
	Reindujeron N = 6	No reindujeron N = 6
Hogar de origen adecuado	+++ +++	--- ---
Resolvió situaciones conflictivas en forma adecuada	-++ +++	--- --+
Buena relación de pareja	-++ +++	--- -++
Embarazo emocionalmente aceptado	-++ +++	--- ---
No traumatismo emocional perinatal	+++ +++	--+ +++
Inició lactancia enseguida del nacimiento	-++ +++	--- -++
Hay apoyo familiar	+++ +++	--- --+
	(-) 4 (+) 38	(-) 32 (+) 10

Los factores positivos estuvieron presentes 38 veces en las madres que reindujeron y 10 en las que no reindujeron. La diferencia es significativa (chi cuadrado 35,44 — $p < 0,001$). (El signo positivo o negativo expresa la situación de cada madre.)

Tomemos dos historias, la de una madre que reindujo y la de otra que no reindujo, para ilustrar la diferencia.

Historia de una madre que reindujo

Es una señora de 31 años, de complexión mediana, de buen semblante, concurre con sus cuatro hijos cuyo aspecto refleja el buen cuidado de la madre, y con quienes se muestra cariñosa.

Ella proviene de una familia de nivel socioeconómico relativamente bajo, constituida por sus padres y hermanos, con los que tuvo y mantiene una buena relación.

A los 19 años va a vivir con su primer compañero con quien tuvo dos hijos. Tenían una buena relación y estaban en situación económica desahogada. A los 29 años enviuda y queda en la miseria, pues él no pudo dejarle sustento económico. Conoce entonces a su segundo compañero que, aunque su situación económica era muy inferior, la ayudó y luego van a vivir juntos. La relación de pareja era satisfactoria para ambos, aunque ella tuvo que hacer una vida muy diferente de la que se había acostumbrado. Tuvieron una hija y al poco tiempo él debe pagar con cárcel el alquiler de la pieza en que vivían.

Luego van a vivir al cantegril (villa miseria), donde hacen una vida muy sacrificada, mal alimentados y amontonados en una casilla que se inundaba. Por entonces su hija menor tenía 7 meses, y ella queda embarazada nuevamente. Como su situación era desesperante pensó en la posibilidad de abortar, pero como su compañero deseaba tener otro hijo decidieron conservarlo.

Fue un embarazo bien tolerado, es decir, aceptado por ella, el parto no presentó complicaciones y nació un varón, hijo del sexo que ella deseaba.

Enseguida comenzó a amamantarlo, pero como el niño lloraba mucho pensó que su leche no lo alimentaba, se sentía débil, estaba mal alimentada. Consultó al médico, quien le aconsejó que le diera leche de vaca. A la edad de 10 días el niño enferma, e ingresa al hospital con una diarrea aguda grave.

Durante la internación el padre los visitó diariamente, y la suegra cuidaba de los otros hijos. La madre se sentía apoyada por ellos, pero muy asustada.

Al intentar la reinducción aún tenía leche, se mostró muy afectiva con el hijo, lo ponía al pecho sin esperar la indicación del personal, con quienes se mostró colaboradora y agradecida.

Frente a este niño la ambivalencia de la madre se presentó, por un lado, con el rechazo por las circunstancias en que fue concebido, y por otro la aceptación del hijo responde a una historia de aceptación de su función materna, una buena relación de pareja y una situación emocional adecuada a nivel familiar.

La reinducción la ayudó a colocarse en este segundo polo, y venció el rechazo.

Poco después del alta mejora el panorama económico de esta familia. El trabaja mejor, alquilan una casita, salen del cantegril.

Ella expresa que al volver a darle de mamar "sentía una gran alegría, pensaba, otro ser para alimentar y criar, me dio más voluntad para vivir y triunfar".

Parece que al poder aceptar al hijo y mejorar su relación él, ella misma se sintió mejor, alivió sus culpas por su rechazo inconsciente y pudo transmitirlo a otros.

Este es el único hijo que amamantó exclusivamente hasta los seis meses; de él dice que es simpático, cariñoso, que es más vivo que los otros a su edad y hace cosas que los otros no hacían... mientras, muestra la fuerza con que su hijo de seis meses se incorpora, la estabilidad al sentarse y sus gracias.

Historia de una madre que no reindujo

Es una señora de 33 años, muy delgada, con una presentación depresiva. Concurrió con las dos hijas menores con quienes se mostró particularmente agresiva. Actualmente está separada de su compañero, vive con sus ocho hijos, casi todas mujeres, en precarias condiciones, dice: "como saben que no hay hombre en la casa tengo miedo, ni bien atardece nos encerramos, pongo los muebles contra la puerta por las dudas".

Proviene de una familia de nivel socioeconómico bajo, sus padres, quienes mantenían una relación muy deteriorada, se separaron cuando ella tenía nueve años, momento que coincidió con una enfermedad suya que le dijeron que era muy grave. Ella es la menor de ocho hermanos, fue criada por sus hermanos mayores, pues su madre trabajaba, fue a la única que no amamantó, solamente la veía los fines de semana, tenía con ella una relación muy distante. Con las hermanas actualmente no se trata. Del padre recuerda que era muy agresivo, pero bueno en el fondo, dice que es a ella a quien más quiere porque es la más desgraciada. El padre constituyó otra familia, lo ve esporádicamente no sabe cuántos medios hermanos tiene.

A los 15 años se casó, tuvo tres hijos. A los 21 años enviudó, se mantuvo con la pensión del marido, como ella dice "conocí la felicidad y después se me acabó el mundo, me casé otra vez y fue peor". Luego de esta segunda pareja que le dio dos hijos, conoce al tercer marido, con quien mantenía una relación muy tensa, ya que él era mujeriego,

no traía suficiente dinero, pues se lo gastaba en sus cosas y maltrataba a sus hijos. Tenía con él dos hijas mujeres, ella pensó que si lograba darle el hijo varón que él le reclamaba, éste cambiaría.

El embarazo fue mal tolerado, lo pasó muy nerviosa, lloraba, se peleaba con todos; estaba muy angustiada.

Esto no era esperar un hijo sino un medio desesperado para solucionar otra situación. El parto fue prematuro y nació una niña que el padre rechazó y se fue. La niña nació con problemas de salud, por lo que fue internada inmediatamente. Durante los ocho días que estuvo en el centro de prematuros no le dio pecho y la leche que ella le dejaba está afiebrada y la niña no la tomaba.

La madre había amamantado a sus otros hijos e intentó hacerlo con esta hija, pero la relación no era buena, ella estaba muy ansiosa, no le dedicaba suficiente tiempo y como resultado la niña no se prendió. Hasta los tres meses tomó leche en polvo, cambia a leche de vaca que no tolera y enferma. Ingresó al hospital con una diarrea aguda grave.

Durante la internación la madre estuvo muy angustiada, consiguió que su compañero cuidara de los hijos, pero se sentía incomprendida, muy sola. Si bien aceptó intentar la reinducción porque estaba dispuesta a cualquier cosa para salvar a su hija, y aunque escasa, tenía leche, y a diferencia de sus otros hijos, no hubo una buena disposición emocional hacia ella: la ponía al pecho solamente cuando se lo recordaban, la apretaba la carita para que succionara, a lo que la niña volvía la cabeza y no se prendió.

Con el personal quedó muy agradecida, dice: "me hicieron bien, los doctores por salvar a mi hija, las enfermeras como madres, y la asistente social, visitando y aconsejando a una cuando anda mal, con miedo a que se le mueran los hijos... me parece mentira tenerla a ésta con un año...". Daba la impresión que por sí misma nada podía hacer, necesitaba un gran apoyo.

Su ambivalencia con esta hija cedió por un lado, conservar la vida de un hijo propio, pero primó el rechazo, el embarazo fue un medio para otros fines que no se cumplieron. Darle de mamar a esta niña significaría aceptarla como hija que conlleva aceptar otra frustración en su vida: la falta del hijo varón y la falta del marido. Este suceso se inserta en una madre que vivió muchas pérdidas, resignada y en cierta forma entregada y depredada, cuya agresión vuelca hacia sí misma y hacia sus hijos.

COMENTARIOS

En los países en vías de desarrollo una proporción variable de los lactantes alimentados artificialmente y que se hospitalizan por diarrea aguda, reingresan repetidamente por la misma causa a los servicios hospitalarios, por persistir las situaciones ambientales desfavorables, predisponentes y/o determinantes de estas infecciones. El programa de reinducción de lactancia materna persigue la finalidad de restituir al lactante su alimento específico y efectuar por este medio la profilaxis de la diarrea aguda, lo cual asegura un crecimiento y desarrollo adecuados.

El proceso de reinducción de la lactancia se ha demostrado en experimentación animal.¹³ En medicina humana existen ejemplos de lactancia exitosa, por colocación del lactante al seno materno en situaciones de destete parcial o total,^{4,5,8} sobre la base de esta situación, ejemplos aislados de reinducción exitosa, se estableció el subprograma de realimentación al pecho materno en el marco de un programa de hospitalización conjunta del lactante enfermo con su madre.⁸ El inicio de la reinducción se establece en el período de convalecencia del niño, cuando han pasado la

diarrea, los vómitos y la anorexia. Dado que la asistencia médica se efectúa por niveles de atención, todos los niños convalecientes se hallan en la misma sala. La concentración geográfica de madres en proceso de reinducción de la lactancia facilita la transmisión de los contenidos educativos y representa un importante factor de refuerzo psicológico.

La labor educativa fue el pilar fundamental para lograr un cambio de actitud en la madre. La clorpromacina por vía oral administrada a razón de 25 mg cada 8 horas (dosis mayores provocaron somnolencia en la madre, que le impidieron alimentar al niño), no demostró ser efectiva para favorecer la reinducción. La motivación de la madre se efectuó por entrevistas educativas en las que se explica en forma sencilla la posibilidad de reiniciar la lactancia, la metodología que se debe usar y las ventajas que presenta. El cambio de actitud se vio reforzado al contar con el apoyo de sus familiares y del resto del equipo de salud. La motivación de éste desempeñó, a su vez, un papel importante en la motivación de las madres en reinducción. La falta de compenetración con la filosofía y objetivos del programa por parte de algún integrante, trajo como consecuencia que no se efectuaran algunos encuentros en el proceso de relación equipo de salud-madre en reinducción, lo que incidió negativamente en la respuesta de algunas madres.

La labor educativa del equipo de salud a nivel de las madres, implica partir de la comprensión de la situación de cada una de ellas. Esto sólo se puede lograr si se sabe oír y escuchar, adaptándose a las características de cada madre. Con frecuencia el tiempo disponible del equipo de salud sólo se utiliza para dar órdenes a la madre sobre lo que debe hacer. Si no se conocen y no se contemplan sus necesidades y posibilidades, no se puede aspirar a modificar su comportamiento y por lo tanto, no se puede pretender que ocurra el acto educativo. En la actividad educativa grupal la introducción de madres con reinducción exitosa resultó altamente positiva, pues las madres que están iniciando la reinducción se identifican más fácilmente con ella que con los integrantes del equipo de salud, y el intercambio y motivación llegan a niveles más altos que cuando la conducción de la charla está a cargo de un médico o una enfermera.

En lactantes mayores o con un destete muy prolongado, se observan resistencias para prenderse al pecho; niños muy pequeños o no recuperados aún de su estado de enfermedad, presentan un reflejo de succión débil que prolonga el tiempo de reinducción. También inciden en la reinducción las grietas en los pezones, mamelones escasamente formados, insuficiente secreción láctea o ausencia de la misma, lo cual genera en la madre sentimientos de miedo e inseguridad, para lo que es necesario ayudarla a sobreponerse. Es frecuente también observar la repercusión que ejercen los problemas personales o familiares sobre la actitud de la madre hacia la lactancia. Todos estos aspectos conforman en ella una actitud de inhibición, de desvalorización de sí misma ante la imposibilidad de amamantar a su hijo. Ante esto, es fundamental organizar una barrera sistémica de apoyo, nutrida de conocimientos y actitudes estimulantes por parte del equipo de salud.

Los mismos hechos que impidieron lograr una reinducción exitosa fueron los que motivaron el destete precoz. La existencia de tensiones psicosociales múltiples interfieren con el reflejo de eyección láctea. Son frecuentes en estas madres, pertenecientes a los estratos socioeconómicos más bajos de la población: ingresos insuficientes (ingreso anual *per capita* 240 dólares americanos), alimentación restringida, vivienda insatisfactoria, problemas de convivencia con su compañero, etcétera. En las madres que reindujeron, si bien incidieron estos factores negativos, predominaron las situaciones en las que el carácter de sus primeras relaciones les permitió aprender a generar un vínculo adecuado con la realidad y con los otros, y fueron capaces de superar situaciones difíciles y aprovechar las oportunidades que las favorecen, como es el caso del programa de apoyo y educación que recibieron. En las madres que no reindujeron pesaron en mayor medida factores negativos: son historias de pérdidas y frustraciones repetidas, en general no han aprendido a tener un mejor vínculo con los otros, lo que no les permite resolver situaciones difíciles; parecen necesitar de mayor atención y apoyo. De todas formas, el intento de reubicación de su función materna, que implicó valorarla y apoyarla en una situación límite, parece ser un incentivo para mejorar la relación consigo misma y con su hijo.

SUMMARY

Osorio, A. et al. *Reinduction of breast feeding*. Rev Cub Ped 56: 4, 1984.

Some experiences assert possibility and need of the reinduction of breast feeding, understanding it is the physiologic process through which breast feeding is again initiated in women early have weaned their children. In the frame of the program for a mother and child jointed hospitalization, reinduction of breast feeding was attempted in 100 feeding on milk children aged 6 months or younger, hospitalized by severe acute diarrhea with dehydration, acidosis or shock. Weaning was total in 71 children (none was breast feeding) and partial in 29 (were breast feeding after the nursing bottle, symbolic feeding). Reinduction method was based on motivation of mother, familiar group and health staff, establishment of autodemand regime for breast feeding progressive decrease of cow milk nursing bottle and supplementary extracalorie supply to the mother. Total reinduction (exclusive breast feeding) in 29 children, with 55 day mean breast feeding duration (range: 7-150) and partial reinduction (addition of no more than 2 nursing bottles daily) in 23 with 21 day mean breast feeding duration (range: 7-60) was achieved. Reinduction of breast feeding was not favoured by chlorpromazine administration. Education task was main support to obtain a change in mother attitude. Facts avoiding to obtain a successful reinduction are entailed to multiple psychosocial tensions to which these mother pertaining to the lowest socioeconomic levels of the population, are submitted.

RÉSUMÉ

Osorio, A. et al. *Réinduction de l'allaitement maternel*. Rev Cub Ped 56: 4, 1984.

Des expériences affirment la possibilité et la nécessité de réinduire l'allaitement, en entendant pour cela le processus physiologique moyennant lequel l'allaitement est nouvellement initié chez des femmes qui ont sevré précocement leurs enfants. Dans le cadre d'un programme caractérisé par l'hospitalisation ensemble de l'enfant avec sa mère, on a eu l'intention de réinduire chez 100 nourrissons de six mois ou moins, hospitalisés par diarrhée aiguë grave avec déshydratation, acidose ou *shock*. Le sevrage était total (ils ne recevaient aucune sorte d'allaitement au sein) chez 71 et partiel (ils étaient mis au sein

après chaque biberon, allaitement symbolique) chez 29. Le méthode de réinduction a été élaborée sur la base de la motivation de la mère, la famille et l'équipe de santé, l'installation d'un régime d'autodemande pour l'allaitement maternel, la réduction progressive du biberon de lait de vache et l'apport d'un supplément calorique pour la mère. On a réussi à la réinduction totale (alimentation exclusive avec le sein maternel) chez 29 nourrissons, avec une durée moyenne de l'allaitement maternel de 55 jours (limite 7-150) et partielle (en ajoutant pas plus de 2 biberons par jour) chez 23, avec une durée moyenne de 21 jours (limite 7-60). La réinduction de l'allaitement maternel n'a pas été favorisée par l'administration de chlorpromazine. La tâche éducative a été un pilier fondamental pour arriver à un changement de l'attitude de la mère. Les faits qui en ont empêché le succès sont en rapports aux tensions psychosociales multiples auxquelles sont soumises ces mères appartenant aux couches socio-économiques les plus basses de la population.

BIBLIOGRAFIA

1. Jelliffe, D.B.; E.F.P. Jelliffe: The uniqueness of human milk. *Am J Clin Nutr* 24: 266, 1971.
2. Bauza, C.A.; J.L. Díaz Rosselló: Tendencias de la lactancia natural en el Uruguay. *An Fac Med Montevideo* (2da. época) 1: 143, 1978.
3. Puffer, R.R.; V. Serrano: Características de la mortalidad en la niñez. Publicación Científica No. 262. Organización Panamericana de la Salud, Washington, 1973.
4. Brown, R.E.: Relactation: an overview. *Pediatrics* 60: 116, 1977.
5. Morquio, L.: Sobre la alimentación a pecho. A propósito de un caso que demuestra la importancia de la buena orientación médica. *Bol Soc Pediatr Montevideo* 3: 311, 1929.
6. Osorio, A.; R. Alonso y col.: Hospitalización conjunta del hijo con su madre. Programas de alojamiento conjunto y de madre participante. Mención Honorífica del Gran Premio Nacional de Medicina, Academia Nacional de Medicina, Montevideo, Uruguay, 1977 (inédito).
7. Osorio, A.; A.M. Ferrari y col.: Hospitalización conjunta del hijo con su madre. Algunos ejemplos de programas educativos intrahospitalarios. *Arch Pediatr Uruguay* 49: 279, 1978.
8. Osorio, A.; A. M. Ferrari y col.: Hospitalización conjunta del hijo con su madre. Programa de madre participante. *Bol Of Sanit Panam* 84: 240, 1978.
9. Bauza, C.A.; A. Osorio y col.: Prevención de las gastroenteritis reiteradas del lactante destetado por el restablecimiento de la lactancia natural. *Courrier* 29: 1, 1979.
10. Gómez, F.: Desnutrición. *Bol Med Hosp Infant Mex* 3: 543, 1943.
11. Hussain, M.Z.; M. Harinath; J. Murphy: Tranquillizer-induced galactorrhea. *Can Med Assoc J* 106: 1107, 1972.
12. Blacker, K.H.; B.J. Weinstein; G.L. Ellman: Mother's milk and chlorpromazine. *Am J Psychiatry* 119: 178, 1962.
13. Selye, H.H.; T. McKeown: The effect of mechanical stimulation of the nipples on the ovary and the sexual cycle. *Surg Gynecol Obstet* 59: 886, 1934.

Recibido: 22 de septiembre de 1983.

Aprobado: 18 de noviembre de 1983.

Dra. Ana M. Ferrari
Hospital Infantil
"Pereira Rosell"
Montevideo, Uruguay