

La maternidad y la correlación entre la libido y la fisiología

Casilda Rodríguez Bustos

RESUMEN:

La sexualidad y las pulsiones libidinales están implicadas en los procesos que conciernen la concepción, la gestación, el proceso del parto, el nacimiento, la impronta y el amamantamiento.

Diversos estudios realizados, principalmente en las últimas dos décadas, nos muestran cómo en estos procesos la fisiología y la sexualidad van juntas.

La función reguladora de la unidad madre-criatura así como las consecuencias de la separación de esta unidad, que están siendo ahora demostradas por investigaciones en los campos de la neurología y de la neonatología, habían sido ya descritas antes por la investigación psicoanalítica, llegando a las mismas conclusiones; mostrándose también de este modo que la actividad fisiológica y libidinal en estos procesos van juntas.

Todas ellas vienen a probar la exacta corrección de la pulsión y del deseo materno de estar en contacto permanente con la criatura recién nacida.

La atención médica y la investigación relacionadas con la gestación, el trabajo de parto, el nacimiento, el cuidado postnatal y el amamantamiento deberían considerar la libido y la sexualidad de la mujer así como las pulsiones y los deseos entre madre y criatura, como factores de regulación; y deberían ser siempre estrictamente respetados.

ABSTRACT:

Sexuality and libidinal pulsion are involved in physiological events concerning conception, gestation, labour, birth, imprinting and breast feeding.

Several researches that have been made, mainly in the last two decades, show us how physiology in these processes runs together with sexual pulsions.

The regulating function of mother-infant bonding, as well as the consequences of mother-infant separation, that are now being demonstrated by neurological and neonatal researches, had been described before in psychoanalysis research, coming to same conclusions; thus proving physiology and libidinal activities in these processes go together.

They all come to prove the rightness of mother's pulsion and desire to be in constant contact with the newborn.

Medical care and medical research concerning gestation, labour, birth, postnatal care and breast feeding, should have to consider women sexuality and libido as well as mother-infant pulsions and desires, as regulating factors; and they should always be strictly respected.

10

Hay funciones fisiológicas que han sido diseñadas filogenéticamente para producirse y regularse mediante pulsiones sexuales; y si se inhiben dichos impulsos se pueden forzar más de lo previsto sus mecanismos de regulación, produciéndose quiebras, bloqueos y daños psicosomáticos, es decir, creando la enfermedad. Y esto es lo que ocurre muy específicamente con la maternidad.

Voy a tratar de exponer algunos de los ya abundantísimos datos concretos que hoy existen al respecto; pero antes creo que es preciso recordar algo sobre la libido, un concepto que fue acuñado por la medicina y la psicología de la primera mitad del siglo XX y que ahora ha caído en desuso, por no decir en desgracia. Y sin embargo no se puede entender un cuerpo humano sin libido, sin pulsiones sexuales.

La libido es una pulsión corporal que percibimos como deseo de placer, y que nos impulsa a realizar ciertas prácti-

cas para obtener ese placer. La vivencia de estas prácticas es lo que llamamos "sexualidad". Para decirlo de forma simplificada, la libido es la pulsión que nos lleva a buscar el placer, y la sexualidad la vivencia del placer. Y lo mismo que cuando el cuerpo necesita comer, nos vienen las ganas de comer, cuando el cuerpo necesita placer (y toda la bioquímica que le acompaña) aparece el deseo. Humberto Maturana dice que biológicamente somos seres adictos al amor. Y Pedro Kropotkin decía que *buscar el placer y evitar el dolor es la vía general de acción del mundo orgánico*. Y Wilhem Reich que *la producción sexual es la producción vital per se*. Y así sucesivamente. Sin libido, perdemos el tono anímico, nos desvitalizamos, en alguna medida, nos robotizamos.

La libido es una pulsión producida por nuestros cuerpos, y está prevista para la conservación y el mantenimiento de nuestro organismo. Como **todo** lo demás que ocurre en

nuestro cuerpo, no ocurre porque sí, sino que tiene su sentido, su razón. El placer tiene una función orgánica benefactora y necesaria para la regulación de los sistemas orgánicos, que se puede definir en términos bioquímicos y neuroendocrinos; ya no se puede sostener aquello de que era “un enemigo del alma”, una tentación exterior del demonio. Por otro lado, hace algún tiempo que sabemos que la función primaria de la sexualidad no es la reproducción sino la regulación del propio organismo; la reproducción es una función secundaria de la sexualidad (1).

En el tratado de neurología del profesor Werner Kahle (2) se afirma que las funciones viscerales controladas y reguladas por el hipotálamo... entre otras, *los procesos responsables del mantenimiento de la especie y la sexualidad... se desencadenan por necesidades corporales que se vivencian como hambre, sed o impulso sexual*. Y que *los impulsos al servicio de la conservación del organismo y de la especie acompañan generalmente, de componentes afectivos (emociones y sentimientos): placer, displacer, alegría, angustia, satisfacción, miedo o ira. En el desencadenamiento de estas emociones el hipotálamo juega un papel esencial*.

No obstante a todas las constataciones del mundo de la ciencia, nuestra educación sigue haciéndonos adoptar una actitud racional crítica y negativa con respecto a nuestras pulsiones sexuales, que nos lleva en general a ignorarlas (la mayoría de las veces, y siempre que no son muy fuertes, inconscientemente), a no reconocerlas, o bien a inhibirlas. Es la socialización bajo la implacable presión del tabú del sexo, que de hecho, necesariamente, nos parte en dos, en cuerpo y mente; porque la mente no tiene que reconocer ni darse cuenta de lo que pasa en el cuerpo. Esta situación explica el que las mujeres vivamos la maternidad desconectadas de nuestras pulsiones sexuales y que entreguemos nuestros cuerpos a la medicina; que en lugar de confiar en la sabiduría corporal y en la filogénesis (que nos ha diseñado como un prodigio sinérgico que realiza millones de operaciones por cada instante de vida), traslademos la confianza a la medicina que como mucho es capaz de aprehender alguna millonésima parte de lo que ocurre en nuestros cuerpos; así que en cuanto tenemos dos faltas vamos a visitar al especialista como si estuviéramos enfermas.

Sin embargo, la maternidad es una convulsión corporal de tal envergadura, que a pesar de la socialización en la desconexión con el cuerpo, a pesar de la presión del entorno social y de todo el sistema de creencias al uso, el deseo materno acaba por hacerse sentir en alguna medida. Cuanto más hablo de este tema con mujeres que han sido madres, más me encuentro con la existencia generalizada del deseo materno, aunque eso sí, soterrado y silenciado; me doy cuenta de cómo las mujeres nos hemos tenido que ir tragando el dolor de su represión como quien se traga sus propias vísceras. Y cuanto más pienso en ello, en la represión del deseo materno, más me parece que ésta ha sido y sigue siendo la mayor prueba de esclavitud y de sometimiento

de la mujer. Porque si este deseo tan intenso ha podido ser sistemáticamente anulado en un grado tan importante, ha sido y es debido al estado todavía de sumisión de la mujer; al poco valor que nosotras mismas le damos; y a la casi nula consideración por parte de la sociedad —incluido el sistema médico— de ese deseo, cuando la mujer, a la hora de ser madre, intenta expresarlo.

El deseo materno tiene una sabiduría funcional y operativa, como veremos ahora, que está siendo confirmada por la biología, la antropología, la fisiología, la neurología el psicoanálisis y las mismas prácticas clínicas; es un bien imprescindible para la salud de la humanidad, que en nuestra sociedad se corrompe y se desperdicia. Con los datos que a continuación voy a exponer, veremos que las pulsiones sexuales de la pareja madre-criatura están orientadas a completar la gestación, a la regulación mutua de la fisiología a través de la lactancia, sin ninguna relación ni psíquica ni fisiológica con las relaciones coitales de la vida adulta, en cuyo nombre se viene condenando el amor materno corporal.

La función benefactora y reguladora del deseo materno, nos tendría que hacer reflexionar sobre por qué el deseo y la libido, que fueron reconocidas en la primera mitad del siglo XX casi han desaparecido del mundo académico; puesto que no sólo no han sido “superadas” por el desarrollo científico, sino por el contrario éste no hace sino confirmarlas.

Por otro lado, la historia y la antropología (Levy Strauss, Margaret Mead, etc.) reconocen que nuestra sociedad se levanta sobre un tabú social sobre el sexo, lo que significa reconocer la existencia de las pulsiones sexuales y al mismo tiempo su prohibición. Esto no se niega directamente, nadie lo niega; pero se mantiene la verdad abstracta, junto con la más absoluta falta de interés en saber qué significa semejante tabú en concreto, y cómo afecta a nuestras vidas y a nuestra salud. Nadie quiere indagar ni reconocer lo que produce la represión de las pulsiones sexuales. Sería como destapar la caja de Pandora.

Si es cierto que ha llegado el momento histórico de las mujeres, puede que una de nuestras tareas sea la de destapar esta caja, y empezar a atajar tanto sufrimiento innecesario en todas partes, en los partos, en los nacimientos; tanto sufrimiento innecesario en las mujeres y en las criaturas.

El tabú sobre el sexo tiene sus particularidades: empieza por la prohibición general de la práctica espontánea del sexo y la tácita aceptación de la inhibición de todas las pulsiones sexuales; y sobre esta premisa a continuación se permite exclusivamente una determinada y única práctica sexual, adulta y coital. De manera que lo que verdaderamente se suprime es toda la sexualidad infantil (desde Freud nadie niega su existencia, pero ¿dónde está?), toda la sexualidad de la mujer no orientada hacia el coito, y toda la sexualidad diádica, materno-infantil.

Entonces, el inmenso océano de energía que supone todo el deseo y todo el anhelo humano, queda codificado de un plumazo en términos falocéntricos, según la imagen sim-

bólica del mito de la media naranja, mito material y fácticamente representado por la pareja de nuestros padres. Todas nuestras pulsiones quedan etiquetadas bajo un mismo epígrafe, incluido el deseo de la criatura del cuerpo materno, y el deseo de la madre del cuerpo de la criatura. Y este disparate de nuestra cultura y de nuestra razón pervertida, pone patas arriba la función orgánica reguladora de la libido, con todo el sufrimiento que conlleva. El tabú del incesto que prohíbe directamente el deseo materno, viene a concretar el tabú general, con el argumento de que las pulsiones sexuales de la criatura recién nacida se dirigen a hacer el coito con la madre.

Sólo la condición de la mujer en este mundo puede explicar que durante cien años no se hayan dejado escuchar las voces de protesta de las madres ante semejante disparate; un disparate, éste sí, de una perversidad incalculable destinado a reprimir la maternidad y la sexualidad básica inicial.

Dicho esto, la descodificación de las pulsiones sexuales se nos presenta como un reto importantísimo, para que podamos empezar a reconocer la pluralidad de la sexualidad femenina y el verdadero sentido de la libido materna; el verdadero anhelo de los amores primarios destinado al cuidado de las criaturas, y empecemos a respetarlos consecuentemente. De ello depende además el que podamos volver a poner en su quicio toda la otra sexualidad desquiciada de nuestra sociedad.

La desaparición conceptual de la libido, como dimensión o categoría orgánica, ha sido y es necesaria para poder mantener a raya las pulsiones sexuales inconvenientes, que estorban; para poder someter y reconducir la sexualidad de la mujer hacia el orden falocéntrico, y “nidificar” el deseo materno.

Suprimida la libido, la medicina por un lado y la psicología por otro, caen en una deriva unilateral y mecanicista, pues ni las conductas humanas ni la fisiología se pueden entender sin situar el papel de la libido en nuestro organismo. Así tenemos todo tipo de causalidades para las enfermedades, como las pobres bacterias (que realizan funciones tan beneficiosas e imprescindibles para nuestros cuerpos) o los virus (unas moléculas a las que se las ha convertido también en pequeños y malignos monstruos). Suprimida la libido, las mujeres nos convencemos de que nos tienen que sacar a las criaturas porque nuestros cuerpos no saben parir, o que las criaturas no saben mamar y hay que enseñarlas. Incluso he llegado a escuchar en la televisión a un médico decir que hay que enseñar a dormir a una criatura lo mismo que hay que enseñarla a usar el tenedor (*sic*).

En cuanto al malestar psíquico individual, en lugar de tratarlo como un resultado directo y obvio de una sociedad que nos impide vivir según los deseos, y en la que la supervivencia sólo es posible en estado de represión, se nos convence de que es debido a una deficiencia nuestra en la adaptación social, a que no sabemos manejar nuestras emociones y “que no hemos hecho los deberes”: el orden social

es maravilloso, somos nosotras las que estamos mal; y entonces se nos ofrecen “terapias”, para remediar nuestro malestar individual, basadas en una manipulación de las emociones (alfabetización emocional, crecimiento personal etc.); un conductismo emocional disfrazado de “inteligencia emocional” y otros eufemismos; terapias en definitiva que yo más bien veo como unas clases particulares que se aplican como complemento de las oficiales, destinadas a realizar el orden interior represor, es decir, a organizar la resignación, y a aprender a manejarnos por el mundo en el estado de represión. Así se conjuran emociones como la rabia y la indignación que nos llevarían a resistir y a empujar para conseguir un mayor margen de vida.

La sociedad patriarcal condenó el amor primario, la pulsión más importante de la vida humana; borró del mapa el deseo materno, y convirtió en lascivia las pulsiones sexuales de la mujer; por ello esta sociedad, casi diría que por definición, es una sociedad enferma. Sin embargo tenemos una gran esperanza, y es que las pulsiones corporales están ahí, y por lo tanto si recuperamos las nociones del deseo materno y del amor primario podremos descodificarlas, reconocerlas y dejarnos guiar por su sabiduría. Hay lenguas que todavía conservan una voz para designar el amor primario como un tipo de amor específico, como el “amaeru” en japonés (3).

Para quienes no hayan vivido la experiencia de la maternidad y crean que el deseo materno no existe, o que efectivamente es una traslación del único deseo sexual posible, a saber el falocéntrico, o simplemente, para quienes quieran leer más sobre el deseo materno, recomiendo dos lecturas: *El libro del ello* de **Georges Groddeck** (4), donde se describe “la voluptuosidad jamás definida” de la mujer en la maternidad, y *La Guerre de Sexes* de **Maryse Choisy** (5) donde recoge su investigación sobre la sexualidad uterina de la mujer.

EL PARTO COMO ACTO SEXUAL

Hoy en día conocemos las hormonas que acompañan el placer y la actividad sexual. Creo que es universalmente reconocido que la oxitocina, la “hormona del amor” como la llamó Niles Newton (6), se segrega cuando hay alguna actividad sexual. Y al mismo tiempo, la oxitocina también está reconocida como oxitócico; tiene el efecto de distender los haces musculares del útero y dilatar su boca. De hecho la medicina utiliza la oxitocina sintética para inducir o acelerar “la dilatación” del útero.

El que la “hormona del amor” tenga receptores en los músculos uterinos y sea oxitócica, creo que es una prueba de que el proceso fisiológico del parto pertenece a la esfera de los fenómenos fisiológicos amparados por la sexualidad de la mujer. Y también que la fabricación de oxitocina sintética, es una prueba la robotización de la fisiología de la maternidad.

Creo honestamente que existe una base suficiente para al menos preguntarse si la fabricación de oxitocina sintética

tiene algo que ver con los hallazgos del Dr. Serrano Vicens, de Merelo Barberá, y del Dr. Schebat del Hospital Universitario de París (7), de una relativamente alta proporción de orgasmos en los partos. Es decir, para preguntarnos si el parto tiene algo que ver con el orgasmo.

Y quizá podríamos encontrar alguna respuesta en la descripción de Frederick Leboyer (8) acerca de dos formas de abrirse el útero: Una es espasmódicamente, es decir con espasmos en bloque de los músculos contraídos, que producen en cada intento de distensión, en cada espasmo o contracción, el conocido dolor del calambre. Leboyer explica que cada contracción es un movimiento espasmódico de todos los haces musculares longitudinales en bloque, y que el músculo contraído reacciona sin distenderse, sin aflojar, y lo compara con una garra que no se afloja y que no suelta su presa. Con esta contracción al cervix le cuesta mucho abrirse, la garra no se afloja; a diferencia de cómo en cambio se abre suavemente si los haces musculares están relajados, y se produce un tipo de distensión lenta que empieza en la parte superior de los haces musculares, y baja poco a poco hasta el extremo inferior, y al llegar abajo, el cervix se afloja y va abriendo su luz suavemente, un poco más con cada latido. Con este tipo de distensión, más que de contracción cabe hablar de latido uterino; y Leboyer, al observar el movimiento del vientre de la madre, asegura que se asemeja a la respiración lenta y pausada de una criatura cuando duerme plácidamente. Dice Leboyer también, que en el rostro de la mujer se observa que en lugar de retorcerse de dolor, camina hacia el éxtasis.

Recientes estudios han descubierto un aspecto de la oxitocina que parece que tiene que ver con la apertura del útero. Resulta que *la oxitocina es más eficaz cuando es liberada de forma rítmica por pulsaciones rápidas* (9); lo que corrobora la eficacia de la distensión del útero con pulsaciones rítmicas; el tipo de relajación de los músculos suave y lenta, de oleada en oleada, de latido en latido. Y también explica que sea distinto el efecto de la oxitocina inyectada en vena y que llega de golpe; y que produce la contracción de los haces musculares a la vez y en bloque. Dice Leboyer que lo que hasta ahora se habían considerado "contracciones adecuadas" del trabajo de parto, son contracciones altamente patológicas y de la peor calidad. Hace avanzar lentamente el trabajo de parto y hacen sufrir a la mujer y a la criatura.

Wilhem Reich ya había dicho también que los nacimientos son traumáticos porque desde hace siglos los úteros son espásticos (10).

Michel Odent asegura que los ginecólogos no saben lo que es un parto porque sólo han visto partos en los hospitales. Es como si se hubiera construido una disciplina médica sobre una base errónea; en una incompreensión del parto como un fenómeno que entra en la esfera de la sexualidad humana. Porque es cierto que los partos hoy por hoy se presentan a menudo con enormes dificultades.

Si la oxitocina es el oxitocico que abre el útero y ésta se segrega de forma natural con la excitación sexual, ¿cómo se

va a producir oxitocina natural si la mujer está en una situación de stress?

¿Será quizá por eso que los viajeros e historiadores, como Fray Bartolomé de las Casas, que han dado testimonio de pueblos en los que las mujeres parían sin dolor, contaban que las indias se escondían para parir solas?

Michel Odent también ha relatado que según su larga e importante experiencia, cuanto menos se intervenía y se hablaba con la mujer, cuanto más se la dejaba abandonarse a sí misma, mejor y más fácilmente paría (11). Una mujer para parir tiene que meterse dentro de sí misma y olvidarse del mundo. Dice Odent que hay que evitar inducir cualquier actividad racional en la parturienta, que incluso preguntarle el número de la seguridad social a una mujer puede interrumpir un parto.

Una mujer no puede parir en estado de alerta. Lo mismo que no se pueden tener relaciones coitales satisfactorias en estado de alerta. La actividad sexual es incompatible con este tipo de estados en los que se supone que es necesaria otra actividad para hacer frente a lo que esté ocurriendo. Por eso está previsto que si hay cualquier alerta, se interrumpa el parto y se espere a que pase la circunstancia que ha motivado la alerta. Una hembra mamífera no puede ponerse a parir si tiene una amenaza de un depredador u otra. Recuerdo que estando de parto una prima mía, se murió nuestra abuela a la que ella quería mucho; y el parto se paró y no se reinició hasta que estuvo enterrada.

Y por otra parte, ¿cómo va el cuerpo a moverse a favor del parto si no se deja a la mujer adoptar la postura que le vaya pidiendo la evolución del proceso?, ¿si se la mantiene de forma obligatoria tumbada sobre una mesa?, ¿cómo no va a haber atascos con el cuerpo en horizontal?, ¿cómo se va a empujar si no tenemos los pies en el suelo? La medicina no hubiera nunca intentado forzar la fisiología del parto como viene haciendo, si hubiera tenido en cuenta que esa fisiología sólo la puede guiar las propias pulsiones sentidas por la mujer.

Y por último tenemos la situación actual de las mujeres socializadas en la represión sexual con el útero inmovilizado, que aunque nos tiene que hacer entender que esto es un factor de quebrantamiento, de irregularidad fisiológica, no nos tiene que llevar a la conclusión de que el parto no tiene capacidad de autorregulación, o que parir es una enfermedad; en todo caso habría una "enfermedad" en el útero producida por la represión, a tener en cuenta en el momento del parto; pero no para consagrarla sino para tratar de devolver al útero su funcionamiento regular.

Cuenta Dorion Sagan (12) que *en la antigua Grecia se pensaba que las mujeres a las que se diagnosticaban trastornos nerviosos o "histéricos" padecían de un desplazamiento hacia arriba del útero. El tratamiento de los nervios y la histeria, incluía, entre otras cosas, el intento de devolver el útero a su sitio, aplicando olores tóxicos en la boca y la nariz.*

Puesto que los úteros se mueven y se desplazan cuando laten, los úteros que quedan arriba inmovilizados pertene-

cen a cuerpos sexualmente inactivos. Lo que me parece interesante destacar es el tipo de terapéutica que aplicaban en la antigua Grecia a la enfermedad de la “histeria” (que viene de “hysteron”, en griego, útero), intentando devolver el útero a su estado normal, en lugar de consagrar la enfermedad.

El estado sexual de la mujer se traduce automáticamente en cambios fisiológicos e histológicos del útero; la anatomía, la fisiología y la histología tendrían que cruzarse con la sexología y estudiar el útero como el centro del esqueleto erógeno de la mujer. Se podría ver en concreto cómo la sexualidad y la fisiología caminan juntas. Para empezar, hay un cuadro muy interesante en el número de la revista Integral (13) dedicado al parto, que compara las transformaciones del útero en el momento del parto y en el momento del orgasmo.

En su famoso tratado sobre sexualidad, Masters y Johnsons (14) aseguran que en todo orgasmo femenino se producen contracciones del útero, lo que viene a ser otra perspectiva para entender las contracciones del parto así como los partos orgásmicos, y que nos lleva a lo mismo; es decir, que el fenómeno conocido como orgasmo consiste en unos movimientos rítmicos del útero (contracciones o latidos) que al relajarse y distenderse, relajan también el cervix.

Masters y Johnsons también comprobaron, basándose en un estudio realizado en cien mujeres embarazadas, que durante el embarazo se produce una *intensificación de la erogeneidad de las áreas genitales (los pechos se vuelven muy sensibles y constituyen una fuente de placer)*. Algunas mujeres que anteriormente no habían conseguido tener ningún orgasmo, durante este período lo consiguen fácilmente (citado en la revista Integral, pag. 38) (13).

Pero sin duda, una de las respuestas más importantes la encontramos en la investigación realizada por la sexóloga francesa Maryse Choisy (4), en base al seguimiento de la vida sexual de 194 mujeres a lo largo de 15 años, según el cual el orgasmo femenino auténtico es el cérvico uterino, el que tiene su epicentro en el útero.

También tenemos imágenes de partos orgásmicos, para ayudar a creémoslo o a imaginarlo, o de cómo las mujeres de algunas regiones de Arabia Saudita que forman corro alrededor de la parturienta y se ponen a bailar lo que aquí llamamos “danzas del vientre”, y al parecer dicen que es para “hipnotizarla con sus movimientos y para que ella también se mueva a favor del parto (15)”.

Cuando comienza un parto, las primeras “contracciones” se sienten como pequeños pellizcos indoloros, podríamos decir que casi no duelen; en este momento es cuando la mujer debe de iniciar el viaje interior, desconectarse del mundo y conectarse con sus pulsiones y su deseo; y en lugar de retraerse por miedo al dolor —que todavía no ha llegado— hacer un acto corporal de entrega y de abandono: relajarse, abrirse y empujar. Creo que de este modo, las siguientes “contracciones” ya no se percibirán ni siquiera como pellizcos, sino que sólo llegará la agradable sensación difusa de placer producida por el temblor del cervix.

Si por el contrario, como solemos hacer, nos dejamos llevar por el miedo y nos contraemos y nos encogemos, a la siguiente contracción los pellizcos se irán notando más y comenzarán a ser dolorosos, y empezaremos a recorrer la espiral del dolor: cuanto más dolor más retraimiento y encogimiento, y cuanto más encogimiento, más dolor... y así nos iremos moviendo en contra del parto; en lugar de coger el ritmo de los latidos, entrar en la espiral del placer y movernos a favor del parto.

Recordemos que la ecuación

supresión del deseo → supresión de la sexualidad →
parto con dolor

no es nada nuevo; ya se conocía y se implementó en los comienzos de nuestra civilización; cuando Yavé le dijo a Eva: El hombre te dominará (o sea, vivirás sin tu deseo), habrá entonces enemistad entre ti y la serpiente (que era la representación simbólica de la sexualidad femenina en la antigüedad), y por tanto, parirás con dolor.

La esclavitud significa ante todo no vivir en función del deseo sino en función de la necesidad según las condiciones impuestas por la autoridad competente. Entonces desaparecieron las danzas autoeróticas de mujeres (y de niñas), como las “danzas del vientre” (donde no sólo se mueve el esqueleto pélvico sino también el útero que está en su interior), los saltos de delfín en el agua de las sirenas, o las prácticas autoeróticas que realizaban las mujeres mayas; también cambió la forma de vivir a ras de suelo, pues el estar todo el día en cuclillas y realizar las tareas en esa posición promovía el movimiento continuo del útero. Vivir en cuclillas es incompatible con la “histeria” relatada por los griegos, con el desplazamiento hacia arriba del útero; en cambio sentarse en sillas altas lo favorece.

Está demostrado que con la inducción del parto se incrementan las probabilidades de que ese parto acabe en cesárea, porque la inducción es en sí misma una tremenda quiebra del proceso de regulación fisiológica normal; y por mucha oxitocina sintética y por muchos dolorosos espasmos, a veces no hay modo de que se “afloje la garra” y el cervix no se abre y hay que terminar en el quirófano abriendo el vientre de la mujer a golpe de bisturí. Inducir un parto es una barbaridad fisiológica; como dice Marsden Wagner, no es posible que tantas mujeres sean incapaces de parir.

LA UNIDAD MADRE-CRIATURA

Michel Odent (16) y otros autores y autoras, en las últimas décadas han hecho un trabajo de divulgación científica sobre la importancia de que madre y criatura permanezcan unidas inmediatamente después del nacimiento, para permitir la impronta o enamoramiento mutuo. No sólo por las sustancias del calostro, la expulsión natural de la placenta y todos los fenómenos fisiológicos del momento, que también son muy importantes para la transición, sino porque de ese

inicio, de ese estar o no juntas en esos momentos la madre con la criatura, depende el futuro de dicha unión, la duración de la lactancia, y por tanto, la salud y el bienestar futuras. Recientemente, el pediatra sudafricano **Nils Bergman** (17) ha realizado una recopilación de datos del campo de la biología evolutiva, de la psicología, de la antropología y de la neurología, que ha cruzado con sus propios estudios clínicos y de otros u otras pediatras, que nos da muchísima más luz sobre el papel de la unión madre-criatura en la regulación fisiológica y en el crecimiento de la criatura; unión que hasta ahora la medicina en general había obviado, como si no fuera un factor influyente en el desarrollo de las criaturas recién nacidas.

Bergman explica [*Restoring the original paradigm* (18)] que en nuestro rombencéfalo (*hindbrain*) hay tres programas neurológicos, el de defensa, el de nutrición y el de reproducción; cada uno de estos programas está asociado a un paquete de hormonas y también a nervios y músculos, de manera que la activación de uno u otro programa afecta de diversos modos a todo lo que ocurre en el organismo. Estos tres programas que regulan todo el metabolismo basal de nuestros cuerpos, previenen el mantenimiento de la vida en diferentes circunstancias. Según las circunstancias de nuestro medio y de nuestro desarrollo vital, se activará uno u otro programa; por ejemplo, cualquier motivo de alerta, o situación anómala perjudicial para nuestra vida, activará el programa de defensa e inmediatamente cerrará (*shut off*) los otros dos, pues sólo puede haber uno de los tres programas en funcionamiento. La existencia de estos programas neurológicos y su funcionamiento, concuerdan con lo que refería Michel Odent sobre los partos, que he mencionado en el punto anterior, y en general, con la experiencia que tenemos tod@s de la incompatibilidad de la actividad sexual con la alerta.

Cuando la criatura recién nacida está en su hábitat normal, (hay que señalar que **Bergman** no habla de “hábitat natural”, sino de “hábitat normal”), a saber sobre el torso de la madre y en contacto piel con piel con ella, tiene activado el programa “de nutrición” previsto para realizar el conjunto de funciones correspondientes a su desarrollo.

Este conjunto de funciones que realiza cada especie en su hábitat, es lo que en biología se llama “nicho”. La idea que la biología aporta a la neonatología, es que sin hábitat no hay nicho, no hay desarrollo normal: la criatura no puede hacer su papel ni comportarse como le corresponde a su proceso.

Entonces, en su hábitat, piel con piel sobre el torso de la madre, la criatura a los pocos minutos de nacer (puede ser a los diez minutos; en general antes de que transcurra la primera hora: por eso es importantísimo que no sea llevada a ningún sitio), empieza a reptar, arqueando la espalda y empujando con las piernas; y orientándose por el olfato, busca el pezón materno; cuando lo encuentra, se engancha y mama sin que nadie le enseñe. **Bergman** explica que es la criatura quien tiene el programa neurológico de “nutrición”, y que es ella quien lleva la iniciativa, quien estimula a la madre

y la “enseña” el arte del amamantamiento, siendo el único requisito el haber permanecido sobre ella. Todo esto explica y da la razón al deseo materno de tener a la criatura apegada contra el propio cuerpo. Y corrobora la información que teníamos sobre la impronta y las descargas de oxitocina que se producen en ese momento para asegurar la unión de la madre y de la criatura. Aunque no lo diga explícitamente, la piel con la piel del hábitat materno significa amor y deseo.

Si por el contrario se separa a la criatura de su madre, el programa de “nutrición” se cierra y se abre el “de defensa”; la criatura entra en un estado de alerta, y protesta mediante el llanto reclamando ser devuelta a su hábitat. La criatura separada de la madre realiza una actividad intensa que cursa con una bajada de la temperatura corporal, disminución del ritmo cardíaco y respiratorio, taquicardias y apneas, inducidas por el aumento masivo de glucocorticoides (hormonas del stress). Y si la criatura es mantenida separada de la madre durante tiempo, llorará cada vez con más desesperación, y pasará del estado de alerta al de desesperación, hasta que el cansancio la rinda. **Bergman** dice que *llorar es nocivo para los recién nacidos; ello restaura la circulación fetal y aumenta el riesgo de hemorragia intraventricular y diversos otros problemas*. Hay estudios que explican que las descargas masivas de las hormonas del stress crean una toxicidad bioquímica que perjudica seriamente la formación del sistema neurológico, pues *no sólo dañan a las células cerebrales sino también la memoria y ponen en marcha una desregulación duradera de la bioquímica cerebral* (19).

Así pues, como el propio **Bergman** indica, las investigaciones científicas al respecto han dado la razón al deseo materno que, ante el llanto de la criatura, busca darle consuelo, cogiéndola en brazos y ofreciéndola el pecho.

Es importante tener en cuenta que sacar a una criatura de su hábitat, no sólo es perjudicial por el estado de “defensa” y de stress que desencadena, sino también por lo que no se permite que suceda, la función normal del crecimiento de la criatura (el “nicho”). Y que la falta de actividad del “nicho” revierte inevitablemente en el “hábitat”, o sea, en la madre, promocionándose así el mutuo distanciamiento.

El equipo de **Bergman** hizo un estudio comparando criaturas recién nacidas apegadas a la madre con criaturas separadas de la madre; se aseguró de que ambos grupos recibían exactamente la misma atención y cuidado y que la única diferencia era el estar o no con la madre. La tasa de cortisol, que se media tomando muestras de saliva, era el doble en las criaturas separadas de la madre. De esta manera se comprobaba que el solo hecho de la separación produce una situación de stress en la criatura recién nacida. El aumento de la tasa de cortisol —el aumento del stress— llegaba a ser hasta de 10 veces más alta, cuando además de la separación se sometía a la criatura a luces intensas, ruidos, tomas de muestras de sangre, etc. Sin embargo, bastaba una hora de contacto piel con piel con la madre para que la tasa de cortisol bajara de 10 veces más a 2 veces más de lo normal.

Los estudios clínicos de Bergman han corroborado las hipótesis de los científicos que ya habían estudiado en ratas el impacto de la falta del contacto y del cariño materno: En 1997 la revista *Science* (20) publicó el trabajo del Dr. Liu (Universidad McGill, Montreal) sobre la influencia de la atención materna en el desarrollo de respuestas hormonales al stress, las descargas de glucocorticoides en situaciones de angustia, y cómo éstas afectaban al desarrollo del cerebro. En el editorial de este mismo número de la revista, **Robert Sapalsky** (Universidad de Stanford) comenta las conclusiones de otras investigaciones con ratas que habían probado que el cariño y el contacto de la madre incrementaba los niveles cerebrales de benzodiazepina (una hormona tranquilizante).

Otro dato aportado por los estudios clínicos de **Bergman** es el de la regulación de la temperatura corporal de las criaturas recién nacidas. Los gráficos de temperatura de una criatura en la incubadora, muestran por un lado una falta de estabilidad: la temperatura corporal tiene subidas y bajadas; y por otro lado, que siempre está por debajo de la temperatura ambiente dentro de la incubadora, como si el cuerpo de la criatura no pudiera absorber el calor del ambiente. En cambio, cuando la criatura está sobre el cuerpo materno, las temperaturas de ambas se aparejan y son estables; la criatura absorbe el calor del cuerpo materno. Entre madre y criatura hay una "sincronía térmica". Además, la media de la temperatura no estable en la incubadora es inferior a la temperatura media sobre el cuerpo de la madre.

Otro estudio realizado con hombres y mujeres, madres y no madres, daba el siguiente resultado: el torso de una madre tiene 1° C de temperatura más que el de cualquier otra mujer u hombre. Pero si la criatura tiene la temperatura baja, la madre sube la suya hasta 2° C con el fin de calentarla; y si por el contrario la temperatura de la criatura es alta, la madre baja 1° C la suya para enfriarla. Esto es una prueba de regulación mutua y de la sincronía fisiológica de la pareja madre-criatura, parejas a la interacción de sus pulsiones libidinales.

La sincronización corporal se hace evidente de manera abrumadora en la fisiología del amamantamiento. La composición de la leche que la madre produce no es siempre la misma, siendo la criatura apegada a la madre quien controla y determina las variaciones. Sabíamos que la composición de grasas y proteínas de la leche no es la misma al principio que al cabo de quince minutos, o que final de una misma tetada (y este argumento nos servía para cuestionar las reglas mantenidas durante mucho tiempo por la pediatría sobre la frecuencia y duración de las tetadas); y que tampoco era la misma de una tetada a otra; ni la misma los primeros días que a los 15 o que a los tres meses del nacimiento. También se habían comprobado diferencias en las tasas de inmunoglobulinas y algunas otras variaciones. Pero ahora se han encontrado más de **doscientas sustancias químicas** (no quiere decir que sean todas las que hay) necesarias para la absorción del nitrógeno, del hierro, del calcio, etc., para la producción de diferentes enzimas, para la puesta a punto del

intestino, etc., que se producen en la leche materna y que se regulan a **demanda de la criatura**. En cuanto al sistema inmune, la leche materna no solo proporciona inmunoglobulinas en general sino también las inmunoglobulinas específicas que la criatura necesita en cada momento. La cantidad de agua en la composición de la leche también varía con las necesidades de la demanda (humedad ambiente, etc.). La leche materna es algo similar al suministro por vía del cordón umbilical. La diferencia es que el cordón umbilical supone un sistema que está físicamente integrado, mientras que la unión física en la exterogestación está prevista por la pulsión libidinal.

Desde el psicoanálisis, **M. Mahler** (21) ya había advertido que la libido es "una matriz extrauterina", que mantiene o debería mantener unida a la madre y a la criatura, formando una diada funcional. Biológicamente no está previsto el desapego, ni la violación del deseo materno, ni la impasibilidad ante el llanto de la criatura.

En la vida intrauterina, la placenta hace de reguladora del intercambio, para acumular sustancias que podrían ser requeridas por el feto sin tener que cogerlas de golpe a la madre, y/o para inducir su producción a los sistemas de la madre. En la exterogestación, son los sentidos, el contacto piel con piel, el latido unísono de un mismo ritmo y de unas mismas pulsaciones lo que garantiza la sincronización fisiológica. La verdad de la lactancia es que es una etapa de la sexualidad de la mujer y al mismo tiempo, la sexualidad básica del ser humano: una sexualidad que produce una relación simbiótica, promovida por una fortísima carga libidinal; según algunos autores [**Michael Balint** (22)], la más alta de la vida humana. Esto se entiende puesto que es la relación corporal más fuerte de la vida de un ser humano: una relación simbiótica con intercambio de fluido fisiológico continuado durante la gestación intra y extra-uterina.

Bergman pone de manifiesto lo inadecuado de las leches industriales, producidas a base de leche de otras especies, principalmente de leche de vaca, que como muy bien dice, es un animal que tiene cuatro estómagos, con un proceso digestivo muy diferente al humano —sin mencionar el estado inmaduro desde un punto de vista gestacional en el que nacemos—. El tipo de caseína, la diferente proporción suero/proteína de una y otra leche, o la proporción de nitrógeno no proteico que la criatura humana requiere, serían suficientes datos para llamar la atención sobre la inadecuación de la leche industrial.

La industria no puede crear la leche idónea, ni puede variar su composición a demanda de la criatura; la composición de la leche es el resultado de un fenómeno vital cambiante, fisiológicamente regulado, y el cuerpo de la madre es una fábrica que continuamente cambia la producción según el cambio continuo de la demanda fisiológica de la criatura. No somos máquinas, ni coches a los que se les echa siempre la misma gasolina.

Según otras investigaciones, en la leche industrial comercializada hay también una ausencia de ácidos grasos

esenciales necesarios para el desarrollo de las criaturas; una ausencia que la industria no puede subsanar porque son sustancias muy biodegradables que no pueden ser sometidas a procesos normales de pasteurización (23).

¿Qué fábrica y qué canales de distribución comercial pueden igualar la producción y “la distribución” materna? Ninguno; ahora bien, aunque la industria y sus redes comerciales no puedan igualar a la madre, lo que las multinacionales sí pueden hacer es acabar con esa producción materna de diversas maneras, siendo la principal el impedir la simbiosis y la relación libidinal; convencer a la madre para que siga una metodología en lugar de seguir sus pulsiones; porque impidiendo la relación libidinal, se acaba frustrando la regulación fisiológica que a su vez acaba frustrando la lactancia. Lo que sí pueden hacer es deshacer la unidad madre-criatura y organizar consecuentemente el “modo de supervivencia” (*survival mode*).

Pero sigamos con la explicación de **Bergman** sobre la lactancia, porque fisiológicamente mamar no es sólo alimentarse; **Bergman** explica que cuando el bebé mama y “ordeña” el pezón realiza un ejercicio diferente de cuando toma el biberón; en el primer caso utiliza un músculo de la cabeza que puede coordinar con los músculos que emplea para respirar y tragar, lo cual le permite mantener el ritmo respiratorio y la oxigenación estables. En cambio, para la succión de la leche del biberón tiene que emplear los mismos músculos que necesita para respirar, y por eso no puede coordinar ambas cosas, y el resultado es que el biberón altera el ritmo respiratorio y produce hipoxia, lo que supone a su vez la alteración del ritmo cardíaco, siendo todo ello evidentemente un factor añadido de stress (*Restoring the original paradigm*). Así pues, **Bergman** afirma que el biberón produce a la criatura stress.

Hay todavía otra importante diferencia conocida en los dos tipos de succión: al mamar se produce un determinado movimiento de la mandíbula y una estimulación del paladar que induce la segregación de hormonas tranquilizantes y del placer (endorfinas); esta estimulación del paladar tampoco se realiza al tomar el biberón. Según **Bergman**, el tono vagal necesario para mantener abierto el programa de nutrición —y cerrado el programa de defensa— tiene dos focos de estimulación y de regulación: el paladar de la propia criatura, con el movimiento de succión al mamar, y el torso de la madre, estando la criatura sobre él, en contacto piel con piel. Vamos pues afinando el conocimiento de los mecanismos concretos por los que el deseo lleva a la regulación fisiológica.

Aparte de la sincronía térmica mencionada, y de la regulación sincronizada de la composición de la leche, **Bergman** también describe la sincronización del sueño, recogiendo investigaciones hechas por diferentes personas (Mackenna, Bowlby, etc.)

La unión madre-criatura en la etapa inmediata al parto/nacimiento había sido hasta fechas relativamente recientes respetada en ciertos ambientes; era la famosa “cuarentena”,

que se había mantenido en cierta medida antes de la aparición del parto hospitalario (y que hoy todavía se respeta en zonas de América Latina, por ejemplo). Durante este periodo la lactancia tiene unas características especiales dado el estado de inmadurez del sistema digestivo; las tetadas tienen que ser muy frecuentes porque el sistema digestivo no está preparado para grandes ingestas. Para hacernos una idea del estado de inmadurez del sistema digestivo, hay que tener en cuenta el modo de alimentación en la vida intrauterina, que es semejante a cuando nos alimentamos por suero, un goteo lento y continuo. La puesta a punto del sistema digestivo en esta transición requiere por ello un acceso permanente a la teta materna para tetadas frecuentes; un ritmo también acorde con el tipo de leche de esos momentos, que tiene una alta proporción de suero con respecto al aporte proteico. Estos aspectos de la transición de la vida intrauterina a la extrauterina nos sirven para comprender los estados de sueño y de vigilia, que han de ir parejos a la frecuencia de las tetadas y a la composición de la leche. En otras palabras, la sincronización madre-criatura también comporta una sincronización de los estados de sueño, de vigilia y de toda la gama de intermedios: lo que supone que la madre tiene que dormir cuando duerme la criatura, y pasar por estados de semisomnolencia mientras que la criatura sigue mamando o chupando también en estados intermedios entre el sueño y la vigilia. Esta sincronización del sueño se regula mediante sustancias opiáceas que se secretan con la lactación y con el contacto piel con piel, y que, al compás del ritmo alimentario, producen el sueño y el descanso reparador para ambas: un sueño compartido en el estado de bienaventuranza de los amantes en plena luna de miel.

Esto es lo que nos perdemos y llevamos siglos perdiéndonos las mujeres que ignoramos que la maternidad es una etapa de nuestra vida sexual. Porque esto no es posible que suceda hoy debido a que las mujeres, en el colmo de la ignorancia y de la desconexión corporal, pretendemos enseguida de parir recuperar la actividad anterior y seguir con el anterior patrón de actividad y sueño; ya incluso se ha perdido la noción de la cuarentena, durante la cual la madre yacía con la criatura **sin ninguna otra ocupación**; ahora incluso la madre que amamanta quiere “aprovechar el tiempo” y “hacer cosas” entre tetada y tetada, o “aprovechar mientras que la criatura duerme” para hacer la casa, etc.

La madre sincronizada podrá hacer de seguro muchas más cosas que la madre desconectada del cuerpo de su criatura —y del suyo propio—. El paradigma o la idea es que la actividad se debería recuperar poco a poco después de la cuarentena, manteniendo **la unidad funcional**, con la criatura apegada y sujeta contra el cuerpo con bandoleras o pañuelos.

La regulación fisiológica requiere un mínimo de descanso y de sueño para ambas, y si no se respeta puede producir el stress y la alteración del conjunto. Este periodo (la antigua “cuarentena”) debería considerarse un período asociado

al parto más que a la crianza, puesto que ambos, parto y cuarentena, constituyen la transición del estado intra al extra-uterino. Tenerlo en cuenta es además básico para la formación y el rodaje de la unidad funcional de la diada extrauterina, y para que la criatura crezca de manera salu- dable física y psíquicamente.

Los estudios realizados por **Bergman** en la planta de neonatología del Mowbray Hospital de Capetown a lo largo de dos años (24), con recién nacidos prematuros entre 1,200 y 2,190 Kg de peso, muestran mejores resultados en la evolución clínica de los bebés puestos piel con piel con la madre nada más nacer, que en los bebés en la incubadora. En algunos hospitales se sigue la idea de la "madre canguro" sólo después de haber estabilizado a las criaturas. Sin embargo, el estudio de **Bergman** muestra que las criaturas se estabilizan mejor después de un parto traumático, si nada más salir son colocadas directamente sobre el cuerpo de la madre. Para **Bergman** la ayuda que puede prestar la tecnología moderna (suero, oxígeno...), debe prestarse respetando el hábitat de la criatura humana, "la matriz extrauterina". También señala que en algunos hospitales se permite a la madre tener a la criatura algunos ratos, lo cual está muy bien pero no es suficiente: la criatura debe estar continuamente sobre la madre; asegura que esto es un reto que la sanidad pública tiene que afrontar.

Bergman dice que la criatura en la cuna o en la incubadora está en un "modo de supervivencia" (*survival mode*), a la espera de volver a su hábitat, sobre el cuerpo de la madre; el descenso de la temperatura corporal posiblemente sea un medio de defensa para ahorrar energía en espera de volver al pecho de su madre. Por eso llora: para llamar la atención y que su madre le vuelva a poner en su sitio, poder cerrar el programa de defensa y abrir el de nutrición y recuperar el "modo de desarrollo" (*grow mode*).

Según estas investigaciones, los valores de referencia considerados "normales" en pediatría (temperatura, ritmo cardíaco y respiratorio, etc.) están equivocados, puesto que se han tomado como tales los valores de las criaturas recién nacidas fuera de su hábitat normal, en un estado de alerta y de stress. **Bergman** asegura que deben ser re-evaluados. Estamos pues ante la misma situación que refería Michel Odent sobre el parto hospitalario, tomando como "normales" las mediciones de fisiológicas en una situación irregular.

La constatación de la sincronía funcional es lo que ha llevado **Bergman** a asegurar que madre y criatura forman una unidad, una diada, una sola cosa (un solo organismo llega a decir en *Restoring...*). El concepto inglés de *bonding* que utiliza él y otros muchos autores angloparlantes, hace referencia a una sola cosa, y no debe traducirse por "vínculo" que hace referencia a dos cosas diferentes. El *bonding* es una sola cosa, es una unidad funcional.

La antropología, la historia, el psicoanálisis y otros campos de investigación, ya habían hablado de la diada, de la simbiosis, etc. **Bergman** ahora habla de ella en términos clínicos, lo cual permite ver su función y su procedimiento todo

lo concreta y exactamente que se quiera ver. Y por eso ha formulado los datos clínicos, no en términos terapéuticos o metodológicos, sino en términos de "paradigma original" de la maternidad. La "**madre canguro**" no es un método sino una imagen del paradigma perdido.

Por eso, la madre que da a luz en el hospital, como dice también **Bergman**, tiene que ser el centro del equipo sanitario que atienda a la criatura que nazca con dificultades, a pretérmino o con cualquier enfermedad. Quitarle a la madre la criatura, quitarle a la criatura su hábitat, es agravar cualquier enfermedad que tenga o provocarle nuevas, y disminuir sus probabilidades de vida y de salud. **Bergman** también lo expresa diciendo que primero es la humanidad y luego la tecnología; es una manera de decir, que el amor y el deseo juegan un papel en la estabilización de las constantes vitales de la criatura recién nacida.

Esto es cierto hasta el punto que **Bergman** recomienda para las criaturas que nacen muertas o moribundas que sean colocadas nada más salir sobre la madre, como la mejor opción posible para ambas en esos dolorosos momentos.

De los doscientos artículos sobre "la madre canguro" que habían sido publicados en el año 2001, ninguno refiere ni un solo aspecto adverso, explica **Bergman**. Y el mejor indicador de lo adecuado de su práctica es la ausencia de llanto en la criatura recién nacida: otra de las comprobaciones clínicas de **Bergman**, es que la criatura piel con piel con la madre llora muchísimo menos (*very much less*). No se puede justificar el dejar llorar a una criatura, ni por la antigua creencia de que servía para "hacer pulmones", ni por la moderna que pretende convencernos de que es una vía saludable de desahogo (que es como confundir una herida con la bala que la produce).

Bergman dice que no nacemos enfermas, pero enfermamos cuando nos separan de la madre y asegura que **la primera violación, lo peor que le puede ocurrir a cualquier recién nacido es la separación de su madre, su hábitat normal**; es una violación de sus pequeños cuerpecitos y también una violación de sus derechos humanos. Asegura por tanto, que *prodigar el apoyo que permita a todas las criaturas recién nacidas permanecer apegadas a la madre, debería ser la prioridad universal de la salud pública*.

La neurobiología también ha establecido el impacto que produce la falta del contacto materno en la formación del sistema neurológico adulto. La neurología posiblemente en estos momentos está en condiciones de explicar detalladamente el modo en que se somatiza la represión de la libido, y en general la somatización de un modo de supervivencia en estado de sumisión.

Los mamíferos en general nacen con un 80% del desarrollo cerebral que alcanzaran en la edad adulta. Es decir, durante la gestación se produce un gran crecimiento cerebral. El ser humano nacemos sólo con un 25%, y alcanzamos ese 80% a los 21 meses de la concepción, es decir, a los 12 meses del nacimiento (18).

Esto significa que durante el primer año de vida extrauterina se va a producir un crecimiento importantísimo del cerebro humano. Pero, según **Bergman** *el crecimiento del cerebro está determinado genéticamente durante las 10 ó 14 primeras semanas de gestación* (19); a partir de ahí, los caminos **no** están pautados genéticamente y **las opciones** (*choices*) se realizan según el estado de la criatura: si está en estado de alerta, en el “modo de supervivencia”, o si está en estado relajado creciendo, **en otras palabras, dependen de la interdependencia libidinal y de la sincronización fisiológica madre-criatura descrita**. Por eso hay distintos neurólogos, neurólogas y otros científicos y científicas que aseguran que *las emociones moldean las neuronas*.

Daniel Alkon (Instituto Nacional de la Salud USA) también asegura que *el ADN humano no contiene suficiente información para especificar la estructura final de las conexiones cerebrales... el cerebro del recién nacido tiene un conjunto de reglas genéticas que determinan la forma en que se realiza el aprendizaje, y después es la experiencia la que lo moldea... las asociaciones que se producen en las primeras etapas de la vida contribuyen a decidir qué sinapsis viven y cuáles mueren*. Según **Carla Shatz** (bióloga evolutiva, Universidad de California, Berkley USA) *el sistema nervioso no espera al nacimiento para dar a un interruptor y ponerse en marcha* (25).

Por su parte **Bergman** (26) recuerda que *al nacer, el bebé humano dispone de más sinapsis en su cerebro que en ningún otro momento de su vida. Su desarrollo es un proceso que consiste en suprimir ciertas sinapsis y desarrollar otras para crear los “caminos” neurales. Estos últimos pueden ser buenos o malos, en función de las sensaciones y experiencias vividas por el recién nacido*.

Carole Landig [Universidad de Groningen, Holanda (27)], entre 1975 y 1979 hizo un estudio neurológico a 526 criaturas recién nacidas. Todas ellas fueron reevaluadas nueve años después. La conclusión más significativa fue que en aquellas en las que se había detectado en la primera exploración algún tipo de problema neurológico menor, la mejoría años después fue mayor y mucho más significativa en las criaturas que habían sido alimentadas con lactancia materna que en las nutridas con biberón desde los primeros días.

Linda Carrol en el citado artículo en *Medical Tribune* (23) se refiere también a un estudio realizado según el cual *el coeficiente intelectual de chavales que fueron alimentados con productos artificiales es ligeramente menor que el de los que probaron la leche de su madre desde su nacimiento*. Aunque el concepto de “coeficiente intelectual” es, cuando menos, dudoso, sin duda tiene que ver con las conclusiones de los estudios siguientes que se mencionan.

La doctora **Marcelle Geber** en 1958 hizo un estudio en Uganda con 308 criaturas criadas “a la vieja usanza” (amamantadas a discreción, transportadas en proximidad constante con la madre, compartiendo la misma cama) y las comparó con un grupo de criaturas europeas (alimentadas en

biberón, empujadas en carritos, alejadas de sus padres por las noches...). La conclusión fue que las criaturas africanas desarrollaban sus capacidades motrices e intelectuales con mayor precocidad durante el primer año (28).

La psicóloga **A.N. Schore** en un estudio publicado en el *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* (29) explica que el “apego” materno afecta a la parte derecha del cerebro que regula todos los mecanismos relacionados con el control de las emociones, y sostiene que el trauma y el stress en las criaturas, provocado por la separación prematura, puede impedir “el desarrollo óptimo del cerebro” en esa etapa crucial que va de los 0 a los 3 años.

Hay muchos estudios que muestran que la falta de madre origina diferentes trastornos psicológicos así como la violencia criminal. **Bergman** se refiere a otro estudio publicado también por **A.N. Schore** (30) y asegura que *las complicaciones que suceden durante el nacimiento afectan a la personalidad, a la capacidad relacional, a la autoestima, y a los esquemas de comportamiento a lo largo de toda la vida. Si a ello se le añade el rechazo de la madre y la ausencia de unión con la madre (“bonding”), podemos constatar una fuerte correlación con un comportamiento criminal y violento. La creación de nidos en los hospitales y el aumento de la frecuencia de las separaciones precoces de la madre son correlativos a los problemas de vinculación afectiva, al abandono de la madre, y al aumento de comportamientos adictivos (necesidades orales del bebé no satisfechas)*.

Esto puede ayudar a entender la afirmación de **Michel Odent** (11), de que la mejor estrategia para obtener una persona agresiva es separarla de la madre en su más tierna infancia; así como otros estudios realizados sobre la correlación entre separación de la madre y desarrollo de una persona violenta, entre ellos el muy importante trabajo del neurólogo **JW Prescott** que deja patente la relación entre la falta de placer corporal en las criaturas pequeñas y los orígenes de la violencia (31). **Margaret Mead** también realizó un estudio similar en diferentes tribus, que desconozco, pero que cita Carlos Fresneda (28). No olvidemos tampoco lo que hacían los espartanos de la Grecia post micénica de tirar a los bebés al suelo para obtener buenos guerreros de los que sobrevivieran al trauma.

Lloyd de Mause (19) también ha escrito en este sentido sobre los hallazgos de la neurobiología, y afirma que los traumas provocados por el desamparo pueden dañar severamente el hipocampo, matando neuronas y causando lesiones; y que este daño está causado por la liberación de una cascada de cortisol, adrenalina y otras hormonas segregadas durante el periodo traumático, que no sólo dañan a las células cerebrales sino también la memoria y ponen en marcha **una desregulación duradera de la bioquímica cerebral**. Además, la abundancia de repetidas oleadas de estas sustancias químicas y hormonas en el cerebro es la causa de la reducción de la producción normal de serotonina, siendo, según este autor, un nivel bajo de serotonina el indicador más importante de violencia, relacionada con tasas altas de

homicidios, suicidios, piromanías, desórdenes antisociales, automutilaciones y otros desórdenes agresivos.

Lloyd de Mause asegura también que se ha demostrado que la falta de cuidados maternos tempranos es la causa de que la región que... permite al individuo reflexionar sobre sus propias emociones y empatizar con los sentimientos de otros individuos sea diminuta, desembocando en una pobre autoestima y en una tan baja capacidad para empatizar, que el bebé crece **literalmente incapaz de sentirse culpable por lastimar a los demás** (19). Así es como se explica desde la neurología la formación de la crueldad en el ser humano.

Este autor también asegura que teniendo en cuenta que los más recientes escáneres de humanos vivos demuestran que la **amígdala** (del cerebelo) es el centro neurálgico de regulación de conducta del miedo, se cree que esa regulación de conducta también juega un papel primordial en desórdenes ansiosos como fobias, desórdenes de estrés post-traumático, bipolares y desórdenes de pánico (19).

La neurología también viene a corroborar diversos estudios epidemiológicos recopilados por el *Primal Health Research Centre* de **Michel Odent** (32), y que establecen la correlación entre el trauma perinatal y diferentes parámetros de salud física y mental en la edad adulta.

Allan Schore y sus colaboradoras (30) han comprobado que la criatura separada de la madre puede pasar del stress (hipervigilancia) a la desesperación y de la desesperación a un estado de desconexión (disociación) para dejar de sufrir:

En la hipervigilancia, el sistema nervioso simpático se activa fuertemente y de forma brusca, con un aumento del ritmo cardíaco, de la presión sanguínea, del tono y de la vigilancia; la angustia de la criatura se manifiesta con llanto y alaridos... este estado frenético de angustia, que Perry llama "miedo-pánico", se conoce como una estimulación ergotrópica... con secreción de tasas excesivas de las principales hormonas del stress... que se producen en un estado hipermetabólico del cerebro.

La **disociación** es el estado de reacción subsiguiente a la respuesta al terror, con embotamiento y retraimiento; es un estado de conservación y de repliegue, una respuesta del parasimpático que sobreviene en situaciones en las que la persona no tiene ni ayuda ni esperanza, una respuesta utilizada a lo largo de la vida, por la cual el individuo se desconecta para "conservar su energía", una conducta peligrosa de supervivencia en la que el individuo finge estar muerto; en este estado pasivo de profunda desconexión, la tasa de opiáceos endógenos es alta, lo que produce ausencia de dolor, inmovilidad e inhibición de gritos de angustia. El tono vagal aumenta considerablemente con una bajada de la tensión sanguínea y del ritmo cardíaco (...) en este estado, desde el cerebro de la criatura, tanto los componentes del sistema simpático que consumen energía, como los del sistema parasimpático economizador de energía se activan (...) (provocando) alteraciones bioquímicas caóticas, un estado de

toxicidad neuroquímica para el cerebro de la criatura en pleno crecimiento.

Es preciso, pues, informar sobre lo que puede significar el dejar llorar a una criatura "hasta que se calle", "para que aprenda", etc. Porque quizá al principio se calle por cansancio físico y se duerma (una primera reacción de supervivencia); pero si se repite a menudo, lo que se hace es empujar a la criatura del estado de desesperación a estados de desconexión que se manifestarán en una amplia gama de síntomas autistas u otros, más o menos graves. Si el amor mantiene la salud, el desamor enferma. Dejar llorar a una criatura es un gran acto de desamor.

Quizá esto puede ayudarnos a comprender mejor las conductas autistas en general, y también por qué la **Dra. Hatori**, jefa de la planta de Psiquiatra del hospital Universitario de Kumamoto (32) (Japón) encontró que la gran mayoría del grupo de niños y de niñas autistas que atendía habían nacido en una misma maternidad, cuyo protocolo era el parto con cita previa (bien fuera para hacer una cesárea o para hacer una inducción). **Hatori**, según cuenta **Michel Odent**, fue destituida de su cargo tras publicar el estudio y no pudo proseguir su investigación.

Varios autores, como **Balint** desde el psicoanálisis o como **Laing** desde la antipsiquiatría, habían ya situado el origen de la esquizofrenia en las alteraciones o violaciones del amor primario. Para **Deleuze y Guattari**, por ejemplo, la esquizofrenia no es sino la resistencia de la criatura humana a la represión del deseo. Ahora la neurobiología también sitúa en esa violación primaria, importantes alteraciones neurológicas.

LA FISIOLOGÍA Y LA LIBIDO: DOS DIMENSIONES DE UNA MISMA REALIDAD ORGÁNICA

Hemos visto algunos datos importantes que muestran hasta qué punto la regulación fisiológica depende del "bonding" o unidad madre-criatura; pues también, hace medio siglo, esta unidad fue observada en términos de interacción libidinal, llegando a definir esta libido, como ya hemos dicho, como una "matriz extrauterina". Para las mujeres que hemos sido madres y que hemos podido sentirnos arrastradas y envueltas por esa fuerza libidinal, no nos sorprenden, ni la abrumadora cantidad de datos y pruebas fisiológicas, ni la información proveniente de la investigación psicoanalítica.

Aunque es triste que hayan tenido que ser las mediciones hormonales y las investigaciones neurológicas las que den credibilidad al deseo materno, por otro lado es una gran satisfacción y alegría, que la ciencia reconozca que nuestro deseo existe y que es "correcto" en lugar de una pulsión incestuosa.

Cuando nos han arrancado a la criatura después de nacer y se la han llevado para hacerle las pruebas protocolarias de los hospitales, las mujeres hemos sentido como si nos arrancasen una parte de nuestro propio cuerpo. Aunque

no podíamos decir nada, porque nuestros deseos ni valían ni contaban, nos hemos sentido violadas. Ahora sabemos que el sentimiento de violación era y es exacto, porque es exactamente lo que sucede; la separación rutinaria de los hospitales es una violación de nuestros cuerpos y del de las criaturas recién nacidas, como dice **Nils Bergman**. El deseo materno es la condensación de toda la libido de nuestros cuerpos en un momento dado, para hacerse una “matriz extrauterina”. El desgarramiento que sentimos con la separación, era el de “la matriz extrauterina”.

La carga libidinal de la unión madre-criatura ha sido explicada por autores como **George Groddeck** (4) o **Michael Balint** (22); este último afirma que, contrariamente a la teoría del narcisismo primario de Freud, lo primario es un amor a dos (*primary love*) (y el narcisismo la reacción secundaria ante la frustración); este amor primario lo describe como una “interpenetración armoniosa” en donde las fronteras entre una y otra están diluidas; curiosamente pone como ejemplo de esta interpenetración el pez en el agua (el hábitat y el nicho), y pregunta quién puede decir si *el agua que está en las agallas o en la boca del pez es parte del mar o del pez*. **Balint** concluye: *de conformidad con mi teoría, el individuo nace en un estado de intensa relación con su ambiente, tanto biológicamente como libidinalmente*. Todo lo contrario del narcisismo o del egoísmo innato.

Además del *primary love* de **Balint** y de la “matriz extrauterina” de **Mahler** (21) otra analista de la psique **Margaret Little** (1961) llamó al *bonding* “unidad básica” 33). Estos conceptos acuñados desde el psicoanálisis son correlativos a lo que ahora la fisiología y la investigación clínica están poniendo de manifiesto (**Bergman** habla del *bonding* como un solo organismo), y son una prueba de la dimensión psíquica de nuestra vida orgánica: el *bonding* es una **unidad funcional**, con sus componentes fisiológica y libidinal.

Y el hecho de que la dimensión psíquica fuese descrita antes que el propio proceso orgánico, a su vez prueba la importancia que tiene lo psíquico en nuestras vidas; o quizá lo que pase es que, a pesar de todo, nuestra historia psíquica sea más fácil de rastrear que la somática.

Lo que fisiológicamente **Bergman** llama cambio del *grow mode* por el *survival mode* es el correlato del cambio anímico que se había detectado en el análisis de la psique: el cambio del vivir en función del deseo por el de vivir en función de la necesidad. [**Deleuze y Guattari** (34)]. Obviamente, la pulsión vital es diferente, y el metabolismo basal de nuestro organismo también entra en una dinámica diferente.

Las corazas musculares y caracterológicas descritas por **Reich** ahora se entienden concretamente como un desarrollo patológico de la criatura humana desde “el programa de defensa”, cuando se mantiene durante un tiempo activada la cadena neuromuscular asociada al juego de hormonas del stress. Se entiende la práctica terapéutica de la “vegetoterapia”, basada en la asociación del shock emocional con los encogimientos y rigideces musculares fijados durante los estados de alerta y de desesperación, y en general, por la

falta del “bonding” y de interacción libidinal. Siempre tendremos que albergar un profundo reconocimiento a **Reich** por haber sido pionero en desvelar la correlación entre lo psíquico y lo somático.

La reciprocidad de la interacción madre-criatura también se observa en los dos planos. Durante mucho tiempo hemos creído que la relación madre-criatura era una relación de dependencia unilateral de la criatura con respecto a la madre; que era ésta quien tenía que cuidar de una criatura totalmente dependiente. Ahora **Bergman** pone de manifiesto que si no se altera el hábitat, existe una regulación fisiológica mutua y recíproca, e incluso que hay momentos claves, como en la transición de la gestación intrauterina a la extrauterina, que es la criatura quien lleva la iniciativa. Pues bien, esta mutua y recíproca regulación también había sido detectada en la economía libidinal. En el libro que venimos refiriendo **Balint** (1979) dice (pag. 194): *la relación que la expresión “dependencia oral” trata de designar, no es una dependencia unilateral sino que es una interdependencia; libidinalmente, la madre depende casi en la misma medida de su bebé en que éste depende de ella; aquí no se da una determinada satisfacción independientemente de la otra*. Ahora ya sabemos también que fisiológicamente esto es así.

En la descripción del *impacto* de esta violación primaria, también encontramos una coincidencia entre los estudios clínicos y neurológicos, y el psicoanálisis.

La separación madre y criatura produce, con palabras de **Bergman**, un **impacto de por vida** (*a lifelong impact*). Pues bien, este impacto fisiológico y neurológico que ahora se está poniendo en evidencia, fue observado y descrito hace ya más de 30 años por **Balint** en el análisis psíquico; lo llamó “**Falta Básica**”.

Aquí también el paralelismo de lo psíquico y lo somático es un chorro de luz que alumbraba la integridad y la unidad psicósomática de las criaturas humanas. No puede haber impacto fisiológico sin impacto psíquico y viceversa.

Como decía, tras cincuenta años de práctica psicoanalítica, **Balint** encontró de modo generalizado en sus pacientes, en la parte más primaria de la psique, por debajo de la construcción edípica, una herida, falta o falla, producida por la ruptura del *primary love*. Sobre esta herida, dice: *su influencia se extiende ampliamente, y es probable que se extienda a toda la estructura psicobiológica del individuo y que abarque en varios grados tanto su psique como su cuerpo*. Ahora la descripción fisiológica del *survival mode* y el programa de defensa regulado por las hormonas del stress, así como los recientes hallazgos de la neurobiología mencionados, ratifican la **descripción de las características de la herida primaria** hecha desde el psicoanálisis.

Balint asegura que la herida psíquica de este impacto **alienta una gran ansiedad** y se mantiene **altamente activa toda la vida**. Por eso, a lo largo de nuestras vidas, cuando se produce una alteración o cuestionamiento del equilibrio emocional edípico, con el que hemos arropado la herida y sobre el que hemos construido nuestro “ego” (el ejemplo

más común es la ruptura de una pareja estable), se nos queda la herida al descubierto y aflora la ansiedad que mana de la Falta Básica. La ruptura de la pareja adulta no cuestiona nuestra existencia, ni tendría por tanto que provocar un sentimiento de angustia tan fuerte; pero la ruptura de la pareja con la madre sí significó un cuestionamiento de nuestra existencia. Esto quiere decir que el miedo y la ansiedad que afloran en la edad adulta provienen de la herida primal (que aunque enterrada se seguía manteniendo “altamente activa”) que ha quedado al descubierto, provocando alteraciones graves en el comportamiento, violencia criminal etc. Concretamente, este es el origen de la violencia machista de los maridos despechados, cuando se les desmonta el “ego” por una insuficiente sumisión de sus mujeres, y se les queda la Falta Básica al descubierto (35).

CONCLUSIÓN

La conclusión de todo lo dicho se puede resumir en la frase de Bergman: *no nacemos enfermas, pero enfermamos cuando nos separan de la madre*. El amor corporal es un regulador fisiológico y su falta nos enferma. Si no hubiera más que fisiología sin libido, efectivamente, daría igual estar con la madre que en una cuna o en una incubadora. Pero no es así. Las criaturas humanas estamos biológicamente hechas para el intercambio libidinal. Los datos que he expuesto (y sólo son una pequeña parte de todo lo que existe) tienen como objeto mostrar cómo la represión milenaria de la sexualidad de la mujer, y la de sus deseos y los deseos de las criaturas producen sufrimiento y enfermedades innecesariamente.

Necesitamos de una medicina del cuidado de la vida que contemple la salud como la autorregulación “normal” de los cuerpos por sí mismos; y la falta de salud —la enfermedad— como el quebrantamiento de esta regulación.

La libido y la fisiología son dos dimensiones de nuestra vida orgánica; no se puede estudiar el cuerpo humano sin tener en cuenta su dimensión libidinal, ni tomar medidas terapéuticas sin contemplar la libido en la regulación orgánica. Todo ello se suele concretar en el respeto a la integridad

y a los deseos de las personas, y en lo que a la maternidad se refiere, en el reconocimiento de la sabiduría del deseo materno (en las madres y en las criaturas). Pensemos un momento en los términos en los que Bergman define el paradigma original de la maternidad: *never separate a mother and a child; a mother and a child must never be separated... nunca separar la madre y la criatura...* pues bien, creo que nadie podrá negar que en general y salvo excepciones, las criaturas y las madres de un modo u de otro (como por ejemplo llorando en los nidos de los hospitales) nunca hemos dejado de decirlo, de expresar que este era nuestro deseo, sin que fuéramos escuchadas (repito, salvo honrosas excepciones).

Restaurar el paradigma original de la maternidad, del parto y de la exterogestación, en sintonía con la sabiduría filogenética de nuestros organismos, es un gran reto para la medicina, y supondría un gran viraje en el camino que lleva recorrido en el último siglo. Cuanta más medicina esté dedicada a cuidar de la vida, a respetar su sabiduría y su capacidad propia de regulación, menos tendrá que estar dedicada a curar las enfermedades.

Esculapio, el dios griego de la medicina, se apoderó simbólicamente de la serpiente que durante milenios había representado la sexualidad de la mujer. Esculapio, no obstante todavía está en la transición entre los dos modos de entender la medicina; de hecho de las recomendaciones que hiciera a su hija Higea, proviene el concepto de higienismo. Fue más tarde con Hipócrates cuando ya se va forjando la medicina dedicada a la curación de la enfermedad. Y aún entonces, como he mencionado antes, a las mujeres que enfermaban porque tenían el útero inmovilizado, la terapéutica era recuperar su fisiología normal, cuya noción todavía no se había perdido. Una terapéutica bien distinta de la habitual en nuestras consultas ginecológicas. Necesitamos que la medicina le devuelva la serpiente a la mujer para que los cuerpos recuperen la capacidad de autorregulación. De ello depende en gran medida, la salud física y mental, individual y colectiva de la Humanidad.

La Mimosa, marzo 2006

BIBLIOGRAFÍA

1. Margulis, L, Dorion, D. *Qué es el sexo*. Tusquets, 1998.
2. Kahle, W (Instituto Neurológico de la Universidad de Frankfurt) Atlas de Anatomía, Tomo III. *Sistema nervioso y órganos de los sentidos*, revisado en agosto 1985 Ediciones Omega, 1994.
3. Doi, T (1962). *Amae, a key concept for understanding Japanese personality structure*. “Psychologia (Kyoto)”, vol 5,1. Dice Doi textualmente: *realmente a un japonés le cuesta trabajo creer que en las lenguas europeas no exista una palabra equivalente a “amaeru”*.
4. Groddeck, G (1923). *El libro del ello* Taurus, 1981.

5. Choisy, M. *La Guerre des sexes*. Ed. Premières, Francia.
6. En 1992 se publicó un libro de 500 páginas recogiendo diversos estudios sobre la oxitocina: Pedersen C.A. et al “Oxytocin in maternal, sexual and social behaviours”, Annals of the New York Academy of Sciences, 1992; 6527. Niles Newton lo resumió diciendo que la oxitocina es la “hormona del amor”, y desde entonces así se la conoce. Citado en: Michel Odent, *La científicación del amor*, pag 12 Ed.Creavida, Argentina 1999.
7. Merelo-Barberá, J. *Parirás con placer*. Ed. Kairós.
8. Leboyer, F. *El parto: crónica de un viaje*. Ed. Altafulla. 1996.

9. *La cientificación del amor*, pag. 37.
10. Reich, W. *Correspondencia con A.S. Neil* (traducido por la E.S.T.E.R.) y en *Reich habla sobre Freud*. Ed. Anagrama pags. 42-43.
11. Odent, M. *El bebé es un mamífero*. Mandala, Madrid 1990.
12. Sagan, D. "Por qué las mujeres no son hombres". *El País*, 2 agosto 1998.
13. Según Dick Read y Kinsey: *Revista Integral Monográfico* n° 4: "Embarazo y nacimiento gozosos" pag. 43.
14. Masters y Johnsons. *Human Sexual Response*. Intermédica, Mexico 1978.
15. Mamatoto Plural Ediciones.
16. Lo explica en casi todas sus conferencias, a parte de en las obras citadas y en *El agua, la vida y la sexualidad*, etc.
17. Bergman, N. *Le portage Kangaroo. VI ème Journée Internationale de l'Allaitment*, Paris, marzo 2005.
18. Bergman, N. *Restoring the original paradigm* es un documental que contiene una información muy completa sobre el paradigma maternal. Existe otro documental más corto: *Rediscover the natural way*, que está traducido al castellano y que se puede conseguir pidiéndolo a: encargos.libros@laligadelaleche.org. En www.kangaroomothercare.com se puede pedir el *Restoring the original paradigm* y descargar varios textos, los estudios clínicos de Bergman en el Mowbray Hospital de Cape Town, etc.
19. Lloyd de Mause. *The neurobiology of Childhood and History and War as righteous Rape and Purification*, citados en "El llanto infantil y el cerebro". www.dormirsinllorar.com y www.psychohistory.org.
20. *Science*. 10 de septiembre 1997.
21. Mahler, M (1952). *On childhood Psychosis and Schizophrenia* en *Psychonal. Study Child* Vol. 7.
22. Balint, M. *La Falta Básica*. Paidós, Barcelona 1993. 1ª publicación: Londres y Nueva York 1979.
23. Carrol, L. *Medical Tribune*, noviembre 1994.
24. Bergman, N. *Acta Paediatr.* 2004; 93: 779-785.
25. Blakeslee, S, en el *New York Times*, reproducido en *El País* 15.11.1995, recoge estos y otros estudios.
26. *Le portage Kangaroo, VI ème Journée Internationale de l'Allaitment*.
27. *Lancet*, noviembre 1994.
28. Citado por Carlos Fresneda en *Las raíces afectivas de la inteligencia*. *El Mundo*, 22.09.2003.
29. Citado por Carlos Fresneda en el artículo ya referido (28).
30. Schore, AN. The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal* 2001; 22 (1-2): 201-69.
31. Prescott, JW. *Body Pleasure and the origins of violence*. *Bulletin of the Atomic Scientist* 1975.
32. Odent, M. *Boletín del Primal Health Research Centre* (www.primalhealth.org). También desarrollado por Odent en *I Congreso Internacional sobre Parto y Nacimiento en Casa*, en Jerez de la Frontera, oct. 2000, y recogido en el libro *La cientificación del amor*. Ed.Creavida, Argentina 1999.
33. Little, M (1960). *On Basic Unity*. *Int.J. Psycho-Anal.*, Vol, 41.
34. Deleuze y Guattari. *L'anti-aedipe, capitalismo esquizofrénico*, Minuit, Paris 1972. En castellano: *El anti-edipo, capitalismo y esquizofrenia*. Paidós, Barcelona, 1985.
35. Rodríguez Bustos, C. Ver en Libros de esta web el capítulo II de *La Represión del Deseo Materno*, y el V de *El Asalto al Hades*, así como el artículo publicado en *Mujeres Preocupando*.