



APEGO Y LACTANCIA

AUTORES:

DE CAMARGO, Sandra
KALLSTEN, M. Paula
SPENGLER, Mariana
TORRES, Anabella

DIRECTOR:

Dr. PERSANO, Humberto

PLANILLA DE EVALUACIÓN DE REVISIONES BIBLIOGRÁFICAS

FECHA:/...../.....

COMITÉ EVALUADOR:

.....
.....
.....

CONTENIDO	PUNTAJE MAXIMO	PUNTAJE OBTENIDO
- Búsqueda bibliográfica	10	
- Delimitación de los objetivos y justificación del tema monográfico	10	
- Análisis e interpretación de la bibliografía consultada	10	
- Elaboración de conclusiones y propuestas	10	
CARACTERÍSTICAS GRUPALES		
- Iniciativa y Autonomía	5	
- Responsabilidad	5	
- Pensamiento crítico	5	
- Evolución en el desarrollo del trabajo	5	
- Funcionamiento del grupo	10	
PRESENTACIÓN ORAL		
- Claridad y seguridad en la exposición, y adecuación de la misma En tiempo y forma	10	
- Concordancia entre el trabajo desarrollado y la presentación oral	10	
- Contenido del material audiovisual	5	
- Respuesta del grupo en su conjunto a los interrogantes planteados	5	
TOTAL	100	

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS:

CALIFICACIÓN DEFINITIVA:

FIRMA DEL COMITÉ EVALUADOR:.....

Resumen

Introducción: en el presente trabajo se describe el desarrollo del apego en el recién nacido y su asociación con la promoción de la lactancia materna. Se enfatiza el rol que cumplen las neurohormonas durante el parto y la lactancia, se destaca la importancia del contacto piel con piel en las primeras horas de vida para establecer una lactancia materna exitosa y aquellos factores que pueden llegar a interrumpir tanto este primer contacto como el inicio de la lactancia.

Objetivo: describir y analizar el apego materno-infantil y su relación con la promoción de la lactancia materna.

Materiales y métodos: se utilizó un diseño de revisión basado en una búsqueda bibliográfica digital a partir de bases de datos como, SciELO, Medline, Lilacs, Cochrane, organismos gubernamentales y entidades no gubernamentales; y consulta bibliográfica manual en libros.

Resultados: Se encontró una asociación positiva entre la práctica de la lactancia materna y el desarrollo del apego, mediado por el aumento de la sensibilidad materna.

Conclusión: Si bien se encontró una asociación positiva entre práctica de la lactancia materna y el apego, la misma estaría mediada por factores tales como la cascada neurohormonal, tanto en el parto y como en el período inmediatamente posterior, y el contacto piel con piel temprano, que predisponen a un aumento de la sensibilidad materna. La lactancia materna es una fuente de salud presente y futura por los múltiples beneficios que ofrece, que contribuye a la construcción temprana de la relación entre la madre y su hijo, por lo tanto es una práctica rica que debe fomentarse.

Palabras claves: lactancia materna, apego, contacto piel a piel, oxitocina.

Summary

Introduction: the present work describes the development of attachment in the newborn and its association with breastfeeding. The role of neurohormones during childbirth and breastfeeding is emphasized. The importance of skin-to-skin contact in the first hours of life to establish a successful breastfeeding and those factors that may interrupt both this first contact and the onset of breastfeeding are highlighted.

Objective: to describe and analyze maternal-infant attachment and its relation to breastfeeding.

Materials and methods: a review design based on a digital bibliographic search was used from databases such as SciELO, Medline, Lilacs, Cochrane, governmental agencies and non-governmental entities; and manual bibliographic consultation in books.

Results: A positive association was found between breastfeeding and attachment development, mediated by increased maternal sensitivity.

Conclusion: although a positive association between lactation and attachment was found, it would be mediated by factors such as the neurohormonal cascade at birth and at the immediately following period, and the early skin-to-skin contact, predisposing to an increase of maternal sensitivity. Breastfeeding is a present and future source of health because of the many benefits it offers, which contributes to the early construction of the relationship between the mother and her child, and is therefore a rich practice to be encouraged.

Keywords: Breastfeeding, attachment, skin-to-skin contact, oxytocin.

INDICE

I. INTRODUCCION	1
II. OBJETIVOS.....	2
III. METODOLOGÍA.....	2
IV. ANTECEDENTES.....	3
Teoría del Apego.....	3
Tipos de Apego.....	4
Lactancia Materna.....	6
V. DESARROLLO	8
Neurobiología del Apego.....	8
Primeras horas de relación: Contacto piel a piel	10
Dificultades en el Apego.....	14
Técnica de amamantamiento, lactancia prolongada y biberón	20
Lactancia en Argentina.....	21
Apego y Lactancia.....	24
VI. CONCLUSION	31
VII. AGRADECIMIENTOS.....	33
VIII. ANEXOS.....	34
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	35

I. INTRODUCCIÓN

El ser humano al nacer abandona un estado de absoluta protección, seguridad y calma brindado por el útero materno, en donde lo único que necesita para sobrevivir y alimentarse es la vinculación a través del cordón umbilical con su madre. Una vez fuera del seno materno se encuentra en un estado de indefensión que lo lleva necesariamente a depender de otro ser humano. La conformación y dependencia de una figura de cuidado que proporcione confort, seguridad, protección y alimento permite la sobrevivencia del individuo.

Existe una marcada convergencia entre la lactancia natural y el desarrollo de apego, ya que durante el amamantamiento se produce un encuentro entre las partes, donde la nutrición implica no sólo brindar alimentos y nutrientes, sino también contacto cercano y experiencias emocionales. La esencialidad de la figura de cuidado en la constitución psíquica del individuo es la base de la Teoría del Apego desarrollada por John Bowlby.

En Argentina, el 95,3% de los recién nacidos inician lactancia materna luego del parto. Según encuestas a nivel nacional, sólo el 35% de ellos alcanza la práctica de lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, como lo indican las recomendaciones de la OMS. En la Argentina aun cuando el 95% de los recién nacidos reciben leche materna, sólo el 54% de los bebés menores de 6 meses de edad reciben Lactancia Materna Exclusiva (LME) y sólo el 30% de los bebés de 6 meses de edad (1).

II. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Considerando la lactancia materna como un proceso vital y primario en el recién nacido por los beneficios biológicos y psicoafectivos para el niño y la madre. El objetivo de este trabajo es describir características relacionadas entre el desarrollo del apego materno-infantil y su relación con la promoción de la lactancia materna.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

A partir de esto se establecen los siguientes objetivos específicos:

- Describir el desarrollo del apego.
- Enumerar los tipos de apego y factores que influyen sobre el mismo.
- Explicar los beneficios de la lactancia materna.
- Identificar los factores que influyen en el inicio y duración de la lactancia materna.

III. METODOLOGÍA

Este trabajo es un estudio bibliográfico sobre datos disponibles en donde se llevó a cabo una revisión de la bibliografía sobre apego y lactancia materna en el período comprendido entre 2004 y 2017 utilizando las palabras clave: attachment, lactancia materna, breastfeeding, skin to skin contact, contacto piel a piel, oxitocin, oxitocina. Los sitios de búsqueda utilizados para la presente investigación fueron bases de datos tales como: SciELO, Medline, Lilacs, Cochrane, entidades gubernamentales y no gubernamentales y una búsqueda en manuales y libros referidos a la temática.

IV. ANTECEDENTES

Teoría del apego

La “teoría del apego” desarrollada por John Bowlby es el paradigma actual del desarrollo emocional, social y cognitivo humano. El apego es la tendencia a establecer lazos emocionales íntimos con individuos determinados como un componente básico de la naturaleza humana, presente en forma embrionaria en el neonato y que continúa a lo largo de toda la vida. Su aspecto central es la constitución de una sensación de seguridad, protección y confort, que surge como una respuesta innata que aumenta la probabilidad de supervivencia del recién nacido. Inicialmente los únicos medios de comunicación del niño se dan a través de la expresión emocional y de la conducta que la acompaña. El vínculo que se establece entre el bebé y la madre (u otra figura de apego), se basa en la constitución temprana de una relación íntima, cálida y permanente. Ese vínculo o relación íntima Bowlby lo considera esencial para la salud mental tanto de la madre como del bebé ya que permite satisfacción y gozo en ambos (2,3).

Según Mary Ainsworth, el vínculo es definido como la inversión emocional de los padres en el niño, mientras que el término apego hace referencia a una disposición innata a unirse firmemente a una figura de cuidado, favoreciendo el desarrollo de la organización interna del individuo; quien construye una representación mental de la madre como un ser disponible y sensible a satisfacer sus necesidades de cuidado y supervivencia. Así, se lleva a cabo la construcción de una base segura desde la cual explorar el ambiente.

Tipos de apego

Continuando los trabajos de Bowlby sobre la teoría del apego, Mary Ainsworth llevó a cabo una situación experimental, conocida como la “situación frente a extraños” (*strange situation*), en la cual se observa la conducta de los niños frente a una situación de stress donde la presencia o ausencia de la madre resulta determinante en el comportamiento del niño. El ensayo permitió demostrar que el niño utiliza la madre como una base segura para la exploración, y la percepción de cualquier situación amenazante hace desaparecer las conductas exploratorias y activa las conductas de apego.

A partir de dicho experimento se describieron tres patrones de apego conductuales:

1. Apego seguro (*secure attachment*): el niño explora el medio activamente cuando está solo con su madre. En su ausencia el niño disminuye su conducta exploratoria y se muestra afectado por la separación. En el reencuentro con la madre busca el contacto físico, se alegra y continúa su conducta exploratoria.
2. Apego inseguro ansioso-ambivalente (*anxious- ambivalent insecure attachment*): el niño se pone ansioso y es poco probable que explore el ambiente mientras su madre está presente. Ante su ausencia muestra angustia y a su regreso oscila entre la irritación, la resistencia al contacto y el acercamiento. Se comporta absolutamente cauteloso ante los extraños, aun en presencia de la madre.
3. Apego inseguro ansioso evitativo (*anxious- avoidant insecure attachment*): el niño se muestra bastante independiente en la situación

del extraño, pudiendo llegar a explorar pero sin utilizar a su madre como base segura. Cuando la madre abandona la habitación no muestra malestar y a su regreso evita el contacto con la misma o la ignora. El niño no confía en que cuando busque cuidados recibirá una respuesta servicial, sino que por el contrario espera ser desairado ya que comprende que no puede contar con el apoyo de su madre y reacciona de forma defensiva adoptando una postura de indiferencia y volviéndose emocionalmente autosuficiente (2,3).

4. Posteriormente Solomon y George describieron una cuarta categoría que denominaron apego desorganizado (*attachment disorganization*) en el cual el niño muestra una variedad de conductas confusas, contradictorias e impredecibles, manifestaciones especialmente dramáticas que sugieren la existencia de dificultades serias en el proceso de estructuración interna del niño y del vínculo con su figura de apego (2).

Las experiencias de separación y privación tanto física como emocional, incluso las de corta duración, a una edad temprana pueden poner en peligro y tener un efecto negativo en el desarrollo del niño. El período más crítico es entre los 4 meses y los 3 años de edad. La privación materna puede causar ansiedad de separación (4).

La capacidad de los padres de tener una respuesta sensible, es decir, de responder oportuna y apropiadamente a las necesidades y señales del niño, se considera como el factor validado más importante de predicción de la seguridad de apego (5).

Lactancia materna

La lactancia materna es un proceso vital mediante el cual la madre provee un tejido vivo que opera en un amplio espectro de interacciones sobre la madre y el niño, no solo nutricionales, sino también inmunológicas y emocionales específicas del recién nacido (6). Sin embargo, la lactancia artificial provee también un amplio espectro de interacciones entre la madre y su bebé.

Durante los seis primeros meses de vida los lactantes deberían ser alimentados exclusivamente con leche materna para lograr un crecimiento, desarrollo y salud óptimos; y continuar con la lactancia materna hasta por lo menos los 2 años de edad, según recomienda la Organización Mundial de la Salud (OMS). Luego de los 6 meses se debe complementar con una alimentación variada no siendo necesario la incorporación de otras fuentes de lácteos si al menos realiza 4 tomas de pecho diario (7).

Mediante múltiples estudios se confirma que la lactancia materna ofrece innumerables beneficios físicos y psicológicos para la madre y para el niño, las cuales se resumen en el cuadro 1.

Cuadro 1: Beneficios de la lactancia materna

	ASPECTOS PSICOLÓGICOS	ASPECTOS FISIOLÓGICOS Y OTROS
<i>Para la madre</i>	<ul style="list-style-type: none">- Favorece el vínculo madre-hijo- Refuerza la autoestima- Menor depresión posparto	<ul style="list-style-type: none">-Menos sangrado postparto.-Menor riesgo de anemias-Mayor espaciamiento entre embarazos-Menor riesgo de cáncer ginecológico-Más rápida recuperación física-Menor riesgo de padecer Alzheimer (10)
<i>Para el niño</i>	<ul style="list-style-type: none">-Mejor desarrollo psicomotor, emocional y social-Desarrollo de una personalidad más segura e independiente-Asociación con inteligencia superior-Menor incidencia de maltrato infantil y abandono	<ul style="list-style-type: none">-Llega en forma estéril y a temperatura ideal.-Permite la colonización adecuada del <i>Lactobacillus Bifidus</i>-Nutrición óptima-Menor incidencia de: sepsis, enterocolitis necrotizante, alergias e infecciones respiratorias y digestivas, infecciones urinarias, enfermedad celíaca, DNT infantil, muerte súbita del lactante, problemas dentales y mala oclusión.-Protección contra ECNT-Mejor reacción a las vacunas
<i>Para la familia</i>	<ul style="list-style-type: none">-Mejor desarrollo de la familia como célula social-Mejor atención de los niños	<ul style="list-style-type: none">-Menor gasto en medicamentos y alimentos.-Menor ausentismo laboral
<i>Para la sociedad</i>	<ul style="list-style-type: none">-Mayor bienestar por sentimientos de competencia general para la crianza de los hijos	<ul style="list-style-type: none">-Perspectiva de una sociedad más sana en el futuro-Menor gasto en la atención de patologías y posibilidad de reorientar fondos de salud pública hacia la prevención-Contribución al equilibrio ecológico

Fuente: Guía de procedimientos para la promoción, fomento, apoyo, y protección de la lactancia materna en la atención de la madre y el niño (8)

V. DESARROLLO

Neurobiología del apego

La maternidad genera cambios físicos, funcionales y neuroquímicos. El rol que cumplen las neurohormonas en el embarazo y la lactancia se relaciona directamente con el proceso de apego, generando en la madre el instinto materno para la protección y cuidado de su bebé.

La oxitocina es una hormona producida por los núcleos paraventriculares y supraóptico del hipotálamo y es liberada al torrente sanguíneo a través de la neurohipófisis. Estas neuronas oxitocinérgicas se mantienen en reposo durante el último período del embarazo para evitar el nacimiento prematuro a través de distintos mecanismos de inhibición y durante el trabajo de parto se desencadena la cascada neurohormonal. La función principal de la oxitocina endógena es estimular la contractilidad del útero al final de la gestación y durante el parto vaginal; y de las células mioepiteliales de los alvéolos mamarios para la eyección de la leche materna luego del parto (9). En la actualidad también se conoce su importancia en la función, junto a la vasopresina, en las conductas sociales, incluidas la conducta sexual, la memoria social, el reconocimiento y el apego materno infantil (10,11).

La oxitocina en la madre actúa tanto en el cerebro como a nivel periférico, con distintos tipos de regulación, de concentración y de función en el embarazo y el parto. Previo al momento del parto hay un aumento en la concentración a nivel plasmático; mientras que luego del parto hay un aumento a nivel central que guarda relación con el comportamiento materno, sentimientos de amor, bienestar y confianza que sustentan el apego, aumentando aún más estos

valores cuando se practica el contacto piel a piel durante la primer hora luego del nacimiento, y cuando la madre mira, toca y amamanta al recién nacido; acompañado esto de un aumento en la liberación de beta-endorfina en el cerebro materno, que provee analgesia y placer para poder concentrarse más en la interacción con el bebé (12).

Paralelamente, al momento del parto, se vio en la madre un aumento en la producción y liberación de dos hormonas: el cortisol y la vasopresina. El aumento de cortisol, principal glucocorticoide secretado por la corteza suprarrenal, se lo vincula positivamente en el reconocimiento visual y olfativo de la madre por el niño; lo cual podría favorecer el vínculo madre-hijo. La hormona antidiurética (ADH) o vasopresina es producida por los núcleos supraópticos y paraventricular del hipotálamo al igual que la oxitocina, y el aumento que se da durante el parto se relaciona con la atención materna, la regulación de la agresión y control de la ansiedad (10).

En el momento del parto también se observan cambios neuroendocrinos en el neonato. La oxitocina materna traspasa la barrera placentaria y cumple en el niño una función protectora neuronal y efecto analgésico para aliviar el dolor que produce el parto. Tras pasar la cabeza por el canal vaginal se produce la compresión del cerebro, lo que se cree que estimula el aumento de la producción de noradrenalina, esta es la principal responsable del aprendizaje olfatorio para el reconocimiento del olor de la madre. Inmediatamente luego del parto este aumento de noradrenalina se ve contrarrestado por estimulación vagal ante el contacto piel a piel y la lactancia materna (10).

Posterior al parto el estímulo más importante para la secreción de oxitocina es la succión del bebé en el pezón mamario. Las caricias de la madre al niño, o el

llanto de este, también constituyen a menudo señales emocionales que, al llegar al hipotálamo, son capaces de producir la eyección de leche (9,10).

Varios estudios determinaron que el contacto piel con piel genera un importante estímulo vagal, a través del tacto, el calor y el olor que actúan como factores desencadenantes para la liberación de la oxitocina. Ésta disminuye la ansiedad materna y aumenta la calma, lo cual favorece su receptividad social, y produce un aumento de la temperatura de la piel del pecho, proporcionando calor al recién nacido (13).

La prolactina, hormona liberada por la adenohipófisis, estimula la producción de leche materna, genera cambios en el cerebro de la madre que estimula la conducta maternal y tiene un efecto ansiolítico por lo que los niveles de estrés, ansiedad y depresión en las madres que amamantan es menor (14).

Esta cascada de eventos actúa positivamente sobre el apego materno-infantil.

Primeras horas de relación: Contacto piel con piel

El contacto piel a piel (*skin-to-skin contact*, SSC) comienza inmediatamente luego del parto, debe durar mínimamente de una a dos horas posparto o hasta el final de la primera lactancia exitosa y debe ser en forma continua. Se lo denomina también “hora sagrada o período sensible”. Se logra sujetando al bebé desnudo y seco en posición prona contra el pecho de la madre entre sus senos, tapado con una manta precalentada. Este contacto permite la estimulación verbal al recién nacido y se asocia a mayor nivel de confianza de las madres en su capacidad para amamantar al bebé; permite comportamientos innatos del recién nacido, quienes localizan el pezón por el

olfato; y predispone a las madres y los bebés a establecer un vínculo e interacción recíproca sincrónica mientras estén en contacto íntimo (15,13,10).

Widstrom describió la secuencia de nueve comportamientos innatos: llanto al nacer; relajación; despertar y apertura de los ojos; actividad con aumento de movimientos de boca y succión; fase de reposo; reptación hacia el pezón; familiarización tocando y lamiendo el pezón; succión; y sueño reparador (16).

En el período sensible comienza una etapa muy importante, ya que se desarrolla un apego progresivo que se explica por las interacciones recíprocas entre la madre y el hijo en ese primer periodo de alerta. Si la práctica hospitalaria interrumpe el período sensitivo, separando madre-hijo inmediatamente después del parto, no sólo los priva de vivenciar esta experiencia sino que además disminuye el desarrollo y la calidad del apego (17).

Cuando los partos son vaginales el contacto piel con piel temprano se logra de manera más efectiva, pudiendo comenzar antes del pinzamiento del cordón. En cambio cuando los nacimientos se dan por cesárea, disminuye el porcentaje de SSC, ya que solo es posible cuando la madre está alerta y responde, interfiriendo el tipo de anestesia y las complicaciones propias de la cirugía (15,12).

Está comprobado que las mujeres que comparten la habitación con el niño durante las primeras 24 horas (paso número 7 del Hospital Amigo de la madre y el Niño) se ven favorecidos por el SSC, mejoran los niveles de beta-endorfina, aumenta la producción de leche, amamantan por más tiempo y se sienten más confiadas con respecto a la lactancia (12).

La separación del medio materno genera inmediatamente gritos de angustia y comportamiento de protesta por parte del neonato, y esto puede interferir en el vínculo de la díada disminuyendo la capacidad del recién nacido para iniciar la lactancia, la autoeficacia y el mantenimiento de la misma. Muchas veces esto ocurre debido a los cuidados de rutina luego del parto, que podrían realizarse sin ninguna complicación luego del período sensible (10).

Muchos estudios evaluaron el efecto del contacto temprano piel con piel en recién nacidos sanos y en sus madres en comparación con la atención y cuidados de rutina. En un ensayo control realizado con 92 díadas madres-lactante, obtuvieron como resultado que la autoeficacia de la lactancia materna en el grupo de contacto piel con piel fue significativamente mayor respecto al grupo de atención de rutina. A la vez se encontró que el éxito de la primera lactancia en el grupo de contacto piel con piel fue mayor respecto a los que recibieron la atención de rutina (18). Otro estudio evaluó el tiempo de contacto que tuvieron un grupo de madres con sus hijos, donde se practicó lactancia materna durante las 3 primeras horas de vida y luego pasaron 15 horas juntos durante los 3 días siguientes. Se vio que luego de un mes, dichas madres presentaban mayor atracción emocional hacia sus bebés, en comparación con aquellas que mantuvieron mínimo contacto posparto (4).

E. Moore realizó un trabajo de revisión, donde evaluó el grado de evidencia de 38 ensayos, con 3472 mujeres y lactantes, realizados en 21 países. Se encontró que las mujeres SSC tenían más probabilidades que las mujeres con contacto estándar de estar amamantando entre uno y cuatro meses después del parto. El éxito de la primera lactancia fue mayor en los bebés con SSC. Los bebés con SSC tenían mayor estabilidad del sistema cardiorrespiratorio y

niveles más altos de glucosa en la sangre. También se encontró una relación entre una mayor duración del SSC con un menor nivel de cortisol plasmático materno, por lo que se infiere que baja los niveles de estrés materno. La evidencia de esta revisión apoya el uso de SSC para promover la lactancia materna, por lo que debería ser una práctica normal para recién nacidos sanos incluyendo aquellos nacidos por cesárea y bebés nacidos a las 35 semanas o más (13).

A finales de la década del 60 los doctores M. Klaus y colaboradores llevaron a cabo un estudio comparando dos grupos de díadas madre-bebé, en el cual un grupo estuvo durante 45 minutos en contacto piel con piel antes de empezar con la rutina habitual de control; mientras que al segundo se les retiraba el bebé inmediatamente después del nacimiento. Este estudio concluyó que a los seis meses de vida, los lactantes del primer grupo pesaban en promedio 490 gramos más y la mayoría conservaba la lactancia natural exclusiva, en comparación con el segundo grupo. Al año se apreció en el primer grupo, un mejor desarrollo psicomotor y en el segundo grupo hubo mayor número de infecciones y consultas médicas por morbilidad durante el primer año de vida (19).

En un hospital del Nordeste de Brasil considerado “Hospital Amigo del Niño” se llevó a cabo un estudio observacional transversal para determinar si se pone en contacto directo piel a piel al niño con su madre durante al menos la hora inmediata luego del nacimiento (4to paso recomendado de los “Diez pasos para una feliz Lactancia Materna”). El estudio arrojó como resultado que solo la mitad de las madres fueron puestas en contacto íntimo con su bebé, aunque

menos del 10% mantuvo este contacto por 30 minutos o hasta la primera lactancia. Ninguno de los nacimientos por cesárea cumplió con este paso (20). Según un informe de UNICEF en 2016 a nivel mundial solamente el 45% logró el inicio de la lactancia materna dentro de la primera hora de vida, mientras que sólo el 43% mantiene una lactancia exclusiva entre el nacimiento y los primeros cinco meses (21). En Argentina el porcentaje de puesta al pecho dentro de la primer hora de vida fue del 53 % según la Encuesta Nacional de Lactancia Materna del año 2015 (22).

Dificultades en el apego

Existen diferentes situaciones o factores que tienen un impacto en el vínculo materno-infantil, que podrían poner en riesgo el desarrollo social y emocional del niño.

Nacimiento prematuro: se considera nacimiento prematuro al niño que nace antes de las semana 37 de gestación. Esta condición de prematuridad determina que sus órganos y sistemas no estén totalmente maduros; en cuanto al sistema nervioso no se encuentra desarrollado el olfato hasta la semana 29, la vía auditiva hasta la semana 32, y el reflejo de succión-deglución hasta la semana 34-35, convirtiéndose esto en la principal interferencia con el apego. Dependiendo de cada caso, para resguardar la vida del niño prematuro, no se lo pone en contacto directo piel a piel, ni se realiza la primer succión inmediatamente posterior al nacimiento, ya que requieren cuidados intensivos neonatales, que muchas veces termina en la hospitalización prolongada por un alto riesgo de morbi-mortalidad (23).

Los doctores colombianos Rey Sanabria y Martínez desarrollaron el “Método Madre Canguro” como una alternativa a la incubadora para recién nacidos prematuros con bajo peso al nacer que solamente necesitaban alimentarse y crecer, sin problemas médicos. Este método permite el contacto piel a piel de manera continua entre la madre y el niño, lo cual mejora tanto la estabilidad fisiológica infantil como ritmo cardíaco y respiratorio, y permite el eficaz control de la temperatura. A la vez incrementa la prevalencia y la duración de la lactancia materna, mejora el vínculo afectivo y el apego, por lo tanto las madres adquieren mayor confianza en el cuidado de sus bebés aumentando la sensibilidad a las señales de los lactantes (24).

A pesar de las recomendaciones de la OMS sobre lactancia materna, un trabajo de revisión que incluyó 112 estudios relacionados al método de madre canguro evidenció diferentes cuestiones que impiden la aplicación del método como son la necesidad de tiempo, la falta de organización médica, la aceptación familiar y el apoyo social (25).

Hospitalización de neonatos: Aún los niños nacidos a término en ocasiones requieren hospitalización y cuidados intensivos, por diversas causas. En estos casos son separados de sus madres de forma repentina, privándoles del contacto piel a piel temprano, para ser llevados a incubadoras en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN), donde reciben cuidados de enfermería especializados, con permanentes análisis y controles de laboratorio, y excesiva exposición a las luces.

Una vez estabilizada la madre suele irse de alta a su hogar, y puede visitar a su niño algunas veces al día en los horarios establecidos por la institución; en el

mejor de los casos se permite la extracción de leche, para luego ser administrada por biberón cuando el niño lo requiera.

Con estas características de hospitalización no se cumplen los pasos de la Iniciativa del Hospital Amigo de la Madre y el Niño, motivo por el cual Levin propone la “Iniciativa de Humanización de cuidados intensivos Neonatales” (IHCN), ya que en estos niños son más frecuentes los casos de abandono y de violencia, luego del alta. Esta iniciativa comprende la lactancia natural (si el niño puede succionar), un máximo contacto con la madre la mayor cantidad de horas posibles, restringir al mínimo los tratamientos agresivos, los análisis y exámenes innecesarios; sin rechazar los avances tecnológicos (26).

Problemas de lactancia: Mediante un estudio longitudinal se evaluó el vínculo madre-hijo y se evidenció que las mujeres que presentaban uno o más problemas a la hora de la lactancia como conductos obstruidos, mastitis, pezones agrietados o bajo suministro de leche, obtuvieron resultados que sugerían una vinculación más pobre con el niño. A pesar de la asociación positiva que hay entre la lactancia materna y el vínculo madre-niño, los problemas de lactancia que a menudo surgen podrían estar interfiriendo en ese proceso de unión (27).

Hay algunas situaciones en las que debe limitarse la lactancia materna y por lo cual podría verse imposibilitado el contacto temprano: recién nacidos con muy bajo peso al nacer (menor a 1500g), edad gestacional menor a 34 semanas, puntuación Apgar (a los 5 minutos) por debajo de 7; madres VIH positivo, con VDRL (sífilis) positivo que no recibieron tratamiento oportuno, madres o neonatos que requieran inmediatamente ser llevados a cuidados intensivos (20).

Partos por cesárea: Los nacimientos por cesáreas en algunos países vienen en aumento, en detrimento de los nacimientos por vía vaginal; tanto por motivos médicos, como por elección de la madre y del equipo de salud, sin causas médicas que lo justifiquen, no teniéndose en cuenta las consecuencias a corto y a largo plazo tanto en el cerebro de la madre como del niño. Diversos estudios mencionan una mayor prevalencia en estos niños de trastornos emocionales como ansiedad/ depresión, dificultades del sueño en edad preescolar, autismo, trastorno por déficit de atención hiperactivo (TDAH). También se describen efectos a nivel fisiológico como complicaciones respiratorias, en el desarrollo inmunológico y alteración de la colonización intestinal.

En las cesáreas que se realizan sin que se desencadene el trabajo de parto no se produce la cascada neurohormonal mencionada anteriormente, aumentando la prevalencia de las complicaciones. Vasopresina, catecolaminas y cortisol son las más afectadas en los niños; la ausencia del pico de noradrenalina obstaculiza el desarrollo del olfato por el pezón materno e interfiere en el comienzo de la lactancia y en la generación del apego materno-infantil.

La madre no queda exenta de dificultades tras la cesárea, sobre todo si no se ha desencadenado el trabajo de parto. Catecolaminas, hormona adrenocorticotrópica, cortisol, prolactina, factor liberador de corticotropina, beta-endorfina y oxitocina, se encuentran en menor concentración respecto a las madres que han tenido parto vaginal; pudiendo interferir esto en el reconocimiento del niño como propio. Los bajos niveles de oxitocina interfieren con la lactancia materna, dificultando aún más el vínculo de la díada madre-niño. Diversos estudios encuentran también asociación con mayor depresión

posparto durante los primeros meses luego de la cesárea, comprometiendo esto también en el desarrollo del vínculo (10).

Administración de oxitocina sintética: el uso de la oxitocina sintética, para estimular el trabajo de parto, evitar cesáreas y disminuir el riesgo de hemorragias posparto, está en aumento en los últimos años, sin tener en cuenta los efectos que esta puede provocar. Se lo considera como el fármaco que más efectos colaterales evitables puede provocar durante el parto. A través de diferentes estudios se observó que las señales de prealimentación y el reflejo de succión en recién nacidos cuyas madres recibieron oxitocina, se encuentra disminuído. También se encontró asociación entre ésta y el cese prematuro de la lactancia natural (11,10). La oxitocina administrada en altas dosis puede interferir en la memoria social (contrariamente a su función natural), interviene también en la regulación de la alimentación (ingesta/saciedad), y actuaría como anorexígeno en el neonato a través de la disminución de los reflejos primitivos neonatales, especialmente en los reflejos rítmicos de succión y deglución.

A través de un estudio descriptivo-observacional, realizado en 20 díadas madre-niño, todas recibieron oxitocina intraparto, y a pesar de que expresaron el deseo de amamantar, se encontró una asociación entre la cantidad de oxitocina administrada y el cese temprano de la lactancia exclusiva antes de los 3 meses de edad del niño (11). Se interpreta este efecto debido a que la oxitocina exógena es capaz de atravesar la barrera materno-placentaria y la barrera hematoencefálica, y así llegar al cerebro del neonato modificando su estado neurohormonal (28). Si bien los receptores de la oxitocina están ampliamente distribuidos en el sistema nervioso central, aún no está descrito el

mecanismo por el cual la oxitocina tiene un efecto perjudicial sobre la lactancia (11). Un estudio que comparó dos cohortes de díadas madre-bebé: a un grupo se le administró una inyección intraparto de oxitocina sintética y al otro no. Se observó que los bebés pertenecientes a la primera cohorte tuvieron una disminución de los reflejos rítmicos y antigraavitacionales, ambos relacionados con la lactancia materna (28).

Por otro lado, se observó que estos efectos no guardan relación con la dosis administrada (28).

Una investigación más reciente soportada por la OMS y UNICEF intentó determinar si la oxitocina administrada durante el parto tiene relación directa con la iniciación y la duración de la lactancia materna. A través de un estudio de cohorte prospectivo, observacional en un grupo de madres expuesto y otro grupo no expuesto a oxitocina sintética se trató de determinar si la oxitocina interfería en la lactancia materna tanto exclusiva como no exclusiva. Los resultados no fueron concluyentes desde el punto de vista estadístico, puesto que no se hallaron diferencias significativas entre ambos grupos. Sin embargo, el porcentaje de bebés que fueron alimentados a través de lactancia materna exclusiva (LME) al momento del alta del nosocomio y cuyas madres no recibieron oxitocina sintética intraparto (OSI) fue del 97,3% (Grupo 1), mientras que las que sí recibieron OSI fue de 87,1% (Grupo 2). A los 3 meses las cohortes fueron evaluadas nuevamente y el grupo 1 mantuvo LME en 72,5% y el grupo 2 65,9%. a los 6 meses una nueva evaluación determinó que el grupo 1 (LME) era del 31,4% versus un 27,9% del grupo 2 no expuesto a OSI. (29).

Complicaciones maternas: Si la madre ha sido hospitalizada luego del parto ó se impide el contacto temprano con el lactante, éste deberá ponerse en contacto piel a piel con el padre u otra figura presente, y una vez restablecida la salud materna, idealmente se promoverá la lactancia intensiva, para recuperar los niveles de oxitocina y estimular el apego madre- niño (10).

Técnica de amamantamiento, lactancia prolongada y biberón

Uno de los factores importantes que influyen en el inicio y duración de la lactancia materna es la posición adecuada para amamantar, entre otros como educación prenatal, el uso de chupete, compartir la habitación, distintas intervenciones durante el parto, entre otros.

Existen distintas posiciones para amamantar, la clásica “sentada”, “sentada invertida”, “debajo del brazo”, “acostada”. En todas ellas la cabeza y el cuerpo del bebé deben ser sostenidos de manera que queden alineados, la boca bien abierta, los labios evertidos, debe tomar el pezón y areola y la nariz apoyada en el pecho; logrando de esta forma una succión y una deglución audible. Sea cual sea la posición elegida es importante la mirada mutua a los ojos, mediante la cual se fortalece el vínculo. Éste debe ser un momento tranquilo y de intimidad (9,30).

En cuanto a la lactancia prolongada las asociaciones nacionales e internacionales no establecen un límite superior para el destete, ya que basados en estudios se observó que el mismo es espontáneo y puede ocurrir entre los 2, 5 y 7 años. La mayor duración se relaciona con mayor desarrollo intelectual, emocional y psicosocial del niño. Varios estudios han evidenciado que los niños que han sido beneficiados con lactancia prolongada son niños

más seguros lo cual permite una mejor integración y crecimiento social. Algunos autores concluyeron que la lactancia prolongada genera relaciones más estrechas entre padres e hijos, y no está asociado a riesgos de salud mental en los niños (31).

Al mismo tiempo se vio que el gran problema de la lactancia prolongada es el rechazo social y emocional por prejuicios y desconocimiento de la evidencia científica actual. El destete se recomienda que sea gradual sin ofrecer ni negar el pecho. Al mismo tiempo es importante brindar más contacto con el niño para suplir ese vínculo que establece la lactancia materna (32).

En la lactancia artificial no está presente la cascada neurohormonal que se produce con la lactancia materna ante la succión, teniendo un impacto negativo tanto en la salud de la madre como del niño, a corto y largo plazo. Muchos autores sugieren que es el motivo por el cual hay una mayor incidencia de depresión posparto y a la vez se observa una falta de activación cerebral ante el llanto del bebé en este grupo de madres. Por esta razón se recomienda que estos niños tengan una dosis extra de estimulación e interacción mediante el contacto piel con piel, lo que permitiría un desarrollo saludable. Para quienes no pueden o deciden no amamantar a sus niños mimetizar la lactancia materna es la mejor opción, para fortalecer el vínculo. Esto implica ofrecer el biberón según la demanda del niño, darle siempre en brazos, cambiar de lado en cada toma, intentar que sean un máximo de tres personas que le den el biberón, priorizando a la madre (14,12).

Lactancia en Argentina

En Argentina se han implementado normas, compromisos y convenios en diferentes niveles gubernamentales. Se adoptaron estrategias como la creación de la Comisión Asesora de Lactancia Materna en el ámbito del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, la Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño, la adhesión al Código de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, la capacitación de los equipos de salud y, como estrategia específica, la consejería en lactancia materna. En el 2002, el Ministerio de Salud aprueba el proyecto “Iniciativa Centro de Salud Amigo de la Madre y el Niño”, considerando que en los centros de salud es alto el porcentaje de atención de mujeres embarazadas y niños. El objetivo del mismo es la protección de la salud de la madre y del lactante, con el compromiso importante de fomentar la lactancia materna en los controles prenatales y los posteriores al parto, para que se logre el establecimiento, el mantenimiento y la duración de la lactancia materna según las recomendaciones del Ministerio de Salud de la Nación, en consonancia con la SAP, la OMS y UNICEF (33). Todos los servicios de maternidad y atención a los recién nacidos deben cumplir con los “ Diez pasos para una feliz Lactancia Materna” (2010) declarados de forma conjunta por OMS-UNICEF (34):

1. Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia materna que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de la salud.
2. Capacitar a todo el personal de salud para que pueda poner en práctica esa política.

3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica.
4. Colocar al bebé en contacto piel a piel de su madre inmediatamente después de su nacimiento. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia materna durante la primera hora de vida.
5. Mostrar a las madres cómo se debe de dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia aún en caso de separación de sus hijos.
6. No dar a los recién nacidos más que leche materna, sin ningún otro alimento o bebida a no ser que estén médicamente indicados.
7. Practicar el alojamiento conjunto de las madres y de los niños durante las 24 horas del día.
8. Fomentar la lactancia materna a libre demanda.
9. No dar a los niños alimentados a pecho biberones, tetinas ni chupetes.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia materna y referir a las madres esos grupos.

Conocer la proporción de infantes que no tienen prácticas de lactancia adecuadas no solo permite determinar el porcentaje de población con riesgo aumentado de enfermar y/o de morir, sino que además es útil para evaluar las estrategias nacionales y locales de promoción y protección de la lactancia implementadas desde los diferentes actores de la sociedad en su conjunto. Razón por la cual en el 2004-2005 se realizó en Argentina una encuesta, ENNyS, con representatividad provincial, regional y nacional. Fue un estudio transversal a partir del cual se pudo apreciar que el 95,4 % de los niños recibió lactancia materna al momento del nacimiento. Y se estimó la proporción de niños con lactancia materna exclusiva a los 6 meses, dando un valor de 31%.

Es decir que al momento del nacimiento la mayoría de los niños inician su alimentación a través de la lactancia pero por diferentes motivos no se logra mantener la lactancia, llegando a los 6 meses a un porcentaje muy bajo. La encuesta reflejó además que los motivos referidos por las madres para el abandono de la lactancia materna no responden a situaciones contraindicadas con la lactancia o a problemas médicos del niño o la madre. Los motivos más frecuentes fueron “me quedé sin leche”, “dejó solo”, “tuve que salir a trabajar” (35).

Por otro lado desde 1998, el Ministerio de Salud de la Nación a través de La Encuesta Nacional de Lactancia Materna, monitorea los patrones de lactancia materna. Desde el 2010 se observa que la proporción de LME (Lactancia materna exclusiva) a los 4 y 6 meses de edad tuvo una tendencia ascendente y sostenida. Las últimas dos encuestas reflejan que la LME a los 6 meses fue de un 30% en 2011 y un 35% en el 2015, siendo éste un aumento estadísticamente significativo. En el anexo se puede observar gráficamente la evolución en cuanto a LME entre los años 1998-2015.

Por otro lado se observó que un 30% de los niños entre 2 a 4 meses, tienen LM parcial lo cual implica la introducción temprana de otras leches y/o alimentos.

Los porcentajes de la puesta al pecho luego del nacimiento fueron influenciados por el peso al nacer. Los niños nacidos con menos de 2500 g tuvieron una muy baja proporción en cuanto al indicador de puesta al pecho antes de la primera hora de vida, sin embargo luego del primer día tuvieron una muy alta proporción de este indicador. Se observó además que el momento de puesta al pecho variaba según el tipo de parto ya que es mayor el porcentaje

de niños que son puestos al pecho antes de la hora cuando nacen por parto vaginal (36,21).

Apego y Lactancia

Bowlby reconoció que la alimentación puede facilitar la proximidad entre madre e hijo, y por lo tanto, ofrecer mayores oportunidades para la interacción sensible. Pero basado en sus observaciones clínicas, estableció que el tipo de alimentación, tanto a pecho como a biberón, no son determinantes de la calidad de apego. Si bien, la seguridad de apego se ve favorecida por la lactancia materna, la misma sería fomentada por la calidad de la interacción diádica, independientemente del tipo de alimentación (4).

Actualmente muchos estudios han intentado establecer asociación entre la lactancia materna y el desarrollo de un apego seguro. Mientras que algunos de ellos lograron establecer dicha asociación, otros sugieren escasa o ninguna evidencia.

Un estudio realizado por el Departamento de Pediatría de la Universidad de Arizona evaluó si la lactancia materna se asocia a un mejor apego y a la sensibilidad materna sobre un grupo de 152 diadas madre-bebés. El estudio midió cuatro parámetros: la intención y práctica de lactancia, la sensibilidad materna temprana, la calidad de la interacción madre niño y la seguridad del apego. Como resultados encontraron que la calidad de la interacción madre-niño a los 6 meses predijo la seguridad de apego, y no el tipo de alimentación. Sin embargo las madres que tenían la intención y eligieron amamantar tenían mayor sensibilidad en las interacciones diádicas. Por lo tanto aunque no se evidenció una relación directa entre la práctica de lactancia materna y la

seguridad de apego; mediante un análisis de trayectoria se demostró una asociación significativa entre la intención de amamantar en el periodo prenatal y la seguridad de apego mediada por la sensibilidad. Es decir que las madres que eligen amamantar, mediante la mayor sensibilidad y calidad de interacción madre-niño, predicen un mejor apego o apego seguro. Al mismo tiempo una mayor sensibilidad se asoció a una mayor duración de la lactancia. Por lo tanto estos hallazgos sugieren un vínculo entre la seguridad de apego y la lactancia materna.

Considerando que la teoría de Bowlby establece que los bebés desarrollan una relación gradual con su figura de cuidado, la sensibilidad de la figura de apego a las necesidades del niño puede ser un factor crítico para el establecimiento de un apego seguro. Dos metaanálisis publicados en 1987 y 1997 han establecido que la sensibilidad materna es de hecho un predictor importante, aunque no exclusivo del apego seguro (37,38). Y a pesar de que fue variando la definición de sensibilidad en la investigación del apego, se considera que la prontitud, la consistencia y la idoneidad son aspectos constituyentes de la misma (4).

Un estudio prospectivo de cohortes demostró que una mayor duración de lactancia materna se asocia a una mayor capacidad de respuesta sensible y predijo un menor riesgo de dificultades en el desarrollo de apego seguro. Los niños que habían sido amamantados durante al menos 6 meses eran más seguros que los niños que nunca habían sido amamantados. Sin embargo, aunque la lactancia materna predice mejores interacciones entre las madres y sus hijos, la alimentación con biberón no afectó la relación madre-bebé, ya que en las díadas que nunca amamantaron la sensibilidad fue alta y las

puntuaciones de desorganización del apego estaban por debajo del punto de corte (5).

Factores familiares como estado socioeconómico, rasgos maternos como inteligencia ó intención de amamantar y factores genéticos podrían actuar como variables de confusión a la hora de vincular lactancia materna y apego. Estas variables fueron analizadas en una investigación clínica llevada a cabo a partir de los datos del Estudio Longitudinal de la Primera Infancia con representación nacional en los EE.UU donde se examinaron 1000 pares de gemelos del mismo sexo que tuvieron diferente duración de lactancia y diferentes patrones de apego. Como resultado de los análisis descriptivos se vio una tendencia más fuerte hacia el apego seguro para la descendencia femenina. Si bien la población femenina fue amamantada ligeramente más tiempo que la población masculina, una mayor duración de la lactancia materna en los varones no pudo aumentar las probabilidades de una clasificación de apego seguro. Al examinar mediante las variables de confusión, se observó que los factores genéticos tienen mayor asociación cuando el apego es de menor seguridad; mientras que los factores ambientales como el entorno compartido tienen mayor asociación al apego más seguro. Por lo tanto estos factores genéticos y ambientales contribuyen a explicar en parte los estilos de apego. Este estudio concluyó que una duración más larga de lactancia materna se asocia con una mayor probabilidad de un estilo de apego seguro y una menor probabilidad de un estilo de apego ambivalente, independiente de las influencias ambientales y genéticas compartidas (39).

Fernando Pinto, Neurólogo infantil, presidente de la Sociedad Chilena de pediatría (2001-2002) determinó las características que permiten reconocer el

desarrollo de un apego exitoso y la disfunción en el mismo, tanto en la madre como en el recién nacido. En el cuadro 2 y en el cuadro 3 se resumen los aspectos relevantes de cada tipo de apego.

Cuadro 2: Características según los tipos de apegos

TIPO DE APEGO DEL RECIÉN NACIDO	CARACTERÍSTICAS
<i>Recién nacido sano con apego normal</i>	<ul style="list-style-type: none">● Está siempre contento.● Mirada atenta, especialmente con su madre.● Se calma en brazos de su madre.● Buena succión y deglución.● Manifiesta su hambre y plenitud.● Adquiere un patrón de alimentación regular, sin cólicos.
<i>Recién nacido sano con apego patológico</i>	<ul style="list-style-type: none">● Está irritable y/o dormilón.● Mirada esquiva.● No se calma en brazos de su madre, quien lo mece constantemente.● Succión pobre o descoordinada.● Aerofagia y vómitos frecuentes.● Llanto muy frecuente.● Adquiere un patrón irregular de alimentación.
<i>Lactante de 6 a 12 meses sano con apego normal</i>	<ul style="list-style-type: none">● Alerta, sonriente, feliz, reactivo.● Mirada y actitudes proclives a la comunicación.● Comunicación vocal, táctil y mímico-gestual.● Prefiere a sus padres, en vez de otros adultos.● Disfruta la alimentación.● Comunica claramente hambre y saciedad.● Patrón alimentario y de sueño bien regulados.
<i>Lactante de 6 a 12 meses con apego patológico</i>	<ul style="list-style-type: none">● Triste, retraído e hiper-vigilante.● Evita contacto visual.● Vocaliza poco o no lo hace.● Ausencia de conductas anticipatorias.● Esquivo, al tomarle en brazos.● Indiferente con los adultos.● Vómitos frecuentes o rumiación.● Indiferencia con su madre y la alimentación, pero no con la cuidadora.

Fuente: Apego y lactancia natural (17)

Cuadro 3: Características según los tipos de vínculos

TIPO DE VÍNCULO DE LA MADRE	CARACTERÍSTICAS
<i>Madre sana con vínculo normal</i>	<ul style="list-style-type: none">● Contenta con su recién nacido.● Tranquila frente al disconfort de su hijo.● Alerta con sus demandas, que reconoce claramente.● Muy positiva con su hijo.● Reconoce y respeta su temperamento.● Le ayuda a organizarse.● Se adapta a su patrón y ritmo de alimentación
<i>Madre sana con vínculo patológico</i>	<ul style="list-style-type: none">● Ansiosa y deprimida frente al disconfort de su hijo.● No entiende ni atiende bien demandas de su hijo.● Muy estresada y sobreprotectora con su hijo.
<i>Madre de hijo de 6 a 12 meses con apego normal</i>	<ul style="list-style-type: none">● Placer consigo misma y su hijo.● Comprometida y estimuladora.● Ve atributos positivos en la conducta de su hijo.● Alimentación placentera para ambos.● Óptima calidad y cantidad de lactancia y otros alimentos.● Toma y acuna bien, en sus brazos a su hijo.
<i>Madre de lactante de 6 a 12 meses, con apego patológico</i>	<ul style="list-style-type: none">● Desapegada y deprimida.● Ansiosa y agitada.● Comparte poco tiempo con su hijo.● Fallas en la interacción.● No responde ni entiende claves.● El acto de alimentación es mecánico, sin afecto.● Toma mal a su hijo, en sus brazos.● Escaso contacto visual entre ambos. Indiferente con la nutrición de su hijo.

Fuente: Apego y lactancia natural (17)

Con estos elementos de observación es posible detectar precozmente una disfunción en el apego, que habitualmente se asocia a problemas en la lactancia natural. Se ha observado que un porcentaje de los niños maltratados presenta el antecedente de "apego perturbado" inicial o una "disfunción" del mismo, frecuentemente asociado a prematuridad o patología perinatal. Por otro

lado, el niño vulnerable que enferma con frecuencia, pese a que los estudios inmunológicos y otros de laboratorio resultan normales y presenta un mal progreso ponderoestatural, sin explicación nutricional o endocrinológica, también han sido relacionados a deficiencia o disfunción en el apego (17).

D. Winnicott, pediatra y psicoanalista inglés, explica que la lactancia materna constituye una experiencia rica tanto para el niño como para la madre, lo cual parece contribuir a la construcción temprana de una relación entre los dos seres humanos. Una madre que por algún motivo no puede dar el pecho a su bebé es capaz de llevar a cabo el establecimiento de una relación humana, al utilizar el biberón para proporcionar gratificación instintiva en los momentos de excitación alimentaria.

Según Winnicott, si la gratificación instintiva fuera la única clave, la lactancia natural no tendrían ninguna ventaja sobre la artificial. Sin embargo, es la actitud de la madre la que asume vital importancia en el desarrollo emocional sano del bebé.

El éxito en la lactancia natural se sitúa en la construcción de una experiencia de relación, que funciona como base para relaciones futuras más ricas e intensas. Permite que el lactante exhiba síntomas, a través de los cuales, revela que las dificultades realmente importantes de la vida y de las relaciones humanas están siendo enfrentadas. La vida del recién nacido no puede ser contemplada sólo en términos de salud y enfermedad; sino que el cuidado del mismo debe poder pensarse en términos de pobreza y riqueza de la personalidad (40).

VI. CONCLUSIÓN

A partir de la bibliografía analizada podemos concluir que, si bien existe una asociación positiva entre apego y lactancia, la misma no estaría dada por el tipo de alimentación “per se” sino que sería la calidad de la interacción madre-hijo la principal responsable de esta asociación.

La cascada neurohormonal que se desencadena durante el parto y continúa en lactancia materna es considerada clave en el fortalecimiento del vínculo mutuo mediante el rol principal que cumple la oxitocina. La succión del pecho materno y el contacto piel a piel madre-niño son los principales estímulos para la liberación de esta hormona que regula no sólo la eyección de la leche, sino también el estado emocional de la madre, fortaleciendo aún más el vínculo. Interviene positivamente en la continuidad de la lactancia a lo largo del tiempo.

De igual importancia a destacar es el contacto piel a piel temprano durante el período sensible. Este contacto íntimo e interacción recíproca aumenta los niveles de oxitocina, la sensibilidad materna y la capacidad de respuesta a las señales del bebé, regula las conductas sociales y genera un estado de bienestar. Considerando que la sensibilidad materna es un factor predictor importante del apego seguro, la preservación de este momento se asocia, entonces, a una mayor duración de la lactancia y predispone a un menor riesgo de desarrollo de apego inseguro.

La evidencia muestra que, si bien la lactancia materna contribuye al desarrollo de un apego seguro, existen múltiples situaciones que pueden interferir en el establecimiento de la lactancia. Pero esto no implica necesariamente que el niño no pueda desarrollar un patrón de apego seguro. Las prácticas de

alimentación con biberón no son determinantes estrictos de bajos niveles de sensibilidad materna o apegos desorganizados. En estas situaciones se propone mimetizar el acto de lactancia natural aumentando el tiempo de contacto piel a piel, el estímulo verbal y visual por parte de la madre; y así ofrecer mayores oportunidades para esa interacción sensible.

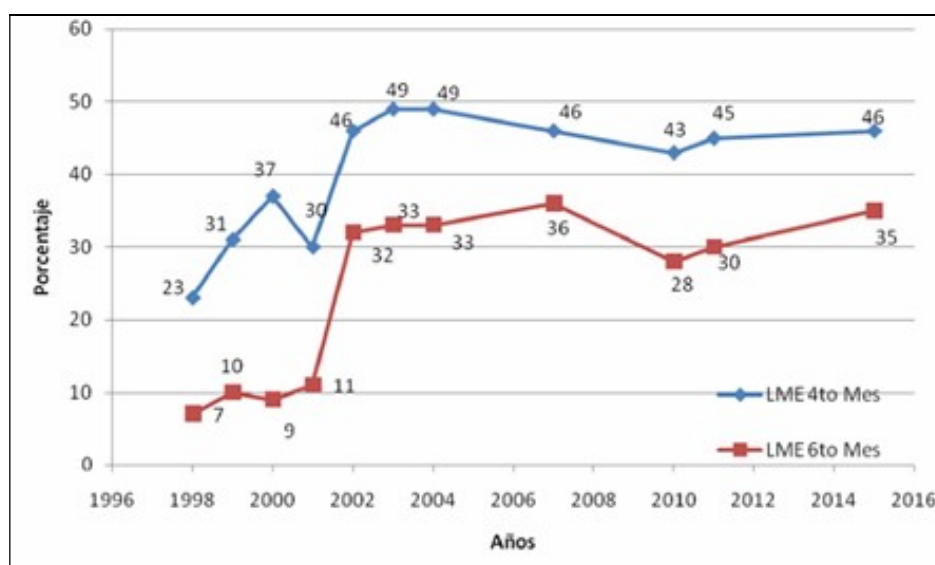
Basados en la vasta evidencia que demuestra los múltiples beneficios que ofrece la lactancia materna tanto al niño como a la madre, se debe fomentar esta rica experiencia que contribuye a la construcción temprana de una relación entre los dos seres humanos.

VII. AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer a la Universidad de Buenos Aires por brindarnos educación de excelente calidad y gratuita. A la Escuela de Nutrición y a todos los docentes de la carrera por creer en nuestra capacidad y valorar la profesión. A nuestro tutor de tesina Dr. Humberto Persano. A nuestras familias y amigos por ser nuestro pilar emocional en todos estos años y estar presentes para lograr que este sueño se haga realidad.

VIII. ANEXOS

Gráfico 1: Evolución de los porcentajes de LME en Argentina al 4° y 6° mes de vida, entre los años 1998-2015.



Fuente: Encuesta Nacional de Lactancia Materna 2015 (22).

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) UNICEF ARGENTINA Lactancia materna y su importancia en la iniciativa Maternidades Seguras y Centradas en la Familia(MSCF)
https://www.unicef.org/argentina/spanish/Informe_Argentina.pdf
- (2) Persano H. La importancia de la teoría del apego en la nutrición infantil. *Diaeta*. 2006; 24(114):24-34.
- (3) Bowlby J. Una base segura, Aplicaciones clínicas de una teoría del apego. Mateo E, trad. Buenos Aires: Paidós; 2009. p.140-158
- (4) Britton JR, Britton HL, Gronwaldt V. Breastfeeding, Sensitivity and Attachment, *Pediatrics* [Internet] 2006 [citado 5 Mar 2017]; 118(5): e1436-e1443. DOI:10.1542/peds.2005-2916. Disponible en:
<http://pediatrics.aappublications.org/content/118/5/e1436.short>
- (5) Tharner A, Luijk MP, Raat H, IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ, Moll HA, et al. Breastfeeding and its relation to maternal sensitivity and infant attachment. *J Dev Behav Pediatr* [Internet]. 2012 [citado 01 Jun 2017]; 33(5):396–404. DOI: 10.1097/DBP.0b013e318257fac3. Disponible en:
http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/39233448/00b4952b2a343e78aa000000.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1497034041&Signature=2kFvm%2BBkkTKu4ssdGAY%2FqRVhzQ%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DBreastfeeding_and_Its_Relation_to_Matern.pdf
- (6) Bozal A. Lactancia materna. En: Lozano J, Guidoni ME, Díaz M, Marenzi S, Lestingi ME, Lasivita J, et al. *Nutrición del niño sano*. Rosario: Corpus; 2007. p.41-63.
- (7) OMS/UNICEF [Internet]. La Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2003 [citado 12 Feb 2017] . Disponible en:
http://www.who.int/nutrition/publications/gs_infant_feeding_text_spa.pdf
- (8) Ministerio de Salud de la Prov. Bs. As. Dirección Maternidad, Infancia y Adolescencia. Guía de procedimientos para la promoción, fomento, apoyo, y protección de la lactancia materna en la atención de la madre y el niño. Buenos Aires; 2013.
- (9) Hall JE, Guyton AC. *Tratado de Fisiología médica*. 12a ed. Barcelona: Elsevier Health Sciences; 2011.
- (10) Olza-Fernández I, Marín Gabriel MA, Gil-Sanchez A, Garcia-Segura LM,

Arevalo MA. Neuroendocrinology of childbirth and mother-child attachment: The basis of an etiopathogenic model of perinatal neurobiological disorders. *Frontiers in Neuroendocrinology* [Internet]. 2014 [citado 15 Mar 2017]. 35(4): 459-472. Disponible en:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091302214000417>

(11) Marín Gabriel MA, Olza Fernández I, Malalana Martínez AM, Martínez B, Fernández-Cañadas Morillo A. Influencia de la oxitocina administrada durante el parto en el mantenimiento de la lactancia materna. Estudio preliminar. *Acta Pediatr Esp*[Internet]. 2013 [citado 12 Mar 2017]; 71(1): 9-11. Disponible en: <http://search.proquest.com/openview/9a08e7414c9dac287e6b315b328abefe/1?pq-origsite=gscholar&cbl=31418>

(12) Crenshaw JT. Healthy Birth Practice #6: Keep Mother and Baby Together—It's Best for Mother, Baby, and Breastfeeding. *The Journal of perinatal education* [Internet]. 2014 [citado 02 Jun 2017]; 27(4): 211-217. Disponible en: http://flbreastfeeding.org/pdf/HBP_6.pdf

(13) Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]; 2016 [citado 14 Feb 2017]; 5 (3). Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003519.pub3/pdf/>

(14) Olza Fernández I, Marín Gabriel MA. Neurobiología del vínculo materno-filial: aplicaciones para la lactancia materna y/o artificial. En *AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría* [Internet]; 2014 [citado 17 May 2017]. 29-39. Disponible en: <http://cursosaeap.exlibrisediciones.com/files/49-239-fichero/Neurobiolog%C3%ADa%20del%20v%C3%ADnculo.pdf>

(15) Vidal-Candel R, Soriano-Vida F, Castro-Sánchez E. Effect of Early Skin-to-Skin Mother-Infant Contact in the Maintenance of Exclusive Breastfeeding: Experience in a Health Department in Spain. *Journal of Human Lactation* [Internet]. 2017 [citado 4 Abr 2017]. 1(9). doi: 10.1177/0890334416676469. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0890334416676469>

(16) Widström AM, Lilja G, Aaltomaa-Michalias P, Dahllöf, A., Lintula, M., Nissen, E. Newborn behaviour to locate the breast when skin-to-skin: a possible method for enabling early self-regulation. *Acta Paediatrica* [internet]. 2011 [citado 29 Ene 2017]; 100 (1): 79-85. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20712833>

(17) Pinto FL. Apego y Lactancia Natural. *Revista Chilena de Pediatría* [Internet]. 2007 [citado 02 Jun 2017]; 78 Supl 1:96-102. DOI: 10.1055/s-0037-1599052. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062007000600008&script=sci_arttext

(18) Aghdas K, Talat K, Sepideh B. Effect of immediate and continuous mother-infant skin-to-skin contact on breastfeeding self-efficacy of primiparous women:

A randomised control trial. *Women and Birth*. 2014 [citado 28 diciembre 2016]; 27: 37-40. DOI: 10.1016/j.wombi.2013.09.004. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24216342>

(19) Klaus MH, Kennell JH, Plumb N, Zuehlke S. Human maternal behavior at first contact with her young. *Pediatrics* [Internet]. 1970 [citado 01 Jun 2017]; 46(2):187-92. PubMed.PMID:5432150. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5432150>

(20) Rocha Sampaio AR, Bousquat A, Barros C. Skin-to-skin contact at birth: a challenge for promoting breastfeeding in a “Baby Friendly” public maternity hospital in Northeast Brazil*. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2016 [citado 02 Jun 2017]; 25(2): 281-290. DOI: 10.5123/S1679-49742016000200007. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222016000200281&lng=en&nrm=iso&tlng=en

(21) UNICEF. A partir de la primera hora de vida, principales hallazgos; 2016 [citado 05 febrero 2017]. Disponible en: <http://data.unicef.org/wp-content/uploads/2016/10/Spanish-UNICEF-From-the-first-hour-key-findings2016-web-fnl1.pdf>

(22) Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia. Situación de la lactancia materna en Argentina. Año 2015. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2015.

(23) Torresani ME. Cuidado nutricional pediátrico. 2a Ed. Buenos Aires: Eudeba; 2006. p.159-191.

(24) World Health Organization (WHO). Método Madre Canguro: Guía práctica. Ginebra: Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas, Organización Mundial de la Salud; 2004.

(25) Chan GJ, Labar AS, Wall S, Atun R. Kangaroo mother care: a systematic review of barriers and enablers. *Bull World Health Organ* [Internet]. 2016 [citado 1 Feb 2017]. 94(2):130-141. doi: 10.2471/BLT.15.157818. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/94/2/15-157818.pdf>

(26) Vieira G. La iniciativa de humanización de cuidados neonatales. *Revista chilena de pediatría* [Internet]. 2003 [citado 25 May 2017]; 74(2):197-205. DOI:10.4067/S0370-41062003000200009. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062003000200009&script=sci_arttext&tlng=pt

(27) Rossen L, Hutchinson D, Wilson J, Burns L, Allsop S, Elliott EJ, et al. Maternal Bonding through Pregnancy and Postnatal: Findings from an Australian Longitudinal Study. *American Journal of Perinatology*. 2017 [citado 07 Jun 2017]. DOI: 10.1055/s-0037-1599052. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28212591>

- (28) Marín Gabriel MA, Olza Fernández I, Malalana Martínez AM, Carmen González Armengod C, Costarelli V, et al. Intrapartum Synthetic Oxytocin Reduce the Expression of Primitive Reflexes Associated with Breastfeeding. Breastfeeding Medicine [Internet]. 2015 [citado 25 Abr 2015]; 10(4): 209-213. DOI: 10.1089/bfm.2014.0156. Disponible en: <http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/bfm.2014.0156>
- (29) Fernández-Cañadas Morillo A, Marín Gabriel MA, Olza Fernández I, Martínez Rodríguez B, Durán Duque M, Malalana Martínez AM, et al. The Relationship of the Administration of Intrapartum Synthetic Oxytocin and Breastfeeding Initiation and Duration Rates. Breastfeeding Medicine [Internet]; 2017 [citado 25 Abr 2017]; 12(2): 98-102. DOI: 10.1089/bfm.2016.0185. Disponible en: <http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/bfm.2016.0185>
- (30) Ministerio de Salud de la nación. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Guías Alimentarias para la población infantil. Consideraciones para los equipos de salud. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2010.
- (31) Lawrence RA. Supporting breastfeeding/ Early childhood social and emotion development. Breastfeeding. 14. 2a ed. USA: University of Rochester School of Medicine; 2008 [citado 29 May 2017]. Disponible en: <http://www.child-encyclopedia.com/breastfeeding/according-experts/supporting-breastfeedingearly-childhood-social-and-emotion>
- (32) Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (AEP) [Internet]. España: AEP; 2015 [citado 28 May 2017] Lactancia Materna en Niños Mayores o “Prolongada”. Disponible en: <http://www.aeped.es/comite-lactancia-materna/documentos/lactancia-materna-en-ninos-mayores-o-prolongada>
- (33) Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. Iniciativa Centro de Salud Amigo de la Madre y el Niño: Lineamientos para su implementación. 4a ed. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2012.
- (34) Ministerio de Salud de la Nación, Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de Salud (OPS). Lactancia, promoción y apoyo en un Hospital Amigo de la Madre y del Niño. Módulo 3. 2014. Disponible en: https://www.unicef.org/argentina/spanish/salud_lactancia_2014.pdf
- (35) Ministerio de Salud de la Nación. La alimentación de los niños menores de dos años. Resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud -ENNyS 2010. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2010.
- (36) Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Situación de la lactancia materna en Argentina. Año 2011. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2011.
- (37) De Wolff MS, van Ijzendoorn MH. Sensitivity and Attachment: a meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. Child dev [Internet]. 1997 [citado 13 May 2017]; 68(4):571-591. DOI: 10.1111/j.1467-

8624.1997.tb04218.x. Disponible en:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-8624.1997.tb04218.x/full>

(38) Goldsmith H.H, Alansky J.A. Maternal and infant temperamental predictors of attachment: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol* [Internet].1987[citado 20 May 2017]; 55(6):805-816. PubMed. PMID: 3320116. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3320116?dopt=Abstract>

(39) Jackson D.B. The Association Between Breastfeeding Duration and Attachment: A Genetically Informed Analysis. *Breastfeeding Medicine* [Internet].2016 [citado 30 May 2017];11(6):297-304 . DOI: 10.1089/bfm.2016.0036. Disponible en: <http://online.liebertpub.com/doi/10.1089/bfm.2016.0036>

(40) Winnicott D.W. El niño y el mundo externo. Lactancia natural. 2ª Edición. Buenos Aires: Editorial Hormé-Paidós; 2009. p147-153.