

¿Por qué perciben algunos hombres la lactancia materna como una amenaza?

Barreras psicológicas masculinas a la lactancia materna

Académica Magdalena Serpa de Cavalier*

Resumen

La leche materna, recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), es reconocida como el alimento ideal durante los primeros 6 meses de vida. El costo de no amamantar es muy alto, bien sea desde el punto de vista económico o desde el punto de vista epidemiológico. Desafortunadamente, en los Estados Unidos a pesar de grandes y sostenidos esfuerzos de programas gubernamentales de nutrición materno-infantil, un porcentaje muy bajo de mujeres inicia la lactancia materna, según datos nacionales recientes, 41.3% afro-americanas, 66.5% blancas y 63.6% "latinas".

El presente trabajo lo desarrollé en mi calidad de Analista de Políticas y "Post Doctoral Fellow" del Centro de Investigación y Recursos para los hombres y la Familia de la Escuela de Higiene y Salud Pública de la Universidad de *Johns Hopkins*, en Baltimore, E.U.A. Forma parte de un proyecto macro "La lactancia materna es la mejor alimentación", proyecto de investigación financiado con recursos del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos.

Los patrones de baja prevalencia de amamantación tienen múltiples explicaciones. Si se aspira a cumplir los objetivos gubernamentales de Estados Unidos que proponen tasas de iniciación de 75% y de duración a los 6 meses del 35%, se hace necesario entender mejor las barreras y los factores facilitadores de la lactancia materna entre la población afro-americana.

Con esta investigación se acude a la teoría psicoanalítica de Melanie Klein, para explorar el impacto de variables de la psicología masculina que ayuden a entender la baja prevalencia de lactancia materna en los Estados Unidos en general y entre la población afro-americana en particular. Se presenta un modelo diagnóstico y un modelo de intervención, sencillos y extrapolables a poblaciones colombianas con dificultades similares para una óptima nutrición infantil.

Introducción

La lactancia materna desde el punto de vista socio-cultural se asemeja a otros comportamientos humanos y, por lo tanto, está sujeta a influencias externas. Diversos grupos poblacionales dan interpretaciones diferentes al amamantamiento. No es fácil determinar exactamente el momento en el cual este comportamiento natural, tan antiguo como la misma humanidad^{1,2} y cuya función original fue la de asegurar y promover la sobrevivencia misma de la especie, pasa a ser casi totalmente reemplazado por un método artificial. El trabajo presentado a continuación, surge de la preocupación por la baja prevalencia de lactancia materna en los Estados Unidos en general y en la población afro-americana en particular y podría proyectarse y tener aplicación a algunos estratos poco favorecidos de la población colombiana, que la autora tuvo oportunidad de apreciar durante sus estudios de medicina en la Universidad del Rosario, su vinculación al Hospital San José de Bogotá y, luego, en la Gerencia del Hospital Infantil "Lorencita Villegas de Santos" -infortunadamente clausurado en la actualidad, aunque esperamos que no definitivamente-, así como en la asesoría de las campañas de nutrición infantil de la Presidencia de la República de Colombia.

El presente trabajo lo desarrollé en mi calidad de Analista de Políticas y "Post Doctoral Fellow" del Centro de Investigación y Recursos para los Hombres y la Familia (*Center for Male and Family Research and Resources, CMFRR*) de la Escuela de Higiene y Salud Pública de la Universidad de *Johns Hopkins*, en Baltimore, E.U.A. y forma parte de un proyecto macro "La lactancia materna es la mejor alimentación" (*Breastfed is Bestfed*), proyecto de investigación financiado con recursos del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (*USDA*) con el fin de preparar material educativo culturalmente apropiado y científicamente válido, para la población

* Trabajo de ingreso como Miembro Correspondiente de la Academia Nacional de Medicina de Colombia. 27 de julio de 2000.

afro-americana. Estuve a cargo de la revisión de literatura existente y de la interpretación de los hallazgos. Presento algunas posibles explicaciones del porqué de la alteración de una práctica del amamantamiento y pongo a su consideración un modelo que diseñé para ayudar a los encargados de ejecutar políticas de promoción de la lactancia materna, en Estados Unidos y otros países.

Antecedentes

La superioridad de la leche materna con respecto a la leche artificial³, hace irremplazable a la primera y justifica, sólo en las pocas circunstancias médicas en las que la leche materna está contraindicada, el uso de la segunda^{4,5}.

Los intentos de las compañías productoras de sucedáneos de la leche materna de replicar han sido infructuosos, puesto que ésta es específica para la especie humana⁶. Las leches artificiales carecen, entre otros componentes, de anticuerpos, células vivas, enzimas y hormonas, y de otros elementos importantísimos para el desarrollo sano del niño. Mencionamos brevemente el actual debate sobre las funciones del Ácido Docosaheptaenoico (DHA) presente en la leche materna. El DHA, es uno de los ácidos grasos poli-insaturados de cadena larga cuya presencia se ha asociado recientemente con incrementos de la agudeza visual⁷ y en el desarrollo del sistema nervioso⁸. Según concepto de la Organización Mundial de la Salud, el DHA debe ser agregado a las leches artificiales para bebés. Ésto se hace en Europa y no en Estados Unidos en donde la reciente decisión de la *Drug and Food Administration (FDA)* de no requerir su inclusión como nutriente en estas leches, ha creado gran debate⁹.

No sólo las grasas sino también las proteínas de la leche materna difieren fundamentalmente de las de las leches artificiales. La alta calidad de las proteínas de la leche materna así como su cantidad balanceada se adecúan a las necesidades del recién nacido a término y del prematuro. Valga decir que su concentración varía no sólo al inicio y al final de cada amamantada, sino también de acuerdo con la madurez del niño¹⁰.

La leche materna, activamente recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), es reconocida como el alimento ideal durante los primeros 6

meses de vida, no sólo en los países en subdesarrollo donde la recomendación es obvia debido a los costos de la leche en polvo, sino en países tan avanzados como Suecia por ejemplo. La política de la OMS de "proteger, apoyar y promover la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida y la continuación de la lactancia hasta los 2 años de edad"¹¹ ha sido promovida en nuestro país, especialmente desde Planeación Nacional y el Ministerio de Salud, por distinguidos nutricionistas y médicos. Con base en las recomendaciones del Plan Nacional de Alimentación y Nutrición 1995-2005¹² se redactó el Plan Decenal para la Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna 1998-2008¹³. Fue motivo de preocupación la tendencia reciente del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar de promover los productos de soya, en detrimento de la lactancia materna. Por fortuna, el grupo de lactancia materna de nuestro país, logró defender el derecho de niños, niñas y mujeres y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar entendió que debía ratificar la política de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna. Lo anterior nos recuerda la importancia que, como profesionales de la salud, tenemos de mantenernos en alerta, pues cada día las técnicas de mercadeo y personas poco informadas pueden poner en peligro la práctica de la lactancia materna. Grandes y continuos esfuerzos son necesarios para llegar algún día a tener cifras como las prevalentes en Suecia (Cuadro 1).

SUECIA, EJEMPLO EUROPEO

	Lactancia Materna Exclusiva	Lactancia Materna Parcial	Alimentación con otras leches
Periodo	1994 (1993)	1994 (1993)	1994 (1993)
Primera semana	94.4% (93.9%)	4.1% (4.3%)	1.3% (1.8%)
2 meses	78.5% (76.3%)	12.5% (13.7%)	9.0% (9.9%)
4 meses	64.1% (60.7%)	15.8% (16.5%)	20.2% (22.8%)
6 meses	40.0% (36.7%)	27.4% (26.7%)	32.7% (36.7%)

Cuadro No. 1 – Porcentaje de lactancia materna exclusiva, lactancia materna más alimentación Complementaria y alimentación con leches diferentes a la leche materna, en Suecia durante los Años 1993-1994.

Fuente: Information Pour l'Allaitement-France. <http://wanadoo.fr/ipa/January 1999>.

Nota: El incremento 93/94 puede tener dos explicaciones. La estrategia de Hospitales Amigos del Niño (que en Colombia denominamos Amigos de la Madre y el Niño) se inició en Suecia en 1993. Igualmente, en esa época se presentó una caída de la fecundidad.

* Programa de cobertura nacional para mujeres pobres, embarazadas y durante el post-parto (primer año) y niños menores de 5 años en riesgo nutricional. Está financiado con recursos federales y permite a los Estados entregar alimentos, proporcionar educación nutricional y referir de ser necesario a madres e hijos a los servicios de salud.

En los Estados Unidos, la Academia Estadounidense de Pediatría (*American Academy of Pediatrics*) se pronunció manifestando que la leche materna es superior y recomendó dentro de sus políticas la promoción de la lactancia materna¹⁴. Así mismo, el Departamento de Salud (*US Department of Health and Human Services*) apoya la lactancia materna y ha expresado de viva voz su preocupación por las diferencias que existen entre los diferentes grupos raciales con respecto a la iniciación y duración de la lactancia materna¹⁵ (Figura 1).

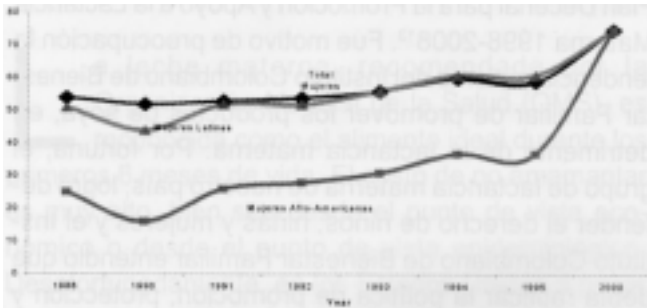


Figura 1. Tendencias de la Lactancia Materna en los Estados Unidos 1988-1995 y Objetivos para el Año 2000.

Fuente: National Center for Health Statistics. Healthy people 2000 Review, 1997. Hyattsville MD: Public Health Service. 1997. Library of Congress Catalog card No. 76-641496. Preparada por Dra. M. Serpa.

A pesar de grandes y sostenidos esfuerzos de programas tales como el *Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants and Children WIC*, y aunque las tasas de iniciación de lactancia materna intrahospitalaria de mujeres de raza negra aumentaron en más del 65% entre 1988 y 1997, sólo el 41.3% de las mujeres afro-americanas iniciaban la lactancia materna comparadas con 66.5% de mujeres de raza blanca y 63.6% de lo que en Estados Unidos denominan "latinas", que pueden ser de diversas razas. A los 6 meses del post-parto, ese mismo año, únicamente el 14.5% de las mujeres afro-americanas estaban amamantando y las tasas de las mujeres blancas y latinas también eran bajas, 28.6% y 24.5%, respectivamente. Se anota que los datos de Ross, 1997, no reportan lactancia exclusiva¹⁶.

Los patrones de baja prevalencia de amamantación tienen múltiples explicaciones^{17, 18, 19, 20}. Si se aspira a cumplir los objetivos gubernamentales de Estados Unidos que propone tasas de iniciación del 75% y de duración a los 6 meses del 35%, se hace necesario entender mejor las barreras y los factores facilitadores de la lactancia materna entre la población afro-americana.

Métodos

Se llevó a cabo una completa revisión de la literatura. Los tópicos de búsqueda se definieron de común acuerdo en reuniones con los miembros del Centro. Se anota que nuestro equipo tenía formación médica, nutricional, artística, biológica, así como un educador especializado en temas de salud masculinos. Desarrollamos cuatro campos de investigación: 1) factores psico-sociales que actúan como facilitadores o que actúan como barreras a la promoción de la lactancia materna; 2) conocimiento, actitudes y prácticas masculinas con respecto a la lactancia materna; 3) definición y operacionalización del rol masculino como padre; y 4) factores históricos y culturales. Los artículos revisados estaban escritos en idioma inglés y eran accesibles vía base de datos computadorizada.

El por qué de una perspectiva psicoanalítica

Razones de formación profesional, así como la experiencia adquirida con el ejercicio de la Salud Pública, motivaron que la primera parte de esta investigación se cimentara en teorías médico-psicoanalíticas y sociológicas. En artículos escritos en los años setenta, encontré algunas referencias al trabajo psicoanalítico desarrollado por Melanie Klein durante la primera parte de este siglo. Observé subsecuentemente que la aceptación de facto de la envidia y de los celos masculinos emergen esporádicamente en la literatura sobre la lactancia materna. De común acuerdo con el equipo del Centro, se me permitió profundizar en la teoría Kleiniana, en busca del punto de vista de la psicología y de las actitudes masculinas con respecto a la lactancia materna, teniendo en cuenta que solamente a la luz de la historia, las manifestaciones psicológicas adquieren significado.

Los hallazgos fueron clasificados en cuatro capítulos: perspectiva psicoanalítica y psicología; factores facilitadores; reconocimiento y aceptación del rol paterno masculino y caracterización del hombre joven afro-colombiano.

1. El Todo y su relación con el seno materno

Aunque las explicaciones psicoanalíticas, basadas en sistemas de valores de la clase media blanca europea, han sido descalificadas por aquellos que abogan por una génesis exclusivamente biológica de la enfermedad mental²¹, pensamos que ambas teorías pueden interactuar, especialmente si aceptamos que tanto la mente como los comportamientos humanos

son influenciados por eventos psico-sociales y biológicos. Han sido numerosas las escuelas psicoanalíticas cuya contribución puede ayudar al desarrollo de nuestra comprensión sobre la relación amamantamiento, envidia y celos. Exploramos a profundidad la Escuela Kleiniana o Escuela Inglesa, porque fue el trabajo de Melanie Klein²² (Klein, 1957) el que inspiró a Waletzky²³ y a Lerner²⁴, (Lerner HE, 1974; Waletzky, 1979). El artículo que dio origen al libro "Envidia y Gratitud" - "Envy and Gratitude, a Study of Unconscious Sorces" - (Klein, 1957) fue vital para captar los factores psicológicos que influyen sobre la percepción masculina de la lactancia materna.

Klein fue de las primeras personas en describir el concepto por ella caracterizado como "la relación del todo con el seno materno". El seno, que se percibe como fuente nutricional y de la vida misma, es el "prototipo de la bondad materna, de la paciencia inagotable y de la generosidad". Su función es la de "ser fundamento para la esperanza, la confianza y la credibilidad en lo bueno" (pág. 6, Klein, 1957) y también sirve para explicar emociones tales como la rabia y la envidia, que forman parte de los sentimientos infantiles y de la creatividad de los niños. La génesis temprana de estas emociones, da lugar a que en la vida adulta, recurran como temas que encontramos al revisar la literatura.

Según la teoría Kleiniana, el seno, percibido como fuente de nutrición representa la restauración de la unidad prenatal con la madre, perdida en el parto. El seno le permite al niño recobrar el sentimiento de seguridad propio de la vida intrauterina. La amamantación es gratificante: el niño amamantado desarrolla sentimientos de gratitud y de confianza que crecen a medida que el niño experimente y disfrute sin interrupciones la lactancia materna. Para Melanie Klein, la gratitud es una derivación de la capacidad de amar.

Si aceptamos el modelo Kleiniano (Klein, 1957), el desarrollo de la envidia y celos que sienten algunos hombres hacia el seno se asocia a la internalización del objeto primario (el seno) y a los sentimientos de inseguridad que surgen del rompimiento de la diada madre-hijo. Adicionalmente, el conflicto o la ambivalencia hacia el objeto primario, puede ser mayor, de darse dificultades adaptativas al mundo exterior (por ejemplo, en un parto complicado), ansiedad materna u otras alteraciones psicológicas maternas, incluidos los sentimientos de deficiencia (reales o imaginarios) que experimenta la mamá con relación a la alimentación y el cuidado del recién nacido. El modelo es aún más claro al yuxtaponer los factores negativos de adaptación a los factores positivos o facilitadores de la lactancia adecuada.

II. Fuentes tempranas emocionales

A. Envidia

La envidia, es definida por Klein como un sentimiento colérico que se siente cuando otra persona tiene o disfruta de algo que uno desea y a lo que no puede acceder. Trae implícito el deseo de hacer daño a aquello que no se logra alcanzar, pág. 6 (Klein, 1957). El envidioso no logra jamás obtener satisfacción, la envidia proviene del interior del individuo y converge sobre un objeto externo. El primer objeto que despierta envidia es el seno materno. El niño lo percibe como dueño de todo lo que desea tener, es decir, del flujo inagotable de alimento y del amor materno. La envidia se desarrolla por la percepción de que el seno conserva para su propia gratificación aquello que el niño quisiera tener.

B. Celos

Según Klein, los celos se basan en la envidia pero su existencia requiere de la concurrencia de por lo menos dos personas. A diferencia de la envidia, los celos no llevan a hacer daño al objeto amado. La persona celosa teme que un rival le quite al ser amado, mientras que el envidioso sufre al ver que otro posee lo que él desea. Para Waletzky, los celos son la reacción más común del nuevo padre, que siente que el hijo lo despoja del afecto de su esposa (Waletzky, 1979). Los celos pueden no ser conscientes y el padre al ser confrontado puede tener dificultad para aceptar que siente celos del recién nacido. Los celos, sin embargo, pueden dar origen a un comportamiento que conlleva a la falta de apoyo a la pareja y al recién nacido, comportamiento común entre los hombres, que no saben como participar en la vida familiar en el post-parto. Este comportamiento tiende a agravarse cuando los hombres no están preparados para la paternidad. Se suele acompañar de sentimientos de desvalidez, inutilidad e incompetencia. No es frecuente que los nuevos padres reaccionen con ira porque no entienden que sus parejas soliciten más atención o que ellas expresen dependencia post-parto. Los hombres pueden reaccionar buscando desviar hacia sí mismos el foco de atención que la pareja ha vertido hacia el bebé y otros presentan síntomas emocionales o físicos (depresión, dolor). Con frecuencia, la tensión que surge, puede incidir negativamente en la relación de pareja (Waletzky, 1979).

C. Conflicto

La paradoja amor/odio inicia su desarrollo por la yuxtaposición de emociones que experimenta el infante al buscar adaptarse al medio ambiente. La concomitancia de experiencias felices con ineludibles sufrimientos, refuerza el conflicto, cuyo origen puede darse como resultado de la distinción del seno bueno y del seno malo. El seno bueno se relaciona con sensaciones positivas, tales como seguridad y saciedad, en tanto que el seno malo se asocia con pérdida y retirada. Estos sentimientos podrían posteriormente influir positiva o negativamente la percepción masculina de la lactancia materna (Klein, 1957).

D. Poder

El poder se presenta como una cualidad en la teoría Kleiniana. Esta escuela retrata a la madre como una figura omnipotente y muy poderosa, figura que suscita la envidia de algunos hombres y de algunos niños. Se puede asociar con envidia a las capacidades y al ciclo reproductivo femenino (embarazo, parto y lactancia), así como envidia a las habilidades que para la crianza posee la mujer. Otros hombres pueden no manifestar abiertamente su envidia y la esconden en comportamientos que buscan devaluarla y que podría ser llamado un mecanismo de defensa, basado no sólo en la envidia sino en los sentimientos de inseguridad que acompañan a los celos (Lerner HE, 1974).

III. *Conmoción con la llegada del recién nacido*

A. Ruptura del equilibrio marital

Muchas parejas, por no decir que todas, experimentan distintos grados de ruptura del equilibrio marital con el nacimiento de un hijo. La capacidad para mantener o readquirir la estabilidad matrimonial, se asocia no sólo con la existencia de un medio saludable, donde haya comprensión, sino también con las expectativas que cada miembro de la pareja tenga de la relación.

Según Waletzky, la ruptura se puede atribuir al sentimiento envidia-celos nacido de la exclusión del padre de la diada madre-hijo o también a que la pareja adopte soluciones poco funcionales intentando resolver los problemas íntimos. El hombre asume que la mujer al formar una relación estrecha con el recién nacido, adquiere más poder y por lo tanto, la mujer recurre menos o depende menos del hombre. Simultáneamente, el esposo puede estar confrontando

sentimientos de dependencia propios (necesidad de aprender de la mamá cómo cuidar y calmar al bebé). Se habla también de la posibilidad de que el hombre se identifique con el bebé y resurja su oralidad. La suma de todos estos factores incrementaría el sentimiento de exclusión paterna (Waletzky, 1979).

Jordan^{25, 26, 27} en sus investigaciones también describe los siguientes sentimientos masculinos durante el embarazo: envidia del útero y del seno, resentimiento, miedo a las fuerzas creativas femeninas, identificación de la esposa con la madre, activación de femineidad pasiva y de homosexualidad latente. Las dificultades sexuales que acompañan la lactancia materna, en el concepto de Jordan, pueden ser una extensión y magnificación de dificultades que se inician con el embarazo (Jordan PL, 1990; Jordan PL, Wall VR, 1993).

B. Sexualidad

Waletzky, Fischman²⁸, Jordan y Byrd et al., analizan factores importantes de la sexualidad humana y la lactancia. Waletzky indica que interculturalmente, existe una relación inversa entre la duración de la lactancia materna y la extensión de la percepción del seno como objeto sexual. Es así que para algunos hombres, el seno despierta impulsos sexuales. Estos hallazgos no son sorprendentes. Históricamente para la cultura occidental, los senos tienen un valor erótico y la infatuación masculina con los senos de gran tamaño es clara en cuadros famosos y en obras teatrales y de cine donde actrices "muy bien dotadas" son la regla (Fontanel, 1997). Sin embargo, algunos hombres sienten repulsión por los senos lactantes y, algunas parejas estudiadas por Jordan, opinaron que los senos deben ser destinados únicamente a la alimentación del bebé. (Jordan PL, 1986). Puesto que la frustración sexual masculina representa un problema potencial para la promoción de la lactancia materna y si a esto le añadimos el "discomfort" o dolor post-parto que presentan algunas mujeres -y que se relacionan con la resequecedad vaginal por hipoestrogenemia, o dolor post-episiotomía, o dolor por inflamación de los senos- el reinicio de la intimidad sexual post-parto se puede ver comprometida (Waletzky, 1979); es importante tener en cuenta todos estos factores cuando se quiera incrementar la prevalencia de la lactancia materna.

Como factores que disminuyen la actividad sexual post-parto, la literatura cita: 1) biológicos: baja producción estrogénica, niveles altos de prolactina y bajos de andrógenos; 2) psicológicos: el amamantamiento satisface el deseo o necesidad de intimidad de la mujer; y 3) fatiga de la mujer²⁹ (Byrd, 1998).

Como Waletzky, recomendamos discutir la fisiología de la lactancia con la pareja en las visitas prenatales y expresar formas alternativas de expresión del afecto post-parto (abrazos, caricias y expresiones verbales) (Waletzky, 1979). También consideramos útil discutir la opinión de la pareja acerca de amamantar en público y en privado. Ésto es especialmente importante en Estados Unidos, donde está claramente demostrado que las mujeres con mayor nivel educativo y mayor nivel de ingresos económicos tienden a amamantar a sus hijos pero, las mujeres menos educadas y pobres, tienen menos elementos de juicio para tomar la decisión de amamantar y pueden ser más fácilmente influenciadas por las prácticas poco éticas de mercadeo de sucedáneos de la leche materna y por mitos como los que llevaron a que en ciertos lugares de Estados Unidos se considerase indecente amamantar en público y por lo tanto varios Estados han aprobado legislación *"cuyo propósito no es legalizar la lactancia materna, sino aclarar que amamantar en público, es un derecho y que por lo tanto no puede ser catalogado como ofensa criminal... (indecencia)"*³⁰. Es interesante que en nuestro país y, quizás por lo arraigada de la cultura de la lactancia materna entre los sectores populares, por los esfuerzos para promover como medida de salud pública la lactancia materna o tal vez, por el hecho de que en los hospitales no se separa al recién nacido de la madre (práctica que aún puede verse en algunas clínicas), el 52.1% de las mujeres sin educación y el 40.4% de las mujeres con educación superior amamantaron a sus hijos dentro de la primera hora de nacido. Al mirar los datos del primer día de vida de nacido, esta diferencia ya no existe: 75.7% de las madres sin educación y 75.6% de las madres con educación superior amamantaron a sus hijos.³¹

Con respecto a la lactancia materna entre la población afro-americana y como consecuencia de esta investigación de la literatura así como de los grupos focales y entrevistas a profundidad a hombres y mujeres afro-americanos de la ciudad de Baltimore, nuestro Centro ha propuesto reemplazar el concepto de la diada madre-hijo por la triada madre-padre-hijo. Al hablar con la pareja es importante que se le de cabida a las necesidades emocionales del padre y que se busque incluirlo (Bronner, Serpa, Squire, 1998).

Entre 1950 y 1991 la composición familiar afro-americana cambió radicalmente. El porcentaje de familias negras con mujer cabeza de hogar, que era de 18% en 1950, llegó al 46% en 1991. En 1991, sólo el 48% de las parejas negras estaban casadas³². Debido a que los hogares presididos por mujeres tienden a ser más pobres y convencidos de

que un padre responsable puede ser muy valioso para el desarrollo infantil, nuestro Centro propende por un aumento de la lactancia materna y por el fortalecimiento de las familias (el 70% de los niños afro-americanos nace por fuera del matrimonio); sin embargo, en nuestras investigaciones, los hombres expresan constantemente el deseo de conformar una familia; la falta de solvencia económica es uno de los argumentos que esgrimen más frecuentemente; los datos más recientes, 1997, indicaban que más del 26% de la población afro-americana vivía en condiciones de pobreza; ahondando en la terrible historia de la esclavitud, es claro que los esclavistas intentaron romper la unidad familiar negra (Serpa M.).

IV. Oportunidades para asegurar el apoyo paterno a la lactancia materna

Como se describió, tanto la paternidad como la lactancia pueden desencadenar respuestas negativas masculinas, que se deben discutir para evitar mayores problemas de pareja. La tendencia actual a sólo hablar de reacciones ideales no es aconsejable porque las personas que presentan otro tipo de reacciones pueden desarrollar ansiedad y sentimientos de culpa. Es notable que la literatura menciona que los hombres se sienten menos intimidados para tratar de éstos y otros asuntos en grupos de hombres, como lo hemos corroborado observando el trabajo desarrollado en Baltimore por *Healthy Start ("Comienzo Saludable")*, programa gubernamental cuyo subcomponente de rehabilitación de drogadictos utiliza con éxito esta modalidad. Los hombres deben tener la oportunidad de discutir sus sentimientos en un ambiente propicio. Cuando el individuo reconoce y afronta sus inquietudes, puede apoyar a su pareja. Si la mujer logra entender las razones por las cuales su conyuge tiene dificultad para apoyarla en su decisión de amamantar, de común acuerdo, pueden trabajar en la superación de los obstáculos.

El progreso en atención de salud materno infantil en Estados Unidos no ha sido paralelo con el de la atención en salud para los hombres. Esto se explica por la necesidad de atender primero a los más vulnerables (madre/niño). Sin embargo, la sociedad ha excluido, quizás sin quererlo, a los hombres, especialmente en los estratos socio-económicos más pobres y entre minorías étnicas de este país. Entre las clases media y alta existen sistemas de apoyo para la pareja y está surgiendo un movimiento para tener en cuenta a los hombres en la conformación familiar.

V. Modelos teóricos

Este es un primer intento para explicar por qué algunos hombres no están de acuerdo con la decisión de su pareja de amamantar y surge de una revisión de la literatura a la que me aproximé desde puntos de vista psicoanalítico y psicológico. Aunque múltiples variables tales como la cultura, el origen étnico y la clase social tienen efecto sobre la decisión de amamantar, curiosamente la literatura no contempla estas variables en conjunto^{33, 34}, por lo cual resumo los hallazgos en dos sencillos modelos, uno diagnóstico y otro de intervención.

Modelo I. Interacciones de factores psicosociales que se asocian a la lactancia materna

Múltiples variables, actuando de forma individual o intractuando entre sí, dan origen a tasas bajas de lactancia materna. Se han descrito la ruptura de tradiciones culturales, prácticas institucionales poco conducentes a la lactancia en instituciones de salud o en el lugar de empleo materno, ignorancia, prácticas de mercadeo de las casas productoras de leches, entre otros factores. Muy poca atención se ha brindado a hechos históricos relacionados con la lactancia materna o a factores políticos que favorecen o frenan el fortalecimiento de la lactancia materna (Figura 2).

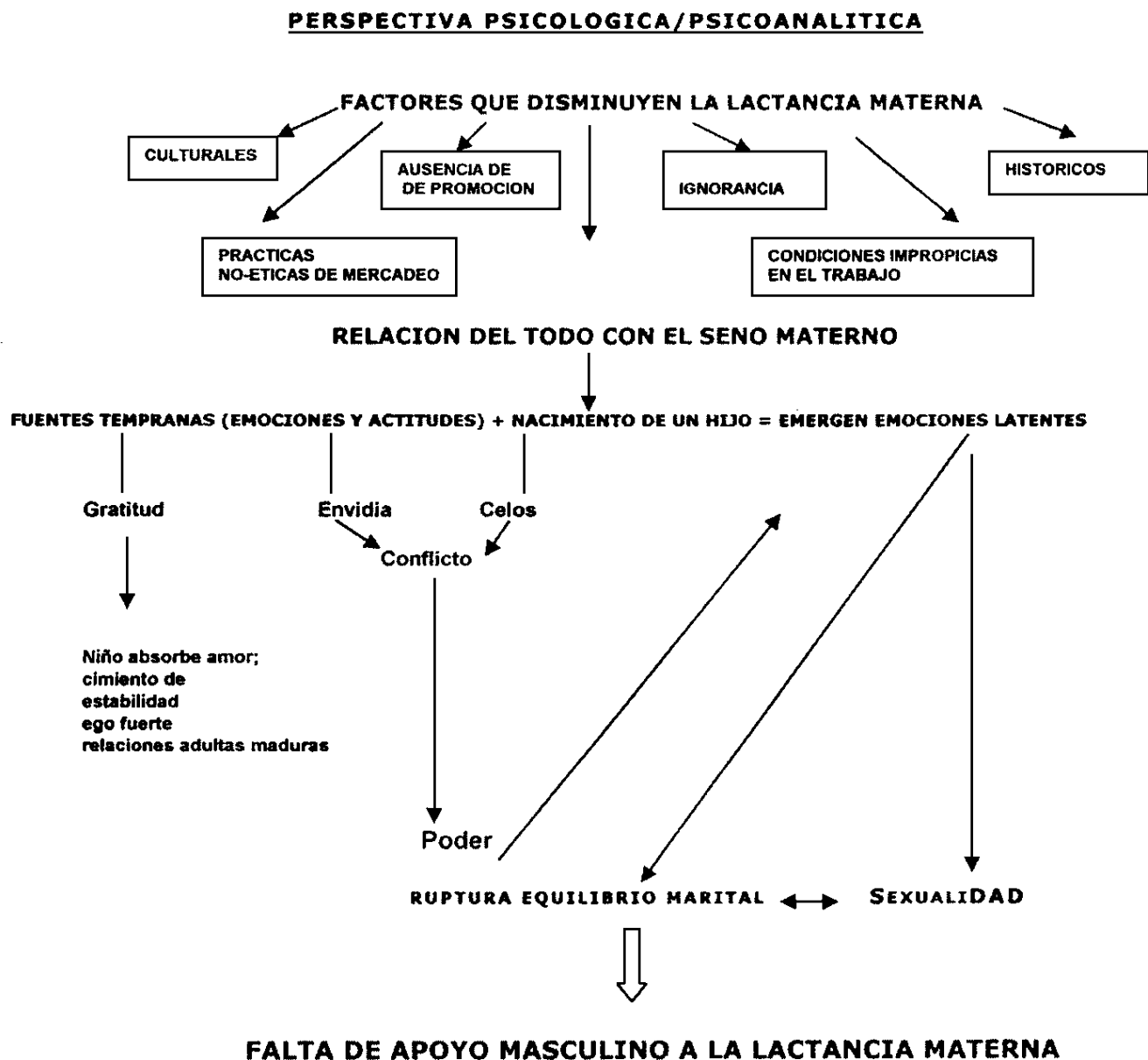


Figura 2. Modelo I. Interacciones de factores psicosociales masculinos asociados a la lactancia materna.

Aunque la envidia y los celos masculinos son citados en la literatura, creemos que el profundizar en la perspectiva psicoanalítica, basados en el trabajo clásico de Melanie Klein "*Envidia y Gratitud*" permite mirar desde un ángulo diferente la falta de apoyo masculino a la lactancia materna.

Basados en la relación primera con el seno materno, en este modelo proyectamos al niño a la edad adulta. La confluencia de la envidia y los celos en la edad adulta, en algunos hombres, puede crear un conflicto. La llegada del hijo que cambia la estructura del poder del hogar, representa para algunos una amenaza. Especialmente en los hombres inseguros, que envidian las capacidades creativas (reproductivas) de la mujer y tienen dificultad para relacionarse con el sexo opuesto, por algunos denominado "débil", la no resolución del conflicto trae consigo gran sufrimiento. La situación de inseguridad masculina tiende a agravarse por el poco interés sexual que es común en algunas mujeres durante el embarazo y el post parto. La intimidad de la pareja se afecta no sólo por la reminiscencia masculina envidia/celos/poder, sino también por el decremento de interés sexual de la mujer.

Planteamos que este conjunto de circunstancias poco afortunadas, originan el poco o ningún apoyo que estos hombres le brindan a las mujeres que quieren amamantar a sus hijos.

Se puede prevenir el conflicto si el individuo sólo o con el apoyo del gineco-obstetra o médico tratante de la pareja, entiende el origen de sus sentimientos y por lo tanto de un manejo apropiado a la envidia y los celos. Lo anterior se refleja en una buena relación de pareja y en una paternidad responsable y feliz.

Modelo II. Modificación de barreras para aumentar la promoción del apoyo masculino a la lactancia

En políticas de salud, las barreras pueden ser vistas como obstáculos o como oportunidades de intervención. Por ejemplo, en este caso y desde una óptica psicosexual, existe la oportunidad de intervenir aconsejando a la pareja, ojalá durante las primeras visitas prenatales, a las que en situación ideal, deberán asistir ambos componentes de ella (Figura 3).

Conclusión

La leche materna es el alimento ideal para el recién nacido y cubre durante los primeros seis meses de vida todos los requerimientos nutricionales del niño. Si dejamos de lado las obvias influencias de la indus-

tria productora de sucedáneos de la leche materna, es importante establecer que otras barreras se interponen a esta forma ideal de alimentación. En la presente investigación estudiamos razones psicológicas para explicar el poco apoyo que algunos hombres dan a sus mujeres cuando estas últimas deciden amamantar. Nuestra investigación nos permite concluir que las barreras psicológicas interactúan con variables sociales y económicas que también constituyen otro tipo de barreras para la lactancia materna, barreras no alejadas de las dificultades de la vida diaria que deben afrontar las familias pobres afro-americanas y que, proporciones guardadas, son similares a las clases socio-económicas colombianas con limitados recursos.

La brecha en indicadores de morbi-mortalidad existente entre blancos y afro-americanos es grande, así como son amplias las diferencias de ingresos entre estos dos grupos. Estas diferencias han sido analizadas con rigor científico en varios artículos escritos por Wilkinson y otros escritos por Kennedy, profesores dedicados al estudio de la desigualdad y sus efectos sobre la salud, el primero en Inglaterra y el segundo en mi alma mater de Harvard, en Boston, y con los cuales he tenido la oportunidad de discutir personalmente este preocupante tema^{35, 36, 37, 38, 39} cuyo paralelo con países como el nuestro podría estudiarse, hallando muy probablemente resultados similares.

Desde el punto de vista de teoría de familia, la disimilitud de las trayectorias educativas y económicas al comparar hombres y mujeres afro-americanos es significativa, puesto que la tendencia parecería estar mostrando que los hombres se están quedando relegados, lo cual no es saludable.

Proponemos un sencillo modelo diagnóstico y un modelo de intervención como oportunidad para buscar activamente la inclusión del hombre afro-americano en la construcción de hábitos saludables (específicamente apoyando a su pareja para que pueda amamantar) (Figura 3)⁴⁰. Contemplamos la participación masculina en el proceso para ayudarlo a entender su rol dentro de la familia y asegurar su posición al lado de su pareja y de los hijos. Diversas circunstancias (desafortunadamente no muy diferentes de las de la época de la esclavitud, en las que la hombría se medía con valores eurocéntricos) han llevado a los hombres afro-americanos de los ghettos a no poder cumplir con el papel de proveedores, al carecer de capital económico. Alternativamente, el hombre afro-americano podría participar en la transmisión de lo que Patterson ha denominado el capital cultural y que actualmente parece estar siendo transmitido de forma selectiva sólo de madre a hijas.

La revisión de la literatura no menciona la existencia de consejeros sistemáticamente preparados para proteger a la triada madre-padre-hijo. La participación paterna en la familia se menciona tangencialmente entre afro-americanos de la clase media, más no entre los de clase baja, clase que es del interés especial de nuestro Centro (*Center for Male and Family Re-*

search and Resources, CMFRR) puesto que es en esta clase social donde la iniciación y la duración de la lactancia materna son menores. En nuestro país, se habla del binomio madre-hijo.

Quizás llegó el momento de hablar de la triada y de ampliar el concepto de salud materno-infantil a salud familiar.

Cómo modificar las bajas tasas de lactancia materna?

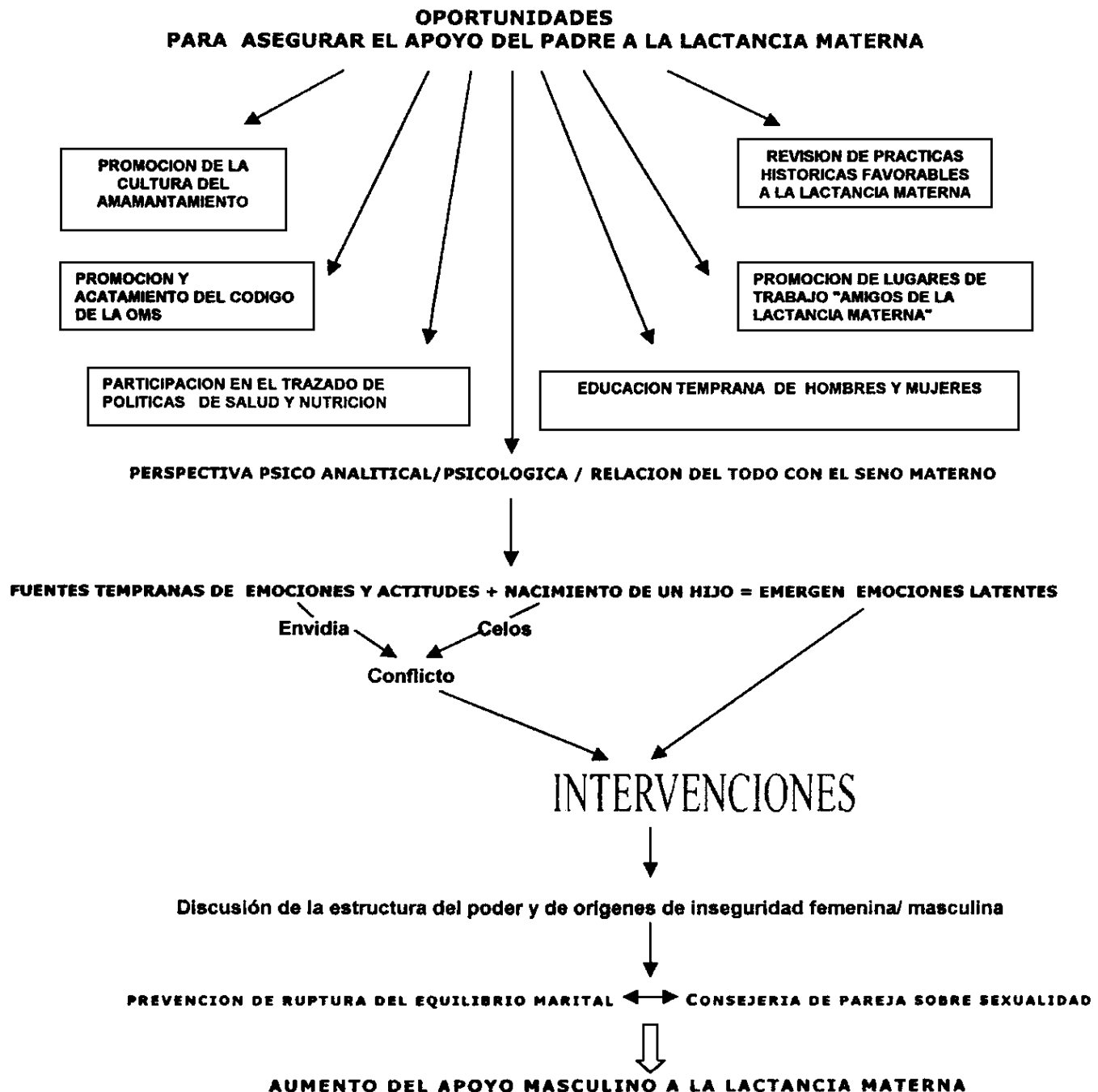


Figura 3. Modelo II. Intervención Temprana para Fortalecer Equilibrio Marital y Lactancia Materna.

Bibliografía

1. Greiner T. (1998). *History of Breastfeeding*. Ted Greiner's Breastfeeding Webside, 1-4 www.Promom.org October 1998.
2. Giladi A. *Breast-feeding in medieval Islamic thought: a preliminary study of legal and medical writings*. *Journal of Family History*, 23(2), 107-117, 1998
3. Raisler J. et al. *Breastfeeding and Infant Illness: A dose-response Relationship?* *American Journal of Public Health*, Vol. 89 # 1. January 1999.
4. HIV and Infant Feeding. *Guidelines for decision-makers*. WHO/FRH/NUT/CHD/98. 1, 1998.
5. Lawrence R. *A Review of the Medical Benefits and Contraindications to Breastfeeding in the United States*. Maternal and Child Health Bureau and Center for Education in Maternal and Child Health. US Department of Health and Human Services. Technical Information Bulletin. October 1997.
6. Newman J. *Some Breastfeeding Myths*. <http://www.bfirc.com/newman/breastfeeding/mythjn01.htm> April 1999.
7. Brich E, Hoffman DR et al. *Visual Acuity and the Essentiality of Docosahexaenoic Acid and Arachidonic Acid in the Diet of Term Infants*. *Pediatr Res* 1998; Aug;44(2):201-9.
8. Uauy R, Pereirano P, Hoffman D. et al. *Role of essential Fatty Acids in the Function of the Developing Nervous System*. *Lipids* 1996 Mar;31 Suppl:S167-76.
9. Kaufman M. *Would Additive Deliver Better baby Formula? DHA, Banned in USA, Inspires Bitter Battle*. *The Washington Post*. June 1, 1999.
10. Riordan J. *The Biological Specificity of Breastmilk Breastfeeding and Human Lactation*. Riordan K, Auerbach K, Second edition, 1999.
11. *Policy on infant feeding in the Balkan Region Joint UNICEF/UNHCR/WFP/WH Statement*. 14 April 1999.
12. *Colombian Ministry of Health, Bienestar Familiar & UNICEF. Decennial plan for the promotion and support of breastfeeding 1998-2008* (Plan decenal para la promoción y apoyo a la lactancia materna 1998-2008), 1998. Anonymous. Bogotá, Colombia: Editorial Carrera 7 Ltda. ISBN: 958-8011-35-3.
13. *Information pour l'Allaitement-France. La Swede, un exemple europeen* www.perso.wanadoo.fr/ipa January 1999.
14. *American Academy of Pediatrics (1997). Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk*. *Pediatrics* 100(6):1035-1039.
15. *Department of Health and Human Services. Healthy people 2010 Objectives: Draft for Public comment (1998)*. Anonymous. Washington DC: US Government printing office.
16. *Ross Mother Survey, Updated Breastfeeding trend through 1997*. Ross Products Division, Abbott Laboratories, 1998.
17. Fein SB, Roe B (1998). *The effect of work status on initiation and duration of breast-feeding*. *American Journal of Public Health*, 88(7), 1042-1046.
18. Valaitis R.K., Sheeshka J.D. & O'Brien M.F. (1997). *Do Consumer Infant Feeding Publications and Products Available in Physicians' Offices Protect, Promote and Support Breastfeeding?* *Journal of Human Lactation*. 13(3),203-208.
19. Rundall P. *How much research in infant feeding comes from unethical marketing?* *British Medical Journal*, 1997, 317, 338-339.
20. *World Health Organization, UNICEF, NGO & Representatives of the formula industry. The International Code of Marketing of Breasmilk Substitutes*, (1981). Anonymous. World Health Organization. WHA 34:22.
21. Shorter E. (1997). *A History of Psychiatry*. New York City, New York: John Wiley & Johns, Inc.
22. Klein M (1957). *Envy and Gratitude: A Study of Unconscious Sources*. New York: Basic Books.
23. Waletzky LR. *Husband's Problems with breastfeeding*. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1979;49, No.2:249-352.
24. Lerner HE. *Early Origins of Envy and Devaluation of Women: Implications for Sex Role Stereotypes*. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 1997; 38:538-553.
25. Jordan PL. *Breastfeeding as a Riskfactor for Fathers*. *Journal of Obstetrics, Gynecology & Neonatal Nursing*, 1986; 15: 94-97.
26. Jordan PL. *Laboring for Relevance: Expectant and New Fatherhood*. *Nursing Research*, 1990;39: 11-16.
27. Jordan PL. *Supporting a father. When an Infant is breastfed*. *Journal of Human Lactation*, 1993;9: 31-34.
28. Fischman S et al. *Changes in Sexual Relationships in Postpartum Couples*. *Journal of Gynecological Nursing*, 1986; 58-63.
29. Byrd J. *Sexuality During Pregnancy and the First Year Post-partum*. *Journal of Family Practice*, 1998; 47: 305-309.
30. Baldwin E, Friedman. *A Current Summary of Breastfeeding Legislation in the U.S.* <http://www.promom.com>
31. *Plan Decenal para la Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna 1998-2008*. Ministerio de Salud, Bienestar Familiar, UNICEF página 20. Editorial Carrera 7 Ltda. 1998.
32. Bronner Y, Serpa M. *Nurturing News for African American Males. Vol. II Issue 3 June 1999 y Black Americans: A Profile U.S. Department of Commerce Economics and Statistics Administration SB/93-2* Issued March 1993.
33. Caulfield LE, Gross SM, Bentley ME, Bronner Y, Kessler L, Jensen J. & Wathers B. Paige DM. (1998). *WINC-based interventions to promote breastfeeding among African-American Women in Baltimore: effects on breastfeeding initiation and continuation*. *Journal of Human Lactation*, 14(1), 15-22.
34. Gamble D. & Janice MJ. (1998). *Fathers of Breastfed Infants: Postponing and Types of Involvement*. *Journal of Gynecological Nursing*:358-365.
35. Lynch JW, Kaplan GA, Pamuk ER, et al. *Income Inequality and Mortality in Metropolitan Areas of the United States*. *Am Public Health*, 1998; 88: 1074-1080.
36. Wilkinson RG. *Unhealthy Societies: the afflictions of inequality*. London: Routledge, 1996.
37. Kennedy B, Kawachi I, Prothrow-Stith D. *Income distribution and mortality: cross sectional ecological study of the Robin Hood Index in the United States* *BMJ* 1996; 312:1004-1007 (20 April).
38. *Income distribution, socioeconomic status, and self rated health in the United States: multilevel analysis*. Bruce P Kennedy, Ichiro Kawachi, Roberta Glass and Deborah Prothrow-Stith *BMJ* 1998; 317:917-921.
39. *Socioeconomic determinants of health: Health and social cohesion: why care about income inequality?* Ichiro Kawachi and Bruce P Kennedy *BMJ* 1997; 314:1037.
40. Patterson O. *Rituals of Blood. Civitas Counterpoint*, 1998 page 160.