

TEMA:

Influencia de la inestabilidad emocional de la madre en el desarrollo del cólico del lactante, en madres de bebés 0 a 12 meses con LM de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.

CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

El Cólico del Lactante (CL) es un padecimiento bastante común en México, es un trastorno típico de los primeros meses de vida que se caracteriza por un llanto intenso y prolongado sin causa aparente; también es conocido como cólico de los tres meses, cólico vespertino o del anochecer, alboroto paroxístico del lactante o cólico de gases. Usualmente se describe como episodios de llanto intenso y vigoroso al menos 3 horas al día, 3 días a la semana durante al menos tres semanas en un bebé sano y bien alimentado.

Generalmente se desconoce qué provoca los cólicos en el lactante. Solo en un 5% de los casos existe una causa orgánica demostrable. Aunado a ello cabría mencionar que el tratamiento puede ser dietético (prohibición de ingesta de lácteos y derivados a la madre) o farmacológico, en ambos casos, puede o no existir mejoría, sin embargo, algunos de los medicamentos utilizados presentan un efecto placebo.

Existen investigaciones que sugieren como etiología factores psicológicos, sin embargo no hay aún suficiente información que asevere dicha posibilidad, por ende la presente investigación aborda el CdL desde una perspectiva psicológica, busca pues, entender si existe o no relación entre el desarrollo de dicho padecimiento y la inestabilidad emocional de la madre. Se analiza entonces, el vínculo de la díada madre-bebé, así como el ambiente en que se desenvuelven, con la finalidad de ahondar y conocer si existe una relación causal entre ambos. Haciendo hincapié en el párrafo anterior, es claro que la madre funge un papel central en la recuperación del lactante a través de un placebo, es ella la única consciente (en la relación diádica) de la medicación que se efectúa, por tanto el

efecto es directamente para la madre e indirectamente para el lactante. Por lo anterior la investigación se centra en la madre y su estado emocional durante el puerperio hasta los 3 meses del lactante. Proporcionando así una posible herramienta al campo de la psicología que coadyuve a la comprensión de un padecimiento “médico” común aún sin resolver.

Se plantea en la presente investigación, trabajar con madres de lactantes de entre 0 a 3 meses de edad (o madres con bebés que hayan padecido CL o no). El reclutamiento se propone a través de Facebook con madres de San Cristóbal de Las Casas, Chis., que cumplan con los requisitos de la investigación. Se aplicarán cuestionarios y entrevistas para la recopilación y análisis de la información.

Se pretende realizar una comparativa entre la situación socioemocional de las madres con bebés que presentan CL y madre con bebés que no lo presentan, de modo que sea posible una comprensión más clara y verás acerca del tema.

1.2 JUSTIFICACIÓN

El Cólico del Lactante es un padecimiento bastante común en recién nacidos. Su sintomatología es bastante lastimosa tanto para el lactante como para la madre y el entorno familiar.

Sé, por experiencia propia, que en la madre se genera una angustia y desesperación tal, que en determinado momento una misma como madre no logra contener el llanto y llora a la par de su hijo(a). Durante el padecimiento de mi hija, a sus 21 días de nacida, como familia probamos todos los medios que conocimos para ayudar a calmar o paliar el dolor que pudiese haber sentido ella en ese momento, recuerdo el llanto inconsolable y el pujido acompañado de desesperación de mi bebé al intentar expulsar flatos. Recurrimos al pediatra, mismo que nos dijo, que no podía recetarnos algún medicamento por dos razones; la primera; que ciertos medicamentos recetados para los cólicos eran contraproducentes para la salud del bebé, y la segunda; que otros medicamentos que usualmente se recetaban únicamente tenían un efecto PLACEBO, es entonces cuando se generó la enorme duda. Primero que nada, el bebé es totalmente inconsciente de que se le medique, entonces ¿cómo el medicamento es capaz de actuar como un placebo?... sería entonces, guiados por la lógica, que ¿el efecto placebo fuese para la madre y no para el lactante?... ¿qué tan fuerte es esa “conexión” denominada apego que influye de manera determinante en el estado físico-emocional de ambos seres?

En definitiva el interés por indagar y conocer acerca del tema me inundó por completo. Más allá de la ciencia médica, me es bastante interesante conocer desde la perspectiva psicológica los posibles factores que influyen en el desarrollo del CL.

La presente investigación se realizó con el propósito de ahondar y conocer con mayor exactitud la influencia del estado emocional de la madre sobre el estado físico-orgánico y emocional del lactante, ya que es sabido, dentro de la psicología en la diada madre-bebé, existen lazos muy fuertes, mismos que podrían influir de maneras distintas en el estado biopsicosocial¹ de ambos; la creación de estos nexos se da por la interacción constante de ambos, y más concretamente por el proceso de satisfacción de necesidades del

¹ Biopsicosocial: Concepto que no forma parte del diccionario que elabora la Real Academia Española (RAE). Sin embargo, podemos descomponer el término en sus unidades constituyentes para comprender de forma precisa a qué hace referencia.

El prefijo “bio” alude a la vida; “psico” se vincula a la psicología; “social”, por último, es aquello vinculado a la sociedad (la comunidad de individuos que comparten una cultura y que interactúan entre sí). La noción de biopsicosocial, por lo tanto, integra cuestiones biológicas, psicológicas y sociales. Suele decirse que el ser humano es biopsicosocial. Su potencial está determinado por sus características biológicas (físicas), pero a su vez su accionar es influenciado por aspectos psicológicos (como deseos, motivaciones e inhibiciones) y por el entorno social (la presión que ejercen otras personas, los condicionamientos legales, etc.). Estos tres aspectos (bio, psico y social) no pueden escindirse, sino que constituyen un todo. La conducta del hombre, de hecho, constituye una unidad biopsicosocial.

Se habla de modelo biopsicosocial con referencia al enfoque que atiende la salud de las personas a partir de la integración de los factores biológicos, psicológicos y sociales. Este modelo entiende que el bienestar del hombre depende de las tres dimensiones: no alcanza con que el individuo esté sano físicamente.

lactante, en el presente estudio se analizará específicamente el proceso de lactancia y como éste influye o no en el desarrollo del Cólico del lactante (CdL).

Mucho se ha investigado acerca de dicho padecimiento así como de la influencia del vínculo y apego seguro en madres y lactantes, sin embargo, no hay aún material suficiente que arroje datos concretos acerca de la etiología del CdL. La mayoría de estudios realizados son referentes a causas orgánicas más que psicológicas, partiendo de éste punto surge la inquietud de indagar más acerca del tema, siendo que desde el punto de vista psicológico se entiende que el primer vínculo creado es con el/ la cuidador(a) primario, generalmente la madre. A sabiendas de ello, al no existir un vínculo sano, podría generarse un desequilibrio en la homeostasis^[1]². El bebé o lactante al no lograr comunicarse de manera efectiva con el medio que le rodea, tiene como medio único de expresión de algo que le aqueja y no le es satisfactorio. “el llanto”.

De éste modo al reunir información suficiente acerca del tema se lograría vislumbrar un poco más acerca de un tema bastante conocido pero poco estudiado desde la lente psicológica.

² Homeostasis: Se trata de una palabra que emana del griego, conformada por dos vocablos griegos claramente delimitados: homo, que puede traducirse como “similar”, y estasis, que ejerce como sinónimo de “estabilidad” y de “estado” La homeostasis psicológica está dada por el equilibrio entre las necesidades y su satisfacción. Cuando las necesidades no son satisfechas, se produce un desequilibrio interno. El sujeto busca alcanzar el equilibrio a través de conductas que le permitan satisfacer dichas necesidades.

El cólico del lactante es un padecimiento que afecta a un 40% de bebés en México, por desgracia no existen estadísticas (al menos públicas) de Chiapas. Me atrevería a aseverar que al estar mal el lactante la madre igualmente se angustia y estresa, quizás al no lograr saber la fuente de malestar de su hijo(a) y al no saber como “curarlo”. De modo que éste padecimiento no únicamente afecta al lactante en sí, sino a la madre y al círculo socio-familiar más cercano. Conocer más acerca del tema y descartar o no la posibilidad de que el estado emocional de la madre influya, podría ser de gran utilidad para familias enteras y los bebés mismos.

Mucho se ha demeritado la psicología dentro de la medicina, empero hoy en día sabemos que existen enfermedades denominadas “psicosomáticas”, aquellas que la mente “crea” y manifiesta a través del cuerpo, al no poder afrontar un hecho, emoción o sentimiento generado en la vida diaria... ¿Qué exige al bebé de dicha situación?... Siendo que madre e hijo están íntimamente conectados, ¿Cómo no podría afectar el estado anímico de la madre al lactante? Creo entonces, firmemente que dicho estudio no solamente coadyuvaría en el ámbito psicológico, sino también en el médico y social.

1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El cólico del lactante (CL) , es una afección bastante común en bebés de 0 a 3 meses de edad, que surge en promedio de la semana 3 a la 6 del recién nacido (Rn). Afecta a una proporción de entre el 5 y el 30% de lactantes sanos durante la primera etapa de vida, y no tiene causa definida, aún después de los múltiples intentos que se han llevado a cabo para esclarecer su etiología. Se ha asociado a alergia a proteína de leche, tabaquismo (lactantes como fumadores pasivos), al nivel socioeconómico, ansiedad en los padres, depresión puerperal, factores psicosociales de la madre, desprendimiento de las madres hacia sus hijos e interacción de los padres con el lactante; en zonas rurales también se mantiene la creencia de que está íntimamente relacionado con “corajes” de la madre. Dichos factores a los que se ha asociado continúan en duda debido a la falta de estudios que constaten el tema y la variación de los patrones de crianza establecidos en las diferentes culturas y niveles socioeconómicos.

Médicamente no se ha hallado alguna explicación concreta que arroje la causa exacta de éste padecimiento, sin embargo existen medicamentos paleativos que recetan al bebé, éstos pueden implementarse con o sin receta médica, por lo que muchas madres se inclinan por dar el medicamento desde el nacimiento para evitar dicho “problema”.

Es importante mencionar que algunos medicamentos en ocasiones tienen un efecto “placebo” de ahí que surja la idea de que la madre está íntimamente relacionada con el desarrollo del padecimiento, ya que el lactante no es consciente de que se le medica, el efecto producido va entonces dirigido a la madre y no al lactante.

La sintomatología está claramente delimitada, al igual que su curso, en la actualidad se acepta que este problema se debe a paroxismos de irritabilidad, incomodidad o llanto inconsolable, que en apariencia se relaciona a un malestar del lactante al querer expulsar gases (flatulencias), duran más de tres horas diarias, más de tres días a la semana y ocurren entre la segunda y tercera semana de vida (curiosamente concuerda con la semana en la que la madre “generalmente” se entera del embarazo, ya que a la semana 3 de gestación la madre reconoce la ausencia de su menstruación), con mayor incidencia durante la tarde/noche.

Es importante recalcar, referente al horario en que se presenta (tarde-noche) que podría relacionarse en ese horario, generalmente es el momento en que la madre se encuentra a “solas con el bebé, ambos tienen la posibilidad de “descansar” de la vida social y compromisos familiares; como es sabido y por mi propia experiencia como madre, la cuarentena es un periodo en que madre y bebé se ven expuestos a la mayor carga de compromisos socio-familiares.

Me atrevería a decir que la cuarentena es el momento preciso natural en que madre y bebé se reconocen, aceptan y vinculan simbióticamente, sin embargo, al ser ambos expuestos a una situación en la que están obligados a permanecer en un estado “idóneo” para visitas y familiares, pese al cansancio de ambos por el proceso mismo del puerperio que genera un aletargamiento inherente en ambas partes por el esfuerzo realizado, con la necesidad imperiosa de descanso, misma que se ve limitada por compromisos familiares.

El hecho de que madre e hijo, se vean obligados a compromisos sociales y/o familiares, podría interferir e inclusive debilitar la creación del vínculo entre los mismos, sabiendo y haciendo énfasis, en qué, el vínculo que la madre e hijo generan en este periodo de cuarentena, será y es fundamental en la vida posterior de ambos; en este lapso de tiempo, ambos deberían estar únicamente dedicados el uno para el otro, sin embargo por la presión social, el posible trabajo de la madre, etc., la cuarentena actualmente no es del todo respetada; no por nada en diversas culturas ancestrales, al parir una madre, ella junto con el padre y la matrona, debían aislarse de la comunidad antes, durante y después del parto, precisamente con el fin de respetar la cuarentena, en donde madre y bebé permanecían solos mientras el padre se encargaba de proveer de alimento y abrigo.

En un texto de “El apego es mi forma de cambiar al mundo” una acompañante de partos, menciona la importancia de cargar al bebé lo máximo posible para aminorar el CDL, hace énfasis en la importancia de generar apego y vínculo con el bebé, estar en contacto piel con piel, e inclusive menciona al rebozo o “chal” como un método bastante

efectivo para calmar el cólico, lo que me conduce a pensar que el cólico entonces es una manera del lactante de llamar la atención de la madre, podría entonces ser, ese grito innato de auxilio en que el bebé se percibe desprotegido, quizás por el sentimiento de que la madre está ocupada en “otras” circunstancias más que en el/ella (los compromisos mencionados en párrafos anteriores), lo que distrae su atención y no le permite generar ese tan sagrado vínculo.

Actualmente estamos tan bombardeados por ideas tan racionales y me atrevería a mencionar inhumanas, que se transmiten de generación en generación, con creencias que hacen referencia a alejar lo máximo posible al bebé de la madre, desde el mismo parto, en donde se aleja al bebé de la madre al momento de su nacimiento hasta el momento en que estando en casa, familiares y conocidos insisten en la idea de no “cargar” en brazos al bebé, no levantarlo al llorar, ignorarlo, etc., con el fin de que no se acostumbre a estar únicamente con la madre. Éstas ideas únicamente conducen a la madre a un conflicto entre lo que quiere hacer y lo que la sociedad le dicta hacer como “correcto”.

La lactancia materna es un tema que en nuestros días ha sido tema de polémica y controversia, pues sea por moda, estética, estatus o necesidad laboral, las madres hemos sido bombardeadas de información errónea y poco verás acerca de la leche materna, pues según datos arrojados por la UNICEF únicamente el 30.8 % de los menores son alimentados con LME.

La estética se nos imprime en la psique como algo imborrable, es entonces cuando algunas madres optan por no dar pecho a sus bebés, con el fin de conservar la “figura”, además de que el mercado ha puesto a la venta un sinnúmero de fórmulas de diversas marcas a un costo lo suficientemente elevado, haciéndonos creer que el precio iguala la calidad que ha de consumir el bebé (aclaro que no estoy en contra de la implementación de fórmula a bebés lactantes, muchas madres toman dicha alternativa como una necesidad, sea por tiempo, trabajo o limitaciones biológicas y es algo totalmente respetado); hoy por hoy en una familia de clase media baja, subsistir con el sueldo de uno de los padres no es suficiente, las madres nos vemos en la necesidad de separarnos de nuestros hijos con el fin de lograr un mayor ingreso familiar y ello trae como consecuencia la implementación de fórmulas (o no, ya que la madre puede realizar extracción de LM, pero no es una práctica muy común en México) y el distanciamiento obligado del bebé, por ende el vínculo que mencionaba en párrafos anteriores se logra, pero con mayor dificultad. Según un estudio realizado por la UNAM^[12] en el 2012, en México el 71% de las mujeres trabajadoras, son madres. “Hay empresas que consideran contraproducente contratar a mujeres porque pueden ausentarse si los hijos o algún familiar enferman. Incluso, hay lugares que exigen constancias de no embarazo”.

Desgraciadamente en México muchas leyes no son respetadas, y esta no sería la excepción, las madres puerpéricas, son respaldadas por la ley, habría de otorgárseles el periodo de los 40 días para recuperación e interacción madre-hijo(a), pero obviamente en

la mayoría de establecimientos o empresas dicho derecho se les niega, lo que podría conducir a la madre a un estado de ansiedad e inclusive estrés. Por otra parte están las madres solteras que enfrentan una situación en la que deben solventar necesidades económicas, emocionales y afectivas del hogar, dejan a sus hijos al cuidado de conocidos, familiares o bien en guarderías si su recurso así se los permite. Si además, asumimos que la sociedad en la que vivimos está repleta de ideologías machistas, comprendemos que posiblemente la madre soltera está en una situación en la que se percibe señalada y quizás criticada.

Otro aspecto bastante influyente de hecho en el estado emocional de la madre es la relación que lleva con su pareja, es común que al tener un bebé la pareja esté sometida a estrés, y ello sea causante de disputas constantes que alteren el equilibrio emocional en ambas partes.

En México, el 27.6 % de embarazos corresponden a madres adolescentes, dicha circunstancia limita las oportunidades de empleo y educación, por lo que al asumir y enfrentar dicha situación la madre adolescente, se ve inmersa en situaciones que la obstaculizan, entonces se ven sometidas a estrés, e inclusive depresión.

Si analizamos la estadística nos damos cuenta de que el porcentaje de madres sometidas a estrés o ansiedad por situaciones diversas es bastante elevado, por lo que me

atrevo a aseverar que el estado idóneo de tranquilidad que se requiere para la lactancia, crianza y vinculación madre – hijo (a), está limitado desde diversas vertientes, cómo entonces la madre logra ese tan anhelado equilibrio emocional que le permita dar lo mejor de sí a su bebé?, es una situación prácticamente imposible en el mundo en que vivimos.

En San Cristóbal de Las Casas, últimamente hay una insistencia constante referente a la LME durante los primeros 6 meses de vida del bebé, se han abierto espacios para madres lactantes, con el fin de esclarecer dudas y lograr mayor tasa de lactantes LME. Quienes vivimos en San Cristóbal conocemos la diversidad de etnias y culturas que viven aquí, ello permite conocer en un mismo espacio a una variedad inmensa de estilos de crianza, desde las costumbres establecidas por comunidades indígenas (tzeltales, chamulas, zinacantecas) en dónde se amamanta al bebé a libre demanda durante aproximadamente 2 años de vida, hasta aquellas culturas que vienen de otros países en donde la LME es un requisito para fomentar la salud y el óptimo desarrollo del bebé.

Afortunadamente en ésta ciudad en los últimos meses se ha promovido mucho la LME a libre demanda, el mes pasado, San Cristóbal fue partícipe del día mundial de la LM. La apertura y disposición sin embargo es más común en madres extranjeras e indígenas. Ahora bien el CL es bastante común, coloquialmente asociado a un “coraje” de la madre, que infaliblemente nos conduce a la inestabilidad emocional de la madre.

Es evidente que el CL no solamente afecta al bebé sino a la madre, padre y al círculo familiar más cercano de ambos. Los padres generalmente viven esta situación como algo que les genera ansiedad e inclusive estrés , y tristeza e impotencia al no poder “ayudar” al bebé a aminorar los síntomas. La madre, que es la cuidadora primaria y principal proveedora de alimento y cobijo, genera entonces un estado que afecta su desenvolvimiento, pues se encuentra aún recuperándose del parto, adaptándose al proceso de lactancia (que implica un desgaste físico por las noches) y dicha situación acrecenta el estrés que pudiese estar pasando.

1.4 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿La inestabilidad emocional de la madre, es un factor causal del cólico del lactante?

Supuesto de investigación: La inestabilidad emocional es un factor causal del cólico del lactante

1.5 DEFINICIÓN DE VARIABLES:

Cólico del lactante:

Cólico

Origen de la palabra: (latín colicus, y éste del gr. de miembro, colon.) Hace referencia a un trastorno orgánico que provoca contracciones espasmódicas en el intestino y colon así como dolores violentos, que pueden o no estar acompañados de diarrea y gases. Genera una molestia en la zona de los intestinos que puede resultar muy intensa, provocando retorcijones y sudoración y estando acompañada, en ocasiones, con evacuaciones de vientre y vómitos.

Los cólicos intestinales se producen por la contracción del músculo liso visceral. Dicho movimiento muscular puede deberse a una infección o a la presencia de un obstáculo que impide el tránsito normal de los contenidos de la víscera. Muchas veces los cólicos desaparecen con la evacuación, aunque también es posible recurrir a fármacos que minimizan los espasmos dolorosos

Existen diversos tipos de cólicos, como son:

Cólico hepático, dolor agudo en las vías biliares.

Cólico miserere, nombre que se daba antiguamente a los síndromes agudos abdominales de la peritonitis y a la oclusión intestinal.

Cólico nefrítico o renal, el causado por el paso de un cálculo por las vías urinarias

Cólico del lactante; trastorno de origen incierto que suelen experimentar los bebés y que se caracteriza por un llanto intenso que se extiende varias horas al día.

Lactante:

Palabra formada por raíces latinas y su significado es “el que mama leche”. Sus componentes léxicos son: lac – lactis que significa leche, al que se aumenta el sufijo nte que es agente.

Se denomina lactante cuando el niño es un bebé recién nacido y este se alimenta aún con leche materna, para clasificar al lactante se lo divide en dos momentos, el primero aquel que va desde los primeros 28 días de nacido hasta los 12 meses, al cual se lo denomina lactante menor. Y la segunda etapa a la que se llama lactante mayor es la que va desde los 12 meses de edad hasta los 24 meses.

Lactante: Período inicial de la vida extrauterina durante la cual el bebé se alimenta de leche materna. Niño mayor de 28 días de vida hasta los 2 años de edad.

Por ende el cólico del lactante hace referencia a un trastorno típico de los primeros meses de vida que se caracteriza por un llanto intenso y prolongado sin causa aparente,

generalmente relacionado a malestares de índole intestinal que altera a un niño que en apariencia está sano, saludable y tranquilo durante el resto del tiempo. El cólico se inicia generalmente después de las tomas, aunque puede suceder a cualquier hora sin relación con ellas. Es más frecuente durante la tarde o noche y puede durar más de 2 horas. Estos episodios aparecen a partir de la primera semana de vida y probablemente se extenderán durante los primeros 3 meses de vida con una frecuencia diaria. Pueden acompañarse de movimientos de flexión de las piernas sobre el abdomen, flexión de brazos, apretar los puños, muecas diversas, irritabilidad general y emisión de gas intestinal. El lactante suele consolarse si le cogemos en brazos, a no ser que se le haya dejado llorar durante mucho rato.

También se le conoce como cólico de los tres meses, cólico vespertino o del anochecer, alboroto paroxístico del lactante o cólico de gases.

Inestabilidad emocional:

Inestabilidad: Alteración constante o frecuente del carácter, el humor o la tranquilidad de una persona.

PSICOL. Discontinuidad en las emociones y en la conducta. (thefreedictionary.com)

Emocional: De la emoción, las emociones o los sentimientos o relacionado con ellos. “Estabilidad emocional; necesidades emocionales”

Que produce emoción o tiende a hacerlo.

Etimológicamente, el término emoción viene del latín emotio, que significa “movimiento o impulso”, aquello que te mueve hacia. www.wikipedia.org 2017

La inestabilidad emocional ha sido considerada comúnmente como una característica “inherente” a la personalidad, sin embargo va más allá de ello. Hace referencia a un estado anímico en desequilibrio, frágil; que implica un cambio de ánimo constante, la persona se entiende desprotegida o incomprendida ante la cotidianeidad o la rutina, sus estados de ánimo pueden fluctuar entre tristeza, enojo, etc. Puede surgir en las personas por diversos motivos.

Se caracteriza por la variación constante de estados emotivos, por causas “insignificantes” que a la persona que lo padece le parecen sumamente importantes para modificar su estado de ánimo. Pasan de estados de euforia a tristeza muy rápidamente, suelen tener poca tolerancia a la frustración, poco control emocional, inconsistencia en perseverar en una tarea u objetivo. Todo ello provoca problemas de comunicación. Su autoestima, generalmente se ve afectada, pueden padecer cierta dependencia emocional, aunque generalmente no la reconocen.

1.6 Preguntas específicas:

1. ¿Qué es el cólico del lactante?
2. ¿Qué es la inestabilidad emocional?

3. Será posible que el estado emocional de la madre afecte al bebé física o emocionalmente?
4. ¿Existe algún acontecimiento en común a las 3 semanas del nacimiento del bebé, en madres con bebés con CdL?
5. ¿Cuáles son las “posibles causas” del CdL?
6. Existe mayor afección en niñas o niños?
7. Es más común que el CdL se presente en madres primerizas?
8. Es más común en bebés nacidos por cesárea?
9. Existe alguna diferencia significativa en madres con bebés con CdL y madres con bebés que no lo presentan?
10. La edad de la madre puede ser un factor importante?
11. ¿Hay alguna emoción que predomine en madres con bebés con CdL?
12. Influye el hecho de que la madre estudie/trabaje?
13. La Personalidad de la madre puede ser un factor importante para el desarrollo del CdL?
14. Puede influir en el CdL el hecho de que el bebé haya sido o no planeado?
15. ¿Cuánto tiempo dura el padecimiento?
16. Existe alguna cura para el CdL?
17. Hay algún acontecimiento importante en común a las 3 sdc en madres con bebés que presentan DcL?
18. Existe algún pensamiento en común /similar en madres con bebés que presentan CdL. durante el puerperio?
19. ¿Es posible que el CdL sea más común en madres que no atienden de manera “pronta” las necesidades físicas/emocionales del bebé?

20. El CdL es más común en bebés al cuidado de sus padres o en bebés al cuidado de otras personas?
21. Los problemas de pareja pueden influir en el estado emocional de la madre?
22. Será posible que se presente mayormente en bebés alimentados con fórmula o bebés alimentados con pecho?
23. Influirá la reacción de la madre ante el embarazo?
24. La dinámica familiar podría influir en que el padecimiento se desarrolle?
25. Cómo considera la madre del bebé con cólico del lactante, el vínculo establecido con el bebé?
26. Es posible que los bebés de madres que presentaron dificultades para el inicio del amamantamiento sean más propensos a presentar CdL?
27. Existe algún evento previo al desarrollo del CdL que influya en el desarrollo de la sintomatología?

1.7 Objetivos:

General:

- Conocer si la inestabilidad emocional de la madre es un factor causal del cólico del lactante

Específicos:

- Determinar si existe inestabilidad emocional
- Determinar si la inestabilidad emocional de la madre es un factor causal del cólico del lactante
- Identificar las diferencias y similitudes en madres con bebés que presentan CdL
- Conocer y evaluar el entorno socio-familiar de la madre en el proceso de lactancia
- Determinar si existe un evento determinante generador de la sintomatología del CdL

1.8 METODOLOGÍA

Bastante se ha investigado ya respecto al tema, sin embargo el punto de vista emocional, no deja de ser importante, la psicología centra el interés en aspectos emocionales que afectan el equilibrio psicoemocional del individuo, y hablando de la relación madre-bebé, no sería extraño que al existir de por medio una relación simbiótica; al no encontrarse bien emocionalmente la madre, el lactante somatice a través del denominado CL.

La presente investigación se abordará con un enfoque cualitativo, en vista de los alcances de la misma, puesto que tanto la población como la investigación por sí misma así lo requieren; ya que la relación propuesta (CL y estado emocional de la madre) son datos que difícilmente podrían cuantificarse.

Se pretende conocer si es real o no que la inestabilidad emocional de la madre sea un factor causal en el desarrollo del CL, para ello será necesaria una población de madres con bebés lactantes (leche materna exclusiva o diferida) de 0 a 1 año de edad. Dicha población será reclutada por medio de redes sociales, específicamente vía Facebook, solicitando mujeres voluntarias con las características antes mencionadas.

Se procederá a determinar en base a entrevistas a cada una de las voluntarias, quiénes tienen bebés que presenten o hayan presentado CL, con la finalidad de analizar y comparar situaciones socioemocionales de madres con bebés que han presentado dicho padecimiento y madres con bebés que no lo han presentado. Se elaborará un cuestionario con la sintomatología del CL para confirmar o rechazar el padecimiento y así dividir la población.

Las entrevistas se llevarán a cabo de manera semiestructurada, para llevar una línea sobre la cual trabajar, permitiendo a la vez ahondar en posibles datos relevantes que aporten datos importantes a la investigación. No hay un tiempo específico para cada participante, será en función de lo que la situación requiera. Cabe mencionar que para la recopilación de información durante las entrevistas se utilizará grabadora integrada en un celular. Los cuestionarios serán impresos y respondidos a lápiz.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO^[13]

El cólico del lactante se diagnostica en el 15-40% de los niños en los primeros cuatro meses de vida independientemente del tipo de lactancia. En la práctica se define como episodios de llanto intenso e inconsolable de predominio vespertino y que se acompaña de otros síntomas sugestivos de «dolor» abdominal. El cuadro tiende a resolverse espontáneamente alrededor de los 3-4 meses.

La etiología es probablemente multifactorial (problemas de relación familiar, alteraciones de la función gastrointestinal e intolerancia/alergia a la proteína de la leche de vaca), pero la causa exacta es todavía desconocida. A pesar de la evolución espontáneamente favorable, la mayoría de los padres necesita apoyo del pediatra. El tratamiento consiste básicamente en tranquilizar a los padres y proporcionarles unas pautas de manejo.

El diagnóstico del CL resulta complejo debido a que la sintomatología del bebe, será referida por los padres, tomando ellos como referencia, sus propias creencias respecto de lo que el menor siente. Distintos autores consideran normales desde 1 hora 6 minutos de media hasta 2 horas 45 minutos y especifican que el bebé está sano y su llanto es percibido como excesivo por sus padres. Sin embargo, éstas cifras siempre están por debajo de la media de horas de llanto de los lactantes con CL. Empero los criterios más comúnmente utilizados son los de Wessel y los de Carey. Wessel(1985) define el CL como episodios de llanto intenso y vigoroso al menos 3 horas al día, 3 días a la semana durante al menos tres semanas en un bebé sano y bien alimentado. Otros autores modifican estos criterios disminuyendo el tiempo de llanto necesario para el diagnóstico, ya que es difícil que los padres y el pediatra resistan un llanto de estas características sin intervenir.

El CL se diagnostica por la presencia de crisis de llanto inconsolable e intenso que a menudo se producen por la tarde y que se asocian a otros síntomas como distensión abdominal, movimientos de flexión de piernas sobre el abdomen y enrojecimiento cutáneo con el llanto en niños menores de tres meses por lo demás sanos. (Acta pediátrica española, vol. 58, n.o 5, 2000)

Los síntomas comienzan tras la ingesta de leche y suelen empeorar a lo largo del día. Aunque el CL es de predominio vespertino, existe gran variabilidad a lo largo del día y de un día a otro. Generalmente aparece en las primeras 2-4 semanas de vida y persiste hasta el 3-4 mes. El cuadro tiende a la resolución espontánea a partir de esta edad, sin

consecuencias a largo plazo, aunque algunos autores encuentran que estos niños tienen con mayor frecuencia trastornos del sueño y problemas de conducta a los tres años.

Respecto a la etiología del cólico del lactante, como he mencionado en párrafos anteriores, se considera multifactorial y a pesar del gran número de trabajos que existen al respecto, su causa es aún desconocida.

Se han propuesto múltiples teorías que pueden agruparse y que probablemente estén relacionadas entre sí, citaré a continuación las causas encontradas por El Acta pediátrica española;

Causas psicológicas

J. Dalmau Serra (2000) explica que el CL se plantea como el resultado de un trastorno de conducta por una relación padre - hijo alterada sumado a un carácter difícil del niño. Estos problemas de relación son el resultado de la mala interpretación de las conductas de los niños y de las expectativas incumplidas de los padres. Se ha relacionado también con factores socioeconómicos, la edad y la paridad de la madre. No puede afirmarse que el manejo de los padres sea la causa del cólico, pero sí que es posible que contribuya a perpetuarlo. Cambios en las conductas paternas pueden reducir el llanto de los niños con este trastorno.

Serra no atribuye mayor peso al aspecto psicológico, sin embargo como explico a lo largo de la investigación, a mi parecer, el aspecto psico-emocional es inherente al padecimiento, digamos que, específicamente, la madre es un factor determinante en el estado del lactante. Luego entonces, si la madre es capaz de dar lo mejor de sí, y hacer contacto con el bebé, lograr un apego seguro y un vínculo sano, el bebé tiende a entenderse en un estado placentero y seguro; de lo contrario, el lactante se “estresa” y comunica su inseguridad y desesperación a través del llanto.

Menciona Serra, en el aspecto psicológico, que puede influir también el temperamento del bebé, cuando éste es un “niño difícil”. Recuerdo que la primer vez que llevamos a mi hija al pediatra, nos dijo; “lo que definitivamente es NORMAL en cualquier bebé, es que llore, llorará porque tiene sueño, hambre, sed, frío , calor, etc., es la manera que tiene para comunicarse”, difiero un poco en que el temperamento del niño sea “difícil” creo más bien que podría ser una difícil comprensión de la comprensión de los padres a las demandas del bebé.

Causas gastrointestinales

En 1952 Jorup sugirió que en los niños con CL existía un hiperperistaltismo intestinal. La clínica que acompaña al llanto inconsolable es muy sugestiva de una afectación intestinal, pero es complicado demostrar la existencia de una lesión, ya que

éticamente no es aceptable practicar una técnica invasiva para estudiar la mucosa del intestino del niño con cólico. Indirectamente, muchos autores han comunicado hallazgos relacionados con la posible inmadurez y/o alteración de la motilidad intestinal. Lothe y cols., en distintos estudios, encontraron niveles de motilina basal altos tanto en niños alimentados con fórmula como con lactancia materna, incluso antes de que desarrollen el cólico. La motilina acelera el vaciado gástrico y aumenta la actividad motora del intestino reduciendo el tiempo de tránsito. El incremento de motilina basal podría reflejar una inmadurez intestinal, que explicaría asimismo el aumento de la absorción intestinal de macromoléculas como la lactoalbúmina, que se ha encontrado en los niños con CL. También se han detectado niveles altos de serotonina, pero su contribución al cólico y la causa por la que aumenta el nivel de esta hormona permanece sin aclarar.

La mayoría de las madres relacionan la mayor parte de los síntomas con los “gases”. Según el acta pediátrica española, las fuentes de este gas son el aire deglutido y la fermentación colónica (fermentación de alimento ingerido a nivel del colon). Sin embargo, no existe evidencia de que el aire deglutido provoque CL y es probable que sea consecuencia y no causa del mismo. La fermentación de los hidratos de carbono produce gas.

Otro aspecto que se ha considerado como causal del CL es el reflujo gastroesofágico, un reflujo silencioso cuya única manifestación sería el llanto (recordemos

la incapacidad del lactante de manifestar sus necesidades, el llanto es la principal forma de comunicación , y tratándose de dolor, más).

Todo lo anterior nos conduce a deducir que , probablemente debe existir una alteración de la función intestinal en los niños con CL, pero la naturaleza exacta de ésta permanece sin aclarar.

Causas alérgicas

De las posibles causas del CL es probable, según el texto del Acta pediátrica española, la alergia o intolerancia a la proteína de la leche de vaca, es quizás la más ampliamente aceptada. Según esta hipótesis, se sugiere que la transmisión de antígenos alimentarios a través de la leche materna desencadenaba cólicos. A lo largo de los siguientes años, numerosos trabajos mostraron evidencias más o menos discutibles del papel etiológico de la proteína de leche.

Respecto a lo anterior, para mejorar el estado del lactante, la madre suele someterse (por orden del médico) a una dieta rigurosa, exenta de lácteos y derivados. Diversos estudios arrojan resultados medianamente favorables.

Por otra parte, hay ocasiones en que el tratamiento es desfavorable a mi parecer, el médico prescribe suspensión de la lactancia materna e introducción de fórmulas “libres de lactosa”, francamente me es bastante incomprensible creer y sostener que, en primer lugar, un ser humano sea alérgico a la leche de “su propia especie”, un pediatra español, bastante reconocido “Carlos Gonzáles” ha hecho múltiples conferencias acerca del sinfín de beneficios que proporciona la LM, entonces... qué tal real puede ser que haya reacciones alérgicas?.

Podríamos inclusive, agregar el factor psicológico a ésta misma hipótesis acerca de ser una reacción alérgica, analicemos.

En un artículo de “El correo del Sol” se menciona que Pierre Marty, un psicoanalista moderno, fundador de la clínica psicosomática moderna, describió en 1958 la personalidad alérgica del adulto como una manera particular de reaccionar ante las relaciones afectivas. Según Marty, cuando en una relación aparecen dificultades, la persona alérgica tiende a reaccionar “defendiéndose” de los sentimientos que experimenta, ya que los percibe como peligrosos. ¿Qué nos conduce a pensar?, absolutamente, desde el plano que analicemos la situación, nos conduce a la innegable relación afectiva madre-bebé...

Es evidente la analogía que ocurre en el plano psíquico y lo que ocurre en el físico: en ambos casos entran en juego los sistemas defensivos de la persona. El individuo alérgico se defiende continuamente y, tanto por lo que respecta al ámbito físico como psíquico, lo hace de forma evasiva: desplaza la reacción a elementos del mundo externo habitualmente neutros. Igual que el sistema inmunitario manifiesta la intolerancia percibiendo una sustancia inocua como un enemigo peligroso (en éste caso la LM), del mismo modo el sistema psíquico desplaza la reacción hostil hacia otras partes del mundo afectivo. En palabras más sencillas; en vez de afrontar, en éste caso, el conflicto relacional madre-bebé, la percepción del lactante de una madre en desequilibrio emocional, que no se encuentra en óptimas condiciones para crear un vínculo “idóneo”, la personalidad alérgica desplaza su hostilidad hacia otras áreas de su mundo que objetivamente no son problemáticas: en este caso pudiera llegar a ser el seno materno. Esta forma de defenderse hace que la persona alérgica sea vulnerable y que cualquier acontecimiento pueda convertirse en el desencadenante de una crisis, que se manifestaría en la sintomatología ya descrita del CL.

El origen de este mecanismo de defensa reside en un bloqueo del sistema emocional del individuo. Es frecuente encontrar personas alérgicas que han tenido que pasar por un proceso de separación de una figura de referencia (normalmente la madre) cuando todavía no se había completado su proceso de individualización, es decir, la maduración de su personalidad. Esta separación forzosa no es aceptada por el inconsciente y prepara el terreno para que cualquier acontecimiento desestabilizador desencadene una alergia. El poder de la mente es tal que personas con idéntica predisposición alérgica pueden tener más o menos crisis según su vulnerabilidad psicológica.

Explicado lo anterior, es bastante probable, que pese a que la alergia a la proteína de leche sea una explicación en apariencia médica, el origen se halle más bien en el aspecto psícoemocional del lactante, volvemos al vínculo afectivo.

Antes de dar por terminada la explicación referente a las posibles etiologías, quisiera agregar un descubrimiento, bastante nuevo realizado en el 2013. La leche materna no es sólo alimento.

A primera vista, es una mezcla de grasas, proteínas y azúcares capaz de alimentar al recién nacido, pero hay mucho más que eso. Su composición es tan completa y compleja que aún no se ha llegado a estudiar todo lo que atesora este auténtico oro biológico, una sustancia inteligente que se va adaptando a las necesidades del bebé en cada etapa de crecimiento (recuperado de <https://www.bebesymas.com/lactancia/pueden-las-madres-pasar-los-nervios-y-el-estres-a-sus-hijos-a-traves-de-la-leche-materna>)

A través de la leche materna, la madre pasa al bebé vitaminas y otros nutrientes, pero también pasa otras sustancias más complejas, como las hormonas glucocorticoides, entre ellas el cortisol, hormona segregada por el organismo como respuesta al estrés y la ansiedad.

Es lógico pensar que al transmitirle al bebé a través de la leche materna altos niveles de cortisol, esto influya de alguna manera en su temperamento. Y así lo ha comprobado un grupo de investigadores de la Universidad de California.

Los investigadores realizaron el experimento con un grupo de monos rhesus del Centro de Investigación Nacional de primates de California para estudiar la relación entre la cantidad de cortisol que circula por la leche materna y el temperamento de las crías. Para realizar el estudio, obtuvieron muestras de leche materna en diferentes momentos, asociados con hitos del desarrollo de las crías y de la síntesis de leche de la madre.

Los resultados no están nada lejos de mis aseveraciones. Las madres que habían tenido pocas o ninguna cría mostraron altos niveles de cortisol en su leche, en comparación con aquellas hembras con que habían tenido un mayor número de hijos. Lo que significa que, madres primerizas están mayormente sometidas a estrés.

Lo más importante, ¿Cómo afecta esto al bebé?. Resulta que, en las crías hembras, mientras mayor es el nivel de cortisol materno en el primer mes de lactancia, es más probable que las crías muestren un temperamento nervioso, mientras que al medirlo a los 3,5 meses, también predijo un temperamento menos confiado.

En las crías machos, no es el nivel de cortisol en la leche de sus madres lo que correlaciona con sus temperamentos, sino los cambios en los niveles de cortisol medidos el primer mes y a los 3,5 meses de lactancia: al aumentar el cortisol durante el amamantamiento, se observó en las crías machos un mayor temperamento nervioso, mientras que, si el cortisol disminuye a través de la lactancia, se observa un temperamento confiado.

De modo que, si llevamos el experimento a la especie humana, no podríamos estar lejos de lo que ocurre en la relación madre- bebé. Este nuevo estudio de la Universidad de California es una interesante muestra de cómo pueden las madres pasar a los bebés a través de la leche sustancias que interfieren en su metabolismo e influyen de alguna manera en su temperamento.

Ahora bien, centrándonos ya en soluciones y no en el origen, entendamos que pese a la evolución “favorable” del CL espontáneamente, que desaparece o mejora alrededor de los 3-4 meses de vida, la mayoría de los padres necesita y solicita ayuda médica. Claro está que los padres desean ver a su hijo(a) en un mejor estado. Los enfoques terapéuticos varían según la causa a la que se atribuye el cólico, pero no está nada claro cuál de ellos es más efectivo y más allá de ello si es veraz el resultado.

Generalmente, el tratamiento principal es el farmacológico, además de ser el más conocido, pues existe ya inmersa en la cultura de muchas madres, el hecho de que, previo al nacimiento del bebé, se obtengan medicamentos que paleen el padecimiento “por si llegase a presentarlo”.

Subsiste el afán de considerar al ser humano como un ser físico-psíquico, ya que la medicina académica ha perdido de vista al ser humano, desde que la base de su actuación está en los análisis, en las imágenes y en la súper-especialización de la medicina, que en lugar de observar todo el conjunto del ser, se enfoca en un solo punto, el que ve bastante claro, pero deja “borroso” todo lo que lo rodea.

Si insistimos en considerar al ser humano como un ente físico, se nos olvida entonces, la parte emocional y mental de la persona. Es en estos planos en los que se gestan los problemas de salud, síntomas y enfermedades, son la raíz que debe desterrarse, antes de querer sanar solo con terapias que se enfocan únicamente al cuerpo físico.

Pareciera que la medicina se encuentra en una constante carrera contra la enfermedad pues continuamente se desarrollan nuevas técnicas, nuevos aparatos, nuevos productos farmacéuticos. Al mismo tiempo la gente se muestra más desconfiada de estas nuevas soluciones, que desplazan a las que el año anterior se anunciaban como las panaceas del siglo.

No es de sorprender entonces, que crezca cada día más el número de personas que confían más en los métodos antiguos y modernos de la medicina naturista o de la homeopática para lograr la verdadera curación.

La gente desea evitar los molestos efectos secundarios de los medicamentos, que significa solo cambiar unos síntomas por otros. Esto sin contar con la falta de humanización y los altos costos que significa someterse a un tratamiento, que aún a pesar de someterse al pie de la letra a las indicaciones médicas, no conduce al objetivo deseado, y , en el caso del CL no sería la excepción, pues, pese a los efectos secundarios, muchos padres optan por recurrir a tratamientos farmacológicos o suspensión de LM por fórmulas.

Comúnmente se administran diferentes anticolinérgicos como el clorhidrato de dicitlomina (Bentytol), que demuestra ser efectivo en el alivio de los síntomas, aunque no parece ser superior a las modificaciones dietéticas. Sin embargo la presencia de efectos adversos como somnolencia, estreñimiento y dificultad respiratoria desaconseja su uso. La dimeticona (Aeroplus, Aerored) es un agente tensioactivo que actúa sobre la formación de gas, no es tóxica y no se absorbe. Ha sido utilizada ampliamente; sin embargo, aunque sí disminuye la flatulencia en adultos, no ocurre lo mismo en niños con CL, y no se ha demostrado que supere el efecto del placebo. Recordemos en éste párrafo lo que he venido

mencionando con tanta premura, el efecto placebo entonces, sería para la madre y no para el lactante.

El empleo de infusiones caseras o comerciales preparadas con semillas de anís estrellado o verde. El principio activo (anetol) tiene propiedades carminativas y eupépticas. Es bastante lógico que los médicos no receten infusiones o tes para el tratamiento, además de que según estudios hay contraindicaciones respecto a algunas plantas. En lactantes bajo consumo de infusiones se ha descrito un cuadro de irritabilidad, llanto, movimientos oculares anormales y cianosis relacionado con una excesiva concentración y abuso en el consumo de la infusión de anís. El uso de infusiones que contienen manzanilla, regaliz, hinojo y melisa parece ser efectivo en el cólico del lactante. Hay bastante controversia respecto a ello, pues como he mencionado, los pediatras y médicos traen consigo una bandera enorme de NO AL USO DE PLANTAS MEDICINALES, en tanto el empirismo y cultura insisten en la predominancia de su uso para la cura y tratamiento del CL.

Nos centremos ahora en lo que nos concierne, algo muy interesante es el tratamiento enfocado a la modificación de conducta de los padres. En la literatura encontramos numerosos trabajos sobre tratamientos basados en la modificación de las conductas y actitudes de los padres; sin embargo, los resultados son contradictorios y difíciles de comparar. Barr y cols. Sugieren que “pasear” al niño con este trastorno no mejora el llanto. De hecho, en internet hay un sinnúmero de artículos que proponen cargar en brazos o “chal” al niño para mejorar su estado y disminuir el CL. Responder rápidamente al llanto, mantener

al niño en movimiento y tranquilizarlo suavemente, junto con una serie de consejos e informaciones a los padres no parece proporcionar mejor resultado que simplemente tranquilizar a los padres. Taubman demuestra la efectividad de los consejos a los padres sobre el manejo de los niños con CL, de forma que la mejoría obtenida es similar a la que se consigue al aplicar una dieta libre de proteína de leche y, a pesar del reducido número de pacientes de la muestra, enfatiza la importancia de los consejos a los padres (Acta pediátrica española, 2000).

Es claro que el contacto, tranquiliza al bebé, lo ayuda a no entrar en esa angustia que menciona Klein en muchos de sus textos, el bebé se entiende seguro, si nos enfocamos en los padres, y logramos entender, qué, como en muchos casos, el padecimiento del bebé, es únicamente la expresión del síntoma de que un pequeño engrane en el funcionamiento familiar no está “bien”, podríamos entonces enfocar el tratamiento hacia la persona correcta. Buscando un mejor equilibrio emocional en los padres, y específicamente en la madre, o cuidador primario, es a mi parecer bastante probable que lograríamos mejores resultados.

La relación que se genera entre el recién nacido y la madre, será de vital importancia además de ser el momento clave en el que él bebe, deposita y a su vez genera confianza en su progenitora, hablamos específicamente de la madre ya que es ella quien pare, alimenta y sustenta al bebé en los primeros meses de vida, a ésta relación se le denomina psicológicamente “apego”, que de acuerdo con Claudia Ortiz Salgado (2001)

es definido como “...lazo afectivo que se forma entre el niño y su figura materna. Este vínculo se infiere de una tendencia estable a lo largo del tiempo de buscar proximidad y contacto con esta figura específica.” Para Bowlby (1985) el apego es una conducta instintiva, activada y modulada en la interacción con otros significativos a lo largo del tiempo. Define el apego como un sistema de control, un mecanismo que adapta la conducta a la consecución de fines determinados por las necesidades del momento. Así el deseo del niño de proximidad o contacto con la figura de apego (la madre, generalmente) no es constante, sino que depende de factores endógenos y exógenos (miedo del niño, o situaciones potencialmente peligrosas). Si el niño se siente amenazado, buscará la seguridad que le brinda la proximidad de su figura de apego; si no, se dedicará a explorar el ambiente.

Como bien hace notar Bowlby, el apego no es constante y ha de depender de diversos factores, tanto internos como externos, es entonces cuando entendemos que el ambiente influye de manera directa en el apego. Dicho lo anterior comprendemos que la formación del apego puede ser influenciada por situaciones que aquejen a la madre y a bebé.

Considerando que, la necesidad de éste tan clamado apego, es latente en el recién nacido, y sumando a ello el hecho de que éste se beneficia con la lactancia materna en la que existe contacto físico y emocional con la madre, cabría mencionar que por los factores antes mencionados (que interfieren con la creación del apego), la madre puede ser sometida a diversos tipos de estrés o tensión emocional,, mismas que a su vez interfieren directamente en las necesidades del lactante, puesto que la madre no puede atender “idóneamente” al

bebé, su atención quizás está dispersa, y por ende no hay atención inmediata al hambre, cobijo, etc. Es entonces cuando el Rn (recién nacido) experimenta cierta tensión o angustia, se percibe desprotegido y busca contacto con la madre a través del llanto.

Entendamos que, como menciona M. Klein en su libro “Observando la conducta en bebés” (1958) el bebé recién nacido sufre de ansiedad persecutoria, provocada por el proceso de nacimiento y la pérdida de la situación intrauterina. Un parto prolongado o dificultoso está destinado a intensificar esta ansiedad. Otro aspecto de esta situación de ansiedad es la necesidad impuesta al bebé de adaptarse a condiciones totalmente nuevas, y si a esa ansiedad agregamos la no satisfacción de sus necesidades, seguramente, aumenta la ansiedad en el menor. Al mismo tiempo, estamos obligados a suponer que la capacidad de amor innata que se muestra en una relación objetal temprana sólo puede desarrollarse libremente porque la ansiedad no es excesiva (M Klein 1958 Observando La conducta en bebés p.3)

Debemos tener en cuenta, sin embargo, que por más importantes que sean estas primeras influencias, el impacto del ambiente es de la mayor importancia en cada estadio del desarrollo del niño. Incluso efectos positivos de la primera crianza pueden ser hasta cierto punto anulados por experiencias nocivas posteriores, así como dificultades del principio pueden ser disminuidas por posteriores influencias benéficas. Al mismo tiempo debemos recordar que algunos niños parecen tolerar condiciones externas insatisfactorias sin que su carácter y estabilidad mental sean gravemente perjudicados, mientras que otros,

a pesar de un ambiente favorable, tienen dificultades graves y persistentes. (The Nursing Couple, págs. 49-50.)

El hecho de que el apego comience su formación por medio de la lactancia es debido a que, para el bebé y la misma madre, es el nexo de unión, de contacto piel a piel, a través del cual han de conocerse a través de gestos, miradas, caricias, etc. Generan entonces relaciones de profundo afecto y confianza. La tensión experimentada por el niño es la expresión psíquica de la pulsión surgida de su fuente somática. Placer y displacer se deben al apaciguamiento o no apaciguamiento de la tensión. El objeto no es más que el agente causal de esta experiencia y no participa en su contenido. Progresivamente, por la repetición de la experiencia de no apaciguamiento, se descubre como objeto (Daniel Widlocher, 2004 p 15). Como vemos el bebé experimenta tensión, misma que impulsa a que éste se mueva hacia la persona (cuidador primario, madre) que ha de apaciguarla. Al atender la madre, dicha tensión el bebé experimenta cierta satisfacción, la cual lo lleva a conectarse psíquicamente “emocionalmente” con su progenitora. Esa conexión es el APEGO.

Widlocher explica que el apego no es más que una parte de los comportamientos autoconservadores instintuales: es esa parte en que el individuo tiene esencialmente necesidad del otro para su supervivencia. Es así como el bebé, desde ésta perspectiva, únicamente puede sustentarse a través de la madre. Será con ella con quien el bebé ha de aprender y experimentar sus primeras emociones sean éstas positivas o “negativas”. Aquí

es donde radica la importancia del apego, ya que por medio de éste, el bebé será capaz de experimentar y a su vez manifestar (expresar) sus emociones de manera sana. Entiéndase que, de lo contrario sería, que no se formase un apego “idóneo”, el bebé experimentaría una sintomatología perjudicial para su homeostasis, digamos pues, al experimentar, tensión, ansiedad, hay un desequilibrio, no es consciente de cómo enfrentarlo, o manejarlo, experimenta angustia y terror quizás.

Charli Vogt (2002), investigadora en los temas de medicina-mente y cuerpo y enfermera- partera por más de 10 años en Atlanta U.S.A., sostiene que las experiencias de la madre durante el embarazo y el parto son intensamente emocionales debido a la gran cantidad de químicos (neuropéptidos y otros neurotransmisores) segregados por el cuerpo de la mujer: Estos recorren también el cuerpo del bebé pasando las emociones de la madre a afectarlo la emocionalmente. Los bebés son inundados” por las emociones de la madre, sostiene Vogt.

Para el bebé, existen dos objetos al inicio de su vida: uno gratificante y otro frustrante. Un objeto gratificante será el pecho “bueno” (inherente a él todo lo gratificante, no únicamente el pecho). Toda experiencia gratificante se dirige hacia el pecho bueno: ser acariciado, arrullado, contenido, mimado, cambiado, protegido, etc. Toda experiencia de abandono que percibe, de demora en la respuesta, se dirige hacia el pecho malo, según lo explica Melanie Klein. Entendemos entonces que el proceso de lactancia no encierra únicamente el proveer alimento, sino también afecto, que la necesidad del bebé no se reduce a ser alimentado, sino también a ser cobijado, protegido, mimado. Cuando la madre

demora en acudir a su llamado (generalmente, el llanto), al no recibir una respuesta automática, lo que experimenta (pese a que la demora sea mínima) es la sensación de abandono, frustración e inclusive odio.

Ahora bien, haciendo hincapié en como el vínculo afectivo creado entre madre-hijo (a), afecta el estado psicoemocional del lactante, vemos también que, la mayoría de las embarazadas intuyen que su estado anímico influye en su bebé y cuando están estresadas suelen manifestar su preocupación por cómo afectará su nerviosismo al bebé; es supuesto de que la ansiedad o el estrés materno durante el embarazo afectan al neurodesarrollo del bebé es antigua, pero sólo recientemente se han realizado estudios lo suficientemente amplios para contrastarla. Los principales estudios prospectivos sobre el efecto de la ansiedad materna en la conducta infantil han observado una asociación muy significativa entre la ansiedad materna en el tercer trimestre y las alteraciones de conducta y problemas emocionales en la primera infancia. Si existen ya estudios que constaten la influencia de alteraciones de la madre en el estado del bebé durante el embarazo, ¿qué podría esperarse al nacer el bebé?

Según unos estudios llevados a cabo con ratas por investigadores en Singapur, China y Japón, las células del bebé durante el embarazo emigran al cerebro de la madre, sin saber aún cómo, atraviesan la barrera hematoencefálica y se agrupan en aquellas zonas cerebrales con daño.

Parece ser que estas células fetales son precursoras de otras células (neuronas, astrocitos, oligodendrocitos, macrófagos) y pueden permanecer en el cuerpo de la madre hasta 27 años después del nacimiento (Xiao-Wei Tan y colaboradores en el 2005).

Digamos entonces, que hay evidencia científica bastante increíble acerca de la enorme conexión que existe entre la madre y su cría. Entendemos entonces que el vínculo inicia desde el embarazo, comprendemos que, la manera en que la madre “vive” el proceso de embarazo también es determinante en el comportamiento del bebé, y evidentemente influirá en el apego y vinculación futuras.

En la Conferencia de Marie-André BERTIN realizada en el 2001, el profesor Peter G. Fedor-Freyberg, de la Universidad de Estocolmo narró el caso de una recién nacida que desde su rechazo obstinadamente el pecho de su madre, mientras que se succionaba adecuadamente su biberón cuando se le presentaba y se aferraba al pecho de otra mujer mamando vigorosamente. La intuición del profesor le hizo preguntar a la madre si es que de verdad deseaba a su hija y ella admitió que no, que ella deseaba abortar pero que continuó porque su pareja así lo deseaba. Según el profesor Freyberg la niña había percibido el rechazo de su madre y se lo devolvía de la misma manera.

Respecto a lo anterior, Joan Riviere (citado por M. Klein , 1958), explica que el odio y los sentimientos agresivos del lactante dan origen a los más penosos estados, como la sofocación, el ahogo y otras sensaciones similares que, al ser sentidas como destructivas para su propio cuerpo, aumentan nuevamente la agresión, la desdicha y los temores. El rechazo del bebé a su madre, puede entonces manifestarse en agresión hacia la madre, o hacia sí mismo, y , si entendemos que el CL es un padecimiento que afecta significativamente al lactante, vislumbramos, en éste punto el hecho de que podría ser un “reclamo” de éste a la madre.

El vínculo que generara la madre con sus bebe, será tan fuerte y profundo que, en el momento en que la madre o él bebe, sufran de cualquier tipo de alteración en su estado de ánimo, sea por la razón que sea, la repercusión se verá reflejada en el otro, esto debido a que como ya se dijo, la relación entre ambos es sumamente estrecha, inclusive podría decirse que entre ellos existe simbiosis.

Aunque parezca exagerado, la más mínima alteración en el estado de ánimo si tendrá repercusiones, pero además de que el estrés al que la madre esta sometida, debido a todo lo que se mencionó previamente, su estrés, angustias, miedo, cansancio, etc. Iniciarán previo al nacimiento del bebe, porque como sabemos en nuestro país las costumbres del mismo generaran un estrés alto en la madre durante su embarazo, esto debido a que a la madre es a quien se le “carga la mano”.

Expertos que trabajan en maternidad y pediatría advierten sobre un nuevo fenómeno en Chile, sin embargo en México la situación es bastante similar; las madres jóvenes, y sobre todo quienes ingresan al campo laboral, están dejando tempranamente de amamantar a sus hijos, debido al estrés, la depresión y un ambiente de trabajo no favorable a la maternidad.

Pese a la intención real de las madres de alimentar a sus hijos con leche materna (en muchas ocasiones, recordemos que tenemos la tasa más baja de LM en México), no encuentran las condiciones físicas ni psicológicas adecuadas para lograrlo. Corren para amamantar a sus hijos en un período muy corto de tiempo, muchas veces no pueden sacarles leche en los trabajos y finalmente cuando están junto al bebé permanecen nerviosas y estresadas, estado que capta el niño y lo lleva a negarse muchas veces a comer.

Agreguemos además la falta de información, ¿Quién nos dice que la lactancia es un PROCESO?, un proceso que requiere adaptación, paciencia, entrega, etc. Un proceso que lleva inmersas las famosas “crisis de lactancia”, que varían de un bebé a otro pero, que, inevitablemente suceden, cómo sabe una madre “desinformada” que a los 3 meses la producción de leche se “ajusta” y el lactante cursa por un periodo de “desesperación” al succionar y no obtener rápidamente lo que requiere (la leche). Existen alrededor de 5 crisis, de las que NADIE habla, apenas en España se ha promovido el asesoramiento de expertas

en lactancia, y en México y específicamente en Chiapas, hay grupos que se dedican a ello. Pero aún hay un enorme hueco que es necesario abarcar. Mientras tanto, qué ocurre con esa madre que en su “desesperación” de percibir a su hijo(a) “insatisfecho” se estresa, se culpa y opta por “tirar la toalla”, abandonando la lactancia materna, obstaculizando más aún el vínculo afectivo a través de la lactancia.

Si la inestabilidad emocional de la madre, invariablemente, afecta el estado del lactante. Las reacciones que él bebe puede llegar a experimentar son exageradamente variadas, pueden ir desde el llanto leve o moderado, insomnio, irritabilidad, mal humor, diarrea, estreñimiento, estrés mismo, o cólicos.

El CL no es una afección individual, que afecta únicamente al bebé, afecta a la madre y como he mencionado al círculo familiar. Middlemore (citado por M. Klein 1958) realizó observaciones con bebés “soñolientos”; mencionó que de los siete bebés "soñolientos satisfechos" que observó, seis eran manipulados muy suavemente por sus madres, mientras que algunos "lactantes insatisfechos" provocaban la ansiedad de la madre y ella se impacientaba. Tal actitud aumenta necesariamente la ansiedad del niño y se establece entonces un círculo vicioso. Me parece tan lógico, la ansiedad del bebé , genera ansiedad en la madre y al no haber un “control” emocional de la madre, ésta continua “agrandando” la ansiedad en el lactante y así sucesivamente.

De lo que la medicina occidental se ha encargado es de ver esta afección que experimenta el bebé, únicamente como un conjunto de síntomas físicos y que en el momento de estar con un médico o de ser medicado el bebé, los síntomas desaparecerán, o inclusive modifican las costumbres de los padres con el fin de que el bebé no presente ningún daño. Como ya vimos y dijimos, el cólico del lactante es y será una sintomatología que presentara el bebé a partir de la semana 2-3, hasta aproximadamente, los 3 meses, no todos los bebés lo manifestaran ni sufrirán por lo que es aquí donde la investigación toma un mejor rumbo aun.

La mayor cantidad de estudios realizados sobre este, abordan y arrojan resultados físicos y en menor medida psicológicos(como ya hemos analizado previamente), desgraciadamente, el aspecto psicológico está aún tan menospreciado en el mundo de la medicina, que en el caso del CL, hay aún mucho que demostrar e investigar.