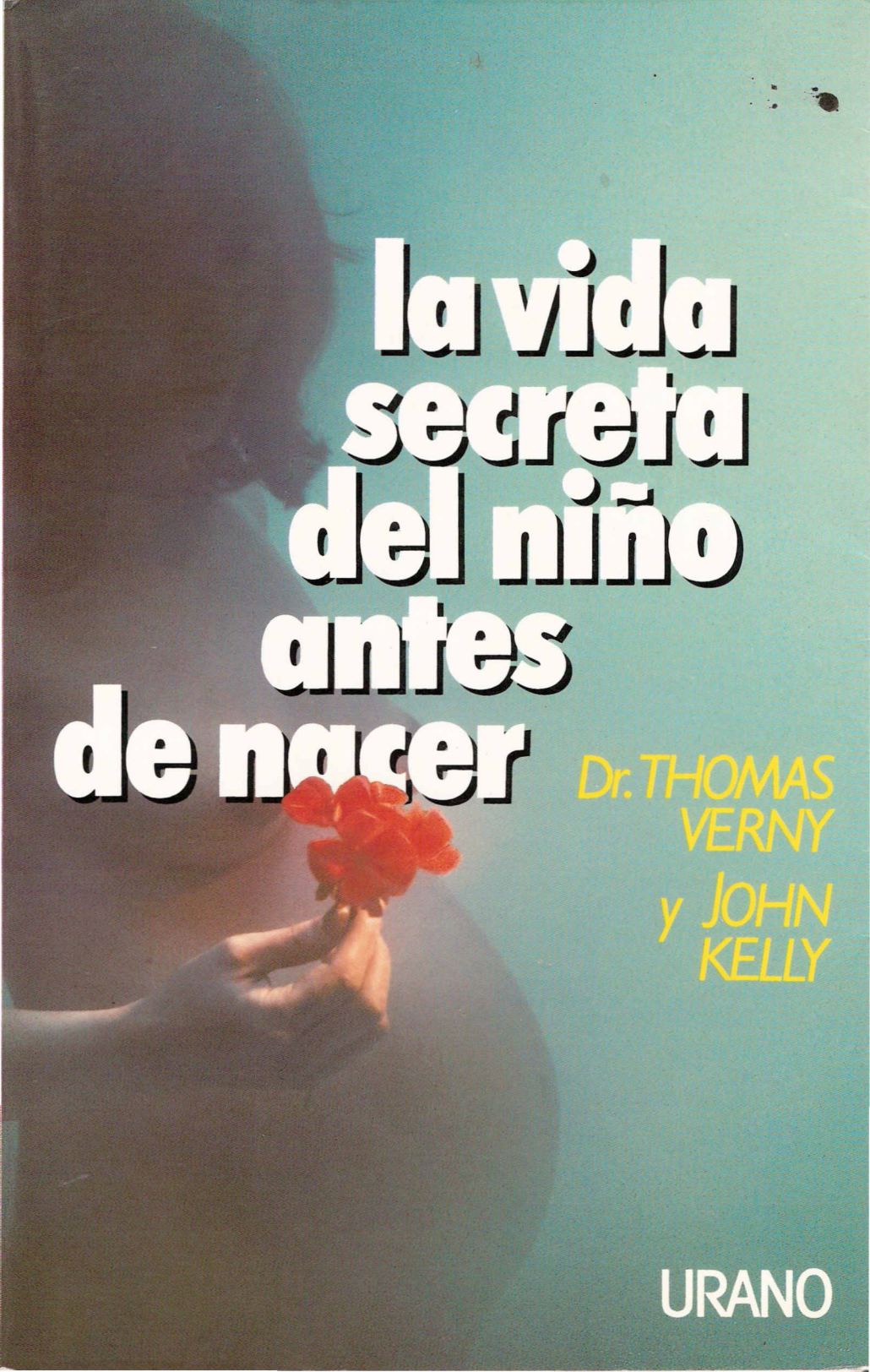




la vida secreta del niño antes de nacer

*Dr. THOMAS
VERNY
y JOHN
KELLY*

URANO

Título original: *The Secret Life of the Unborn Child*
Traducción: Horacio González Trejo

Reservados todos los derechos. Queda rigurosamente prohibida, sin la autorización escrita de los titulares del *Copyright*, bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, incluidos la reprografía y el tratamiento informático, así como la distribución de ejemplares mediante alquiler o préstamo públicos.

© 1981 by Thomas Verny, M.D. y John Kelly
© 1988 by EDICIONES URANO, S.A.
Aribau, 142, pral. - 08036 Barcelona
info@edicionesurano.com

ISBN: 84-86344-57-3

Depósito legal: B-41.103-2004

Impreso por I.G. Puresa, S.A. - Girona, 206 - 08203 Sabadell (Barcelona)

Impreso en España - Printed in Spain

AGRADECIMIENTOS

Haría falta un libro entero para dar las gracias a todos los investigadores cuyas ideas y dedicación han contribuido a la elaboración de esta obra. Dado que fueron sumamente generosos con su tiempo y conocimientos, tengo una especial deuda de gratitud con las siguientes personas: el Dr. Peter Fedor-Freybergh, profesor de obstetricia y ginecología de la Universidad de Upsala (Suecia); el Dr. Alfred Tomatis, profesor de psicolingüística de la Escuela de Psicología Clínica del Instituto Católico de París; los Dres. Sepp Schindler e Igor Caruso, profesor y profesor emérito de psicología de la Universidad de Salzburgo (Austria), respectivamente; el Dr. Ronald D. Laing de Londres; la Dra. Michele Clements del London Maternity Hospital; Sheila Kitzinger, asesora del National Childbirth Trust de Inglaterra; el Dr. Lewis Mehl, del Centro para la investigación sobre el nacimiento y el desarrollo humano, Berkeley, California; el Dr. Stanislav Grof del Esalen Institute, Big Sur, California; el Dr. David Cheek de San Francisco; el Dr. Gustav Hans Graber de Berna, Suiza, y Sigrid Enausten, del Instituto Max Planck de Munich (Alemania).

También quisiera expresar mi gratitud a mi amiga Sandra Collier por su apoyo constante y su sabio asesoramiento; a Jonathan Segal por sus firmes y meditados consejos editoriales, y a Anne Cohen, que convirtió mis

garabatos ilegibles en páginas prolijamente mecanografiadas. Mi equipo en pleno -Sandy Bogart, Geraldine Fogarty, Debbie Nixon, Nick Stephens y Shelley Owen- contribuyó activamente en esta empresa con sus sugerencias y su material de casos clínicos. Tengo una especial deuda de gratitud con Michael Owen, que contribuyó a mi investigación sobre el vínculo entre embarazo, nacimiento y personalidad; con Sheila Weller, por sus ideas de producción siempre penetrantes; con Natalie Rosen, por compartir conmigo su magnífica biblioteca y sus conocimientos de partería, y con Naomi Bennet, por sus múltiples ideas y comentarios creativos.

Por último, me gustaría aprovechar esta oportunidad para expresar el agradecimiento que siento hacia mis pacientes, que confiaron lo bastante en mí para compartir conmigo sus sentimientos más profundos. Ellos fueron los verdaderos inspiradores de esta obra.

THOMAS VERNY
Enero de 1981

PREFACIO

La idea de este libro surgió en el invierno de 1975, durante un fin de semana que pasé en la casa de campo de unos amigos. Helen, mi anfitriona, estaba embarazada de siete meses y resplandecía. Por las tardes, con frecuencia la encontraba sentada a solas delante de la chimenea, cantándole suavemente una bellísima nana a su hijo no nacido.

Esta conmovedora escena dejó una profunda impresión en mí, de modo que, después del nacimiento de su hijo, al contarme Helen que esa nana ejercía un efecto mágico en él, mi curiosidad se despertó. Al parecer, por mucho que llorara el bebé, éste se serenaba cuando Helen entonaba esa canción. Me pregunté si su experiencia sería única o si los actos de una mujer, tal vez incluso sus pensamientos y sentimientos, influían en el hijo no nacido.

Lógicamente, yo ya sabía que, en algún momento, toda mujer encinta siente que ella y el niño no nacido intercambian sentimientos. Como la mayoría de los psiquiatras, había oído a mis pacientes narrar historias y sueños que sólo parecían tener sentido en virtud de experiencias prenatales y del nacimiento. En consecuencia, comencé a prestar especial atención a dichos recuerdos.

Asimismo, me dediqué a estudiar la bibliografía científica pertinente, en busca de la información que me ayudara a comprender la mente del niño intrauterino y del

recién nacido, pues a esas alturas estaba convencido de que, sin lugar a dudas, poseía una mente. Fui estimulado por las investigaciones del Dr. Lester Sontag, que demostraron que las actitudes y los sentimientos maternos podrían dejar una marca permanente en la personalidad del niño no nacido. De todos modos, el Dr. Sontag había realizado esos estudios entre los años treinta y cuarenta. La mayoría de las investigaciones novedosas y realmente estimulantes que encontré correspondían a campos afines, como el de la neurología y el de la fisiología. Gracias a una nueva tecnología médica de la que se dispuso a fines de los años sesenta y principios de los setenta, los investigadores de estas y otras especialidades pudieron estudiar, por fin, al niño en su hábitat natural sin perturbarle. Lo que descubrieron significó una visión espectacularmente distinta de la vida fetal. En parte gracias a ellos he podido presentar en esta obra un retrato prácticamente nuevo del niño intrauterino, muy distinto del ser pasivo y sin mente de los textos tradicionales de pediatría.

Ahora sabemos que el niño intrauterino es un ser humano consciente que reacciona y que a partir del sexto mes (tal vez incluso antes) lleva una activa vida emocional. Además de este hallazgo sorprendente, hemos realizado los siguientes descubrimientos:

- El feto puede ver, oír, experimentar, degustar y, de manera primitiva, incluso aprender *in utero* (es decir, en el útero, antes de nacer). Lo más importante es que puede *sentir*... no con la complejidad de un adulto, si bien, de todos modos, siente.
- Consecuencia de este descubrimiento es el hecho de que lo que un niño siente y percibe comienza a modelar sus actitudes y las expectativas que tiene con respecto a sí mismo. Si finalmente se ve a sí mismo y, por ende, actúa como una persona feliz o triste, agresiva o dócil, segura o cargada de ansiedad, de-

pende parcialmente de los mensajes que recibe acerca de sí mismo mientras está en el útero.

- La principal fuente de dichos mensajes formadores es la madre del niño. *Esto no significa que toda preocupación, duda o ansiedad fugaces que una mujer experimenta repercutan sobre su hijo*. Lo importante son los *patrones* de sentimiento profundos y consistentes. La ansiedad crónica o una intensa ambivalencia con respecto a la maternidad pueden dejar una profunda marca en la personalidad de un niño no nacido. Por otra parte, emociones intensificadas de la vida, como la alegría, el regocijo y la expectación, pueden contribuir significativamente al desarrollo emocional de un niño sano.

- Las nuevas investigaciones también comienzan a dedicarse mucho más a los sentimientos del padre. Hasta hace poco, no se tenían en cuenta sus emociones. Nuestros últimos estudios indican que esta posición es peligrosamente errónea. Demuestran que lo que un hombre siente hacia su esposa y el niño no nacido es uno de los factores más importantes para determinar el éxito de un embarazo.

Este libro es producto de seis años de intensos estudios, reflexiones, investigaciones y viajes. En el proceso de reunir el material que aquí aparece, he visitado Londres, París, Berlín, Niza, Roma, Basilea, Salzburgo, Viena, Nueva York, Boston, San Francisco, Nueva Orleans y Honolulu, a fin de hablar e intercambiar ideas con destacados psiquiatras, psicólogos, fisiólogos, fetólogos, obstetras y pediatras. También he realizado varios proyectos de investigación propios —dos de ellos se incluyen en el libro— y tratado a centenares de pacientes afectadas por embarazos o alumbramientos traumáticos.

Puesto que el niño no nacido que aparece en estas páginas difiere radicalmente del ser descrito tanto por la

prensa popular como por la médica, me pareció fundamental que la credibilidad de las ideas que expongo se sustentara en rigurosos informes y estudios científicos. Creo que éstos resultarán, por sí mismos, un material de lectura interesante y fascinante. Algunos estudios se ocupan, necesariamente, del impacto de las emociones maternas negativas... gran parte de nuestros nuevos conocimientos se han obtenido estudiando el impacto de dichas emociones. Como ocurre tan a menudo en el campo de la medicina, aprendemos cómo y por qué las cosas salen bien comprendiendo antes cómo y por qué fallan.

Los investigadores clínicos que han llevado a cabo estos descubrimientos se han interesado, por lo general, más por el aspecto teórico de su trabajo que por su aplicación práctica. Esto no es de extrañar. Sin embargo, evidentemente dichos descubrimientos tienen importantísimas consecuencias para los padres. Con estos nuevos conocimientos a su disposición, madres y padres tienen una oportunidad incomparable de contribuir a modelar la personalidad de su hijo no nacido. Pueden contribuir, de manera activa, a su felicidad y bienestar, no sólo *in utero* y en los años inmediatamente posteriores al nacimiento, sino también *durante el resto de su vida*. Esta comprensión dio lugar al presente libro.

Capítulo primero

LA VIDA SECRETA DEL NIÑO INTRAUTERINO

Este libro trata de muchas cuestiones —los orígenes de la conciencia humana, la formación y desarrollo del niño intrauterino y del recién nacido—, pero principalmente del modelado de la mente humana, de la forma en que nos convertimos en quienes somos. Se basa en el descubrimiento de que el niño no nacido es un *ser consciente*, *que siente y recuerda*, y, puesto que existe, lo que le ocurre —lo que nos ocurre a todos nosotros— en los nueve meses que van de la concepción al nacimiento moldea y forma la personalidad, los impulsos y las ambiciones de manera significativa.

Esta comprensión y el excepcional cuerpo de investigaciones de la que surge nos llevan mucho más allá de lo que sabemos —o creemos saber— sobre el desarrollo emocional del niño intrauterino. Aunque, en un sentido científico, esto es sumamente estimulante (entre otras cosas, desplaza definitivamente la vieja idea freudiana de que la personalidad no comienza a formarse hasta el segundo o tercer año de vida), aun lo es más la forma en que profundiza y enriquece el significado y la importancia del hecho de ser padres, sobre todo madres. En realidad, el aspecto más gratificante de nuestros nuevos conocimientos consiste en lo que revelan sobre la gestante y el papel que ésta desempeña formando y guiando la personalidad de su hijo no nacido. Sus herramientas son sus pensamientos y senti-

mientos, y con ellos tiene la posibilidad de crear un ser humano favorecido con más ventajas de las que anteriormente se consideraban posibles.

No afirmo que todo lo que le ocurre a ella en esos meses críticos modela de manera irrevocable el futuro de su bebé. Hay muchos factores en juego en la formación de una nueva vida. Los pensamientos y sentimientos maternos sólo son un elemento de esa combinación; pero lo que los singulariza es que, a diferencia de unas características dadas, como la herencia genética, son controlables. *Una mujer puede convertirlos en una fuerza tan positiva como desea.* Sin lugar a dudas, esto no significa que la felicidad futura de un niño depende de la capacidad de su madre para tener pensamientos optimistas las veinticuatro horas del día. Dudas, ambivalencias y ansiedades ocasionales son un aspecto normal del embarazo y, como veremos más adelante, pueden contribuir realmente al desarrollo del niño intrauterino. Lo que significa es que una embarazada o una futura madre disponen ahora de otro modo de influir activamente y para bien en el desarrollo emocional de su bebé.

Aunque se podrían emplear las palabras «avance decisivo» para describir esta comprensión, es necesario aclarar que ha surgido de otros descubrimientos recientes. Por ejemplo, a fines de los años sesenta descubrimos un sistema posnatal de comunicación madre-hijo denominado vínculo. En muchos sentidos, nuestra nueva investigación es una prolongación lógica de ese descubrimiento previo, dado que hace retroceder un paso el sistema de comunicación y lo sitúa en el útero. Desde el punto de vista médico puede decirse prácticamente lo mismo: si tenemos en cuenta lo que hemos aprendido en los últimos tiempos acerca de las consecuencias que la dieta y la ingestión de alcohol y de drogas por parte de la madre tienen en el niño no nacido, y también sobre el papel que desempeñan las emociones en la enfermedad y la salud, se deduce que los

pensamientos y los sentimientos de la madre tendrían un efecto potencialmente benéfico en su hijo antes de nacer.

También tiene sentido que nuestros nuevos conocimientos realcen el papel del padre en el embarazo. Durante éste, la relación con un hombre cariñoso y sensible proporciona a la mujer un sistema constante de apoyo emocional. Así como en nuestra ignorancia habíamos desbaratado este delicado sistema excluyendo rudamente al hombre, ahora que hemos descubierto —o, para ser más exactos, redescubierto— lo importantes que son la seguridad y el nutrimento emocionales para la mujer y su hijo no nacido, puede aquél volver a ocupar su legítimo lugar en el embarazo.

Estas ideas novedosas han salido directamente de los laboratorios de Estados Unidos, Canadá, Inglaterra, Francia, Suecia, Alemania, Austria, Nueva Zelanda y Suiza, donde, durante las últimas dos décadas, los investigadores han trazado callada y concienzudamente una perspectiva espectacularmente nueva del feto, del nacimiento y de las primeras etapas de la vida.

El presente libro constituye un primer intento por acercar tan revolucionarios trabajos a un público lo más amplio posible. Dado que se trata de un primer intento, algunas cuestiones resultarán necesariamente especulativas, si bien trataré de separar lo incuestionable de lo hipotético. Como es de prever, ciertas cuestiones se prestarán a la polémica, mas no espero que todo el mundo esté de acuerdo conmigo en todos y cada uno de los puntos expuestos.

Sin embargo, estoy convencido de que este libro e incluso todo este campo de investigación ofrece una optimista e ilimitada esperanza: esperanza para los médicos, pues les permitirá evitar muchas de las oportunidades perdidas de embarazo y nacimiento; esperanza para madres y padres, porque profundiza y enriquece la naturaleza del hecho de ser padres, y, sobre todo, esperanza para el niño aún no nacido.

Éste es el principal beneficiario de nuestros nuevos conocimientos. Muy distinto, mucho más consciente, receptivo y cariñoso de lo que nadie había imaginado, en el útero y durante el nacimiento merece—en realidad, requiere— un tipo de asistencia más sensible, nutritiva y *humana* de la que recibe en la actualidad. El obstetra francés Frederick LeBoyer, autor de *El nacimiento sin violencia*, lo percibió intuitivamente y por eso defendió de manera tan convincente métodos de alumbramiento más delicados. Lo que nosotros hemos aprendido clínicamente confirma su punto de vista.

Proporcionar al recién nacido un entorno cálido, tranquilizador y humano plantea una diferencia, porque el niño es muy consciente de cómo nace. Percibe ternura, delicadeza y un trato cuidadoso, y responde a ellos del mismo modo que siente y responde de una manera totalmente distinta a las potentes luces, las señales eléctricas y la atmósfera fría e impersonal que tan a menudo se asocian con el nacimiento en la sala de partos de un hospital.

Sin embargo, este conocimiento y la revolución que implica también van más allá de LeBoyer y de cualquier idea sobre el parto; nos abre por primera vez la mente del niño aún no nacido. Lo más extraordinario es que revela que éste es consciente, aunque su conciencia no sea tan profunda o compleja como la de un adulto. Es incapaz de comprender los matices de significado que el adulto puede adjudicar a una simple palabra o a un gesto. De todos modos, como demuestran algunos estudios nuevos (serán analizados con más detalle en el próximo capítulo), el niño intrauterino es sensible a matices emocionales excepcionalmente sutiles. Puede sentir y reaccionar no sólo ante emociones amplias e indiferenciadas, como el amor y el odio, sino también ante complejos estados afectivos más matizados, como la ambivalencia y la ambigüedad.

Aún se desconoce en qué momento exacto sus células cerebrales adquieren esta capacidad. Un grupo de investi-

gadores cree que algo semejante a la conciencia existe desde los primeros momentos de la concepción. A modo de prueba, señalan los millares de mujeres totalmente sanas que tienen abortos espontáneos repetidas veces. Se especula con que, en las primeras semanas —tal vez incluso horas— posteriores a la concepción, el óvulo fertilizado posee suficiente conciencia de sí mismo para sentir el rechazo y para obrar en consecuencia. Esta idea y las pruebas que la sustentan serán analizadas más adelante y con más detalle. De momento, por muy interesante que sea, esta teoría sólo es eso, una teoría, y no un hecho demostrado.

En lo que respecta al niño, la mayor parte de lo que se conoce con verdadera autoridad —porque ha sido confirmado por estudios fisiológicos, neurológicos, bioquímicos y psicológicos— se refiere al período desde el sexto mes de embarazo en adelante. Prácticamente, en un sentido global, a esas alturas es un ser humano fascinante. Ya puede recordar, oír e incluso aprender. En realidad, tal como demostró un grupo de investigadores en lo que ha llegado a considerarse un informe clásico, el niño no nacido es un aprendiz muy veloz.

Dicho grupo enseñó a dieciséis bebés intrauterinos a responder a una sensación de vibración mediante el patileo. Normalmente, el niño intrauterino no reacciona de ese modo ante una sensación tan suave. A decir verdad, la ignora. Ahora bien, en este caso, los investigadores pudieron crear en sus jóvenes sujetos lo que los psicólogos conductistas denominan respuesta condicionada o aprendida, exponiéndolos primero varias veces a algo que los haría patlear naturalmente: un ruido fuerte (éste se producía a poca distancia de la madre, y las reacciones de su hijo se controlaban mediante sensores colocados en su abdomen). Luego, los investigadores introdujeron la vibración. Cada niño era expuesto a ésta inmediatamente después de que se produjera el ruido cerca de su madre. Los investiga-

dores suponían que, después de suficientes exposiciones, la asociación entre vibración y pataleo se volvería tan automática en la mente de las criaturas que patalearían incluso cuando la vibración se aplicara sin el ruido. Y estaban en lo cierto. La vibración se convirtió en un indicio para ellos y el pataleo de respuesta en una conducta aprendida.

Este estudio, que permite vislumbrar las capacidades del niño intrauterino, también logra algo más: muestra una de las formas en que las características y los rasgos de la personalidad comienzan a formarse en el útero. Nuestros gustos y nuestras aversiones, nuestros miedos y nuestras fobias –en síntesis, todas las conductas definidas que nos convierten singularmente en nosotros mismos– también son, parcialmente, producto del aprendizaje condicionado. Como acabamos de ver, el útero es el sitio donde se inicia este tipo específico de aprendizaje. A fin de ilustrar cómo modela los rasgos futuros, analicemos la sensación de ansiedad. ¿Qué podría provocar en un niño intrauterino el origen de una ansiedad profundamente arraigada y a largo plazo? Una posibilidad es que su madre fume. En un extraordinario estudio realizado hace varios años, el Dr. Michael Lieberman demostró que un niño intrauterino se agita emocionalmente (medido según la aceleración de los latidos de su corazón) cada vez que su madre piensa en fumar un cigarrillo. No necesita llevárselo a los labios ni encender una cerilla; la sola *idea* de fumar un cigarrillo basta para alterar al niño. Naturalmente, el feto no puede saber que su madre está fumando –ni pensar en eso–, pero intelectivamente es lo bastante perspicaz para asociar la experiencia del fumar de su madre con la desagradable sensación que provoca en él. Esto se debe a la disminución de su provisión de oxígeno (el tabaco reduce el contenido de oxígeno de la sangre materna que pasa a través de la placenta), lo cual es fisiológicamente nocivo para él, aunque es posible que sean todavía más nocivas las con-

secuencias psicológicas del fumar por parte de la madre. Arroja al feto a un estado crónico de incertidumbre y miedo: no sabe cuándo volverá a ocurrir esa desagradable sensación física ni cuán dolorosa será cuando aparezca; únicamente sabe que volverá a ocurrir. Éste es el tipo de situación que predispone hacia un tipo de ansiedad profundamente arraigada y condicionada.

Otro tipo de aprendizaje más feliz que tiene lugar en el útero es el habla. Cada uno de nosotros da un ritmo idiosincrásico a su manera de hablar. A menudo es tan apagado que los que nos rodean no lo perciben, pero la diferencia siempre aparece en las pruebas de análisis del sonido. Nuestros patrones del habla son tan definidos como nuestras huellas digitales. El origen de estas diferencias no constituye un gran misterio. Proviene de nuestras madres. Aprendemos nuestra habla imitando el modo de expresarse de ellas. Como es lógico, los científicos solían suponer que esta imitación no se producía hasta bien entrada la infancia; mas, ahora, muchos han llegado a coincidir con el Dr. Henry Truby –profesor de pediatría, lingüística y antropología de la Universidad de Miami– en el sentido de que este proceso de aprendizaje comienza antes, en el útero. Como prueba el Dr. Truby señala estudios recientes que demuestran que el feto oye claramente desde el sexto mes en el útero y, aun más sorprendente, que adapta su ritmo corporal al habla de su madre.

Si tenemos en cuenta su fino oído, no es una sorpresa que el niño intrauterino también sea capaz de aprender algo de música. Un feto de cuatro o cinco meses responde claramente al sonido y la melodía... y lo hace de maneras muy distintas. Si pones un disco con un tema de Vivaldi, hasta el bebé más agitado se relaja. Si pones un disco con un tema de Beethoven, hasta el niño más sereno comienza a patalear y a moverse.

Sin duda alguna, la personalidad es mucho más que la suma de lo que aprendemos... dentro o fuera del útero.

Considero que, puesto que al fin hemos identificado algunas de las experiencias tempranas que modelan rasgos y características futuros, ahora una mujer puede influir activamente en la vida de su hijo desde antes del nacimiento. Una forma consiste en dejar de fumar o en reducir la cantidad de cigarrillos que se fume durante el embarazo. Otra es hablándole al niño. Éste oye realmente y, lo que es más importante, responde a lo que oye. Una charla suave y dulce le lleva a sentirse amado y deseado. Esto no se debe a que entienda las palabras, que evidentemente están más allá de su comprensión, pero el tono de lo que se dice no lo está. Intelectivamente es lo bastante maduro para percibir el tono emocional de la voz materna.

Incluso es posible empezar a enseñar a un niño no nacido. En el peor de los casos, una embarazada que todos los días escucha unos minutos de música tranquilizadora puede lograr que su hijo se sienta más relajado y tranquilo. Y en el mejor de los casos, esa exposición temprana podría crear en el niño un interés musical para toda la vida. Es lo que le ocurrió a Boris Brott, director de la Hamilton Philharmonic Symphony de Ontario.

Hace pocos años, una noche oí que entrevistaban a Brott por la radio. Es un hombre pintoresco con cierto don para contar anécdotas. Aquella noche le hacían preguntas sobre ópera; hacia el final de la charla, el entrevistador le preguntó cómo había llegado a interesarse por la música. Era una pregunta simple—supongo que planteada, más que nada, para llenar la papeleta—, pero lo cierto es que pareció afectar a Brott. Éste vaciló unos segundos y respondió: «Aunque parezca extraño, diré que la música ha formado parte de mí desde antes de mi nacimiento.» Perplejo, el entrevistador le pidió que se explicara.

«Bueno —dijo Brott—. De joven, quedé confundido por la excepcional capacidad que tenía... para interpretar ciertas piezas sin haberlas leído previamente. Dirigía una partitura por primera vez y repentinamente la parte del vio-

loncelo se lanzaba sobre mí; conocía el curso de la pieza incluso antes de volver la página de la partitura. Un día comencé este asunto con mi madre, que es violoncelista profesional. Pensé que le llamaría la atención, porque siempre era la parte del violoncelo la que aparecía claramente en mi mente. Se sorprendió, mas, cuando supo de qué pieza se trataba, el misterio se resolvió rápidamente. Todas las partituras que yo conocía sin haberlas previamente leído eran las que ella había tocado mientras esperaba mi nacimiento.»

Hace algunos años, en una conferencia, me topé con otro ejemplo de aprendizaje prenatal que no sólo era tan impresionante como el de Brott, sino que, además, apoyaba las ideas del Dr. Truby acerca de la formación del habla en el útero. Correspondía a una joven madre norteamericana que había vivido su embarazo en Toronto. Una tarde, encontró a su hija de dos años sentada en el suelo de la sala repitiendo para sí misma: «Aspira, exhala, aspira, exhala.» La mujer afirmó que había reconocido inmediatamente las palabras, pues pertenecían a un ejercicio de Lamaze.¹ Ahora bien, ¿cómo las había captado su hija? En un primer momento pensó que la pequeña las había oído por televisión, pero en seguida comprendió que eso era imposible. Vivían en Oklahoma y cualquier programa que su hija pudiera haber visto habría correspondido a la versión norteamericana de Lamaze: esas palabras sólo se emplean en la versión canadiense. Puesto que ése era el método que ella había seguido, sólo existía una explicación: su hija había oído y memorizado² las palabras mientras aún estaba en el útero.

1. El método de Lamaze es uno de los diversos sistemas de preparación para el parto. (N. del T.)

2. Uno de los problemas que se plantean al escribir un libro sobre el niño intrauterino consiste en que uno se ve obligado a emplear un vocabulario destinado a estados mentales de los adultos. Como es lógico, el feto no «memoriza» activamente como lo hacemos nosotros. Sin embargo, como veremos más adelante, las huellas de la memoria comienzan a formarse en el cerebro del feto al sexto o séptimo mes y probablemente antes.

Hasta no hace mucho, una historia como la precedente o como la de Brott habría tenido suerte si hubiese aparecido como nota al pie de página en una ponencia médica. Debido al desarrollo de una nueva y estimulante disciplina llamada psicología prenatal, estos incidentes reciben, al fin, la seria consideración científica que merecen. Centrada sobre todo en Europa y extrayendo la mayor parte de sus practicantes de los campos de la obstetricia, la psiquiatría y la psicología clínica, esta disciplina es singular no sólo por la naturaleza extraordinaria de su contenido, sino también por la fuerte inclinación práctica de sus investigaciones. Ciertamente, en el breve espacio de una década transcurrida desde su creación, nosotros ya hemos aprendido lo suficiente sobre la mente y las emociones del niño intrauterino como para ayudar a rescatar a miles de pequeños de una vida de debilitantes trastornos emocionales.

Digo «nosotros» porque fue la esperanza de evitar estas tragedias la que me condujo a la psicología prenatal. A lo largo de los años, en hospitales, en la enseñanza y en mi práctica, he visto centenares de personas profundamente marcadas por experiencias prenatales destructivas, pacientes cuyas enfermedades sólo pueden explicarse en términos de lo que les sucedió en el útero y durante el nacimiento. Mi experiencia no es única; muchos de mis colegas psiquiatras han tratado casos parecidos. Me parece que la psicología prenatal ofrece finalmente un modo de evitar que, en primer lugar, muchos de estos dramas se produzcan. Más allá de esta afirmación, contamos con un modo de mejorar prácticamente las posibilidades que toda una generación tiene de ingresar en la vida libre de los corrosivos trastornos mentales y emocionales que, en el pasado, han acosado a los niños.

No estoy diciendo que tengamos una panacea universal que mágicamente desterrará nuestros males. Tampoco sugiero que todo trastorno emocional trivial que nos afecta

se remonte al útero. La vida no es estática. Lo que ocurre a los veinte, a los cuarenta e incluso a los sesenta años indudablemente nos influye y nos altera. *Sin embargo, es importante recalcar que los acontecimientos nos afectan de manera muy distinta en las primeras etapas de la vida.* Un adulto y, en menor medida, un niño han tenido tiempo de desarrollar defensas y respuestas. Pueden suavizar o desviar el impacto de la experiencia. Un niño intrauterino no puede hacerlo. Lo que le afecta lo hace de manera directa. Por ese motivo las emociones maternas se graban tan profundamente en su psique y su fuerza sigue siendo tan poderosa más tarde, en la vida. Las principales características de la personalidad rara vez cambian. Si el optimismo queda grabado en la mente del niño intrauterino, más adelante serán necesarias muchas adversidades para borrarlo. ¿Ese niño será artista o mecánico, preferirá a Rembrandt con relación a Cézanne, será zurdo o diestro? Tan sutiles detalles se hallan más allá de los conocimientos que actualmente poseemos y sinceramente pienso que está bien que así sea. Poder predecir con absoluta precisión rasgos muy específicos de la personalidad restaría a la vida gran parte de su misterio.

El punto en que nuestros conocimientos pueden significar legítimamente una diferencia reside en ayudar a identificar y prevenir el origen de graves problemas de personalidad. La mayoría de las mujeres saben que ocuparse emocionalmente de sí mismas significa, de manera automática, ocuparse de sus hijos no nacidos. Como científicos, con nuestras tablas y estudios hemos confirmado ese saber, pero también lo hemos superado. Estoy convencido de que nuestra creciente capacidad de reconocer en el útero una conducta potencialmente conflictiva y perturbada puede ser altamente beneficiosa para miles de niños que todavía han de nacer, para sus padres y, en última instancia, para la sociedad. Ya hemos comenzado a ejercitar esta capacidad en menor grado y a menudo hemos obte-

nido resultados sorprendentes, como demuestra el siguiente estudio.

Los investigadores partieron del supuesto de que la actividad fetal es, con frecuencia, un claro signo de ansiedad. Calcularon que si la conducta de un niño en el útero posee algún significado profético, los fetos más activos se convertirían un día en los niños más ansiosos. Y eso es precisamente lo que ocurrió. Los bebés que más se movían en el útero se convirtieron en los niños más ansiosos. No eran solamente un poco más ansiosos de lo normal. Rebasaban de ansiedad. Esos pequeños de dos y tres años sentían una inquietud casi desgarradora incluso en las situaciones sociales más corrientes. Se alejaban, asustados, de sus maestros, de sus compañeros, de la posibilidad de hacer amigos y de todo contacto humano. Estaban más tranquilos, más relajados y menos ansiosos cuando se encontraban solos.

Como es lógico, no es posible prever con absoluta certeza su modo de comportarse más adelante. Es posible que un buen matrimonio, una carrera especialmente gratificante, la paternidad, la terapia, algo o alguien acaben contrarrestando parte de esas ansiedades. Pero se puede decir con confianza que, a los treinta años, la mayoría de esos niños asustados todavía se encaminarán a los rincones para evitar encuentros. La diferencia radica en que en ese momento intentarán evitar a maridos, esposas y a sus propios hijos, no a maestros y compañeros de juegos. El ciclo se repetirá una y otra vez.

No tiene por qué ser así. El hecho de que más embarazadas empezaran a comunicarse con sus hijos representaría un comienzo extraordinario. Imagínese cómo se sentiría uno a solas en una habitación durante seis, siete u ocho meses sin el menor estímulo emocional o intelectual. Esa es, más o menos, la consecuencia de ignorar a un niño intrauterino. Lógicamente, sus necesidades emocionales e intelectuales son mucho más primitivas que las nuestras.

Pero lo importante es que existen. Necesita sentirse amado y deseado tan apremiantemente como nosotros. Y quizá más aún. Es necesario hablarle y pensar en él; de lo contrario, su espíritu y a menudo también su cuerpo comienzan a debilitarse.

Los estudios sobre embarazadas esquizofrénicas y psicóticas proporcionan pruebas elocuentes de los efectos devastadores del abandono emocional en el útero. En estos casos, las mujeres no pueden evitarlo. Las consecuencias de la enfermedad mental impiden una comunicación significativa con sus hijos. Sin embargo, con frecuencia, ese silencio o caos dejan marcas profundas en los pequeños. Al nacer, suelen tener bastantes más problemas físicos y emocionales que los bebés de mujeres mentalmente sanas.¹

En los capítulos siguientes se analizará el planteamiento de cómo se produce esta comunicación. Lo que merece resaltarse aquí es que existe... y *que podemos hacer algo con respecto a esto*. Hasta cierto punto, incluso podemos medir su calidad y orientación. En líneas generales, la personalidad del niño intrauterino que una mujer lleva en su entraña es una función de la calidad de la comunicación madre-hijo y también de su especificidad. Si la comunicación fue abundante, enriquecedora y, sobre todo, nutritiva, existen muchas posibilidades de que el bebé sea robusto, sano y feliz. Esta comunicación es una parte importante del vínculo. Como todos los investigadores que han estudiado el vínculo después del nacimiento coinciden en que es enormemente provechoso para la madre y el hijo, es lógico pensar que el vínculo antes del nacimiento sería igualmente importante. Estoy convencido de que es mucho más provechoso. La vida, incluso la vida en los prime-

1. Siempre habrá personas que buscarán causas físicas para explicar los trastornos emocionales. Sin embargo, después de realizar miles de estudios en esquizofrénicas y maniaco-depresivas, en sus sistemas sanguíneos no se ha encontrado ninguna sustancia química cuyo traspaso reprodujera los síntomas.

ros minutos y horas, ofrece infinitas distracciones: imágenes, sonidos, olores y ruidos. Por su parte, la vida en el útero era mucho más uniforme y estaba completamente rodeada por su madre y todo lo que ésta decía, sentía, pensaba y esperaba. Hasta los ruidos externos pasaban a través de ella.

¿Cómo no va a estar profundamente afectado por la madre? Incluso algo aparentemente tan terrenal y neutro como el latido de su corazón surtía un efecto. Sin lugar a dudas, es una parte fundamental de su sistema de sustentación de la vida. Evidentemente, el niño no lo sabe, pues lo único que conoce es que el ritmo tranquilizador de ese latido es una de las principales constelaciones de su universo. Se duerme con él, despierta con él, descansa con él. Puesto que la mente humana –incluso la mente humana en el útero– es una entidad productora de símbolos, gradualmente el feto le adjudica un significado metafórico. Su *tac-tac* constante llega a representar la tranquilidad, la seguridad y el amor hacia él. En su presencia, el niño suele prosperar.

Esto se demostró hace pocos años mediante un estudio singular e ingenioso. Consistía, simplemente, en hacer sonar la cinta con la grabación de los latidos de un corazón humano en la sección de un hospital destinada a los recién nacidos. Los investigadores supusieron que si el latido materno poseía algún significado emocional, los recién nacidos que se encontraban en esa sección los días en que pasaban dicha grabación se comportarían de un modo distinto del de los bebés que estaban allí los días en que no ponían la cinta. Y eso es exactamente lo que sucedió.

Pero ocurrió de un modo mucho más concluyente de lo que se esperaba. Bastante convencidos al idear el experimento de que aparecerían algunas diferencias, los científicos quedaron asombrados ante la cantidad y magnitud de las que se produjeron. Prácticamente en todos los sentidos, los bebés sometidos a la grabación se encontraron

mejor y, en la mayoría de los casos, mucho mejor. Corrían, pesaban y dormían más, respiraban mejor, y lloraban y enfermaban menos. Esto no se debió a que recibieran un tratamiento especial, a que tuvieran padres superiores o mejores médicos, sino sólo a que estuvieron expuestos a una cinta de dos dólares en la que estaban grabados los latidos de un corazón.

Lógicamente, la mujer no tiene control sobre esta operación y, en cierto sentido, su latido funciona con el piloto automático. Pero puede llegar a comprender sus emociones y a abordarlas con más eficacia. Esto es vital para el bienestar de su hijo porque su mente se modela de manera fundamental según sus pensamientos y sentimientos. El hecho de que su mente evolucione hacia algo principalmente duro, angular y peligroso, o suave, fluyente y abierto depende, en gran medida, de que sus pensamientos y emociones sean positivos y reforzadores o negativos y cargados de ambivalencia.

Esto no significa, en modo alguno, que las dudas y las incertidumbres ocasionales harán daño al niño. Tales sentimientos son naturales e inofensivos. Me estoy refiriendo a un patrón de conducta bien definido y constante. Sólo este tipo de emoción intensa y constante puede crear los tipos de aprendizaje condicionado y que afectarán negativamente a un niño. Un nacimiento físicamente difícil con sus tensiones emocionales concomitantes no modifica las cosas. Lo importante es lo que la madre quiere, siente y comunica al bebé.

Por este motivo es tan importante que la embarazada piense en su hijo. Sus pensamientos –su amor, su rechazo o su ambivalencia– comienzan a definir y a modelar la vida emocional del niño. Lo que ella crea no son rasgos específicos, como la extroversión, el optimismo o la agresividad. Estas palabras son, sobre todo, palabras adultas con un significado adulto, demasiado específicas y afinadas para aplicarlas a la mente de un niño intrauterino de seis meses.

Lo que se forma son tendencias más amplias y más profundamente arraigadas, como el sentimiento de seguridad o de autoestima. A partir de estas tendencias, más adelante, en la infancia, se desarrollan rasgos específicos del carácter... como en aquellos niños que mencioné. No nacieron tímidos, sino *ansiosos*, y a partir de esa ansiedad puede surgir una dolorosa timidez.

Un ejemplo más afortunado es la seguridad. Una persona segura confía profundamente en sí misma. ¿Cómo no va a hacerlo si desde el filo mismo de la conciencia se le ha dicho que es deseada y querida? Atributos como el optimismo, la confianza, la cordialidad y la extroversión surgen naturalmente de ese sentimiento.

Se trata de elementos preciosos para dar a un niño, elementos que pueden proporcionarse fácilmente: al crear en el útero un entorno cálido y emocionalmente enriquecedor, la mujer puede lograr una diferencia decisiva en todo lo que su hijo siente, espera, sueña, piensa y obtiene a lo largo de la vida.

Durante esos meses, la mujer es el nexo entre su bebé y el mundo. Todo lo que le afecta incide en él. No hay nada que la afecte más profundamente ni que la alcance con un impacto tan hiriente como las preocupaciones con respecto a su marido (o compañero). Por este motivo, emocional y físicamente hay pocas cosas más peligrosas para un niño que un padre que maltrata o deja sola a su esposa embarazada. Prácticamente, todos los que han estudiado el papel del futuro padre –por desgracia, hasta ahora sólo lo han hecho un reducido grupo de investigadores– han descubierto que su apoyo es absolutamente indispensable para ella y, en consecuencia, para el bienestar del hijo de ambos.

Este hecho por sí mismo convierte al hombre en una parte importante de la ecuación prenatal. Un factor igualmente vital del bienestar emocional del niño es la actitud del padre hacia su pareja. Diversos elementos pueden inci-

dir en la capacidad de un hombre para relacionarse con su compañera, desde lo que siente hacia ella o hacia su propio padre hasta las presiones laborales o sus propias inseguridades (en un sentido ideal, el momento para resolver esos problemas es antes de la concepción, no durante el embarazo). Recientes investigaciones han demostrado que lo que afecta más profundamente su sentido de compromiso –para bien o para mal– es en qué momento comienza la relación con su hijo, si es que ésta tiene lugar.

Por evidentes motivos fisiológicos, el hombre está, en este caso, en desventaja. El niño no es una parte orgánica de su ser. Sin embargo, no todos los impedimentos físicos del embarazo son insuperables. Algo tan corriente como hablar es un buen ejemplo: un niño oye en el útero la voz de su padre y existen claras pruebas de que oír esa voz supone una importante diferencia emocional. En los casos en que un hombre habló con su hijo utilizando palabras breves y tiernas, el recién nacido pudo distinguir la voz de su padre en una habitación, incluso en las primeras una o dos horas de vida. Más que distinguirla, responde emocionalmente a ella. Por ejemplo, si está llorando, se calla. Ese sonido cariñoso y conocido le dice que está protegido.

La relación también influye directamente en el futuro padre en un sentido más general. Los estereotipos suelen retratarlo como bienintencionado, pero torpe. Esto crea una perniciosa crisis de confianza en muchos hombres. A modo de defensa, suelen alejarse de sus esposas durante el embarazo y recurrir a la seguridad de amigos y colegas que les proporcionan respeto y el sentido de la propia valía. La relación es un modo –un modo muy importante– de romper este círculo vicioso e interesar al hombre mucho más profunda y significativamente en la vida de su hijo desde el principio mismo. Cuanto antes se interese, más posibilidades de beneficiarse tendrán su futuro hijo o su futura hija.

Esta visión de la paternidad es ciertamente novedosa. A

decir verdad, la mayor parte de lo que aparece en las próximas páginas es novedoso y francamente radical, radical en el sentido original de la palabra: un profundo cambio desde la raíz del ser para alejarse de prácticas pasadas. Esto y sólo esto es necesario si abrigamos la esperanza de producir futuras generaciones de niños cada vez más sanos y emocionalmente seguros.

Capítulo II

LOS NUEVOS CONOCIMIENTOS

Como profesor de psicolingüística¹ en París y autor de varios libros y ponencias muy bien considerados, el Dr. Alfred Tomatis conoce tan bien como cualquier otra persona el valor de los datos científicos. También sabe que, a veces, una anécdota puede esclarecer una cuestión más eficaz y sencillamente que una docena de estudios. Por ese motivo, cuando quiere ilustrar el poder formador de las experiencias prenatales, suele narrar la historia de Odile, una niña autista (que se aparta de la realidad) a la que trató hace algunos años.

Al igual que la mayoría de los pequeños que padecen su enfermedad, Odile era prácticamente muda. La primera vez que el Dr. Tomatis la examinó en su consulta, la niña no hablaba ni parecía oír cuando le dirigían la palabra. Al principio, Odile se aferró tercamente a su silencio. De manera gradual, el tratamiento del Dr. Tomatis la volvió menos callada. Al cabo de un mes, la niña prestaba atención y hablaba. Como es lógico, sus padres se sintieron satisfechos ante estos progresos, si bien, simultáneamente, se mostraron algo perplejos: se dieron cuenta de que la comprensión de su hija mejoraba notablemente cuando hablaban en inglés en lugar de hacerlo en francés. Lo que más los desconcertaba era ignorar dónde había adquirido

1. En la Escuela de Psicología Clínica del Instituto Católico.

Odile esos conocimientos. Ninguno de los dos hablaba mucho inglés en casa y, hasta que fue sometida a la asistencia del Dr. Tomatis, Odile —de cuatro años— había sido casi totalmente insensible a la palabra hablada, al margen del idioma en que se pronunciase. Suponiendo incluso lo improbable —que se las había ingeniado para aprenderlo oyendo fragmentos de las conversaciones entre sus padres—, ¿por qué ninguno de sus hermanos y hermanas mayores (y normales) había hecho lo mismo?

Al principio, este hecho desconcertó al Dr. Tomatis, hasta que, un día, la madre de Odile mencionó casualmente que durante la mayor parte del embarazo había trabajado en una empresa de exportación-importación de Pa-rís en la que sólo se hablaba inglés.

La comprensión de que hasta los rudimentos de un idioma pueden establecerse en el útero nos ha permitido trazar un círculo completo. Hace cuarenta años, esta idea habría sido descartada por imposible, mientras que hace cuatrocientos habría sido aceptada como una realidad. Nuestros antepasados eran claramente conscientes de que las experiencias de la madre se grababan en su hijo no nacido. Por ese motivo, los chinos crearon las primeras clínicas prenatales hace un milenio. También por este motivo hasta las culturas más primitivas han advertido a las embarazadas que se alejen de hechos aterradores, como los incendios. Siglos de observación les han demostrado las poderosas consecuencias de la ansiedad y el miedo maternos.

En muchos textos antiguos, desde los diarios de Hipócrates hasta la Biblia, se pueden encontrar datos sobre estas influencias prenatales. En un expresivo pasaje de san Lucas (Lucas, 1:44), Elisabet afirma: «Porque así que sonó la voz de tu salutación en mis oídos, exultó de gozo el niño en mi seno.»

Sin embargo, el primer hombre que asimiló la idea en todas sus dimensiones no fue un santo ni un médico, sino el gran artista, inventor y genio italiano Leonardo de

Vinci. Los *Cuadernos* de Leonardo dicen más sobre las influencias prenatales que muchos de los textos médicos más modernos. En un pasaje especialmente penetrante, escribió: «La misma alma gobierna los dos cuerpos... las cosas deseadas por la madre a menudo quedan grabadas en el niño que la madre lleva en su seno en el momento del deseo... una voluntad, un supremo deseo, un temor o un dolor mental que la madre siente tiene más poder sobre el niño que sobre ella, dado que frecuentemente la criatura pierde su vida por este motivo.»

Los demás necesitamos cuatro siglos y la ayuda de otro genio para alcanzar a Leonardo. En el siglo XVIII, el hombre inició sus prolongados y atormentados amores con la máquina y las consecuencias se sintieron en todas partes, incluida la medicina. Los doctores estudiaban el cuerpo humano casi del mismo modo que los niños de nuestros días analizan los juegos de construcción. La enfermedad consistía, simplemente, en averiguar qué ocurría y dónde y por qué lo que tenía que funcionar no iba bien. Lo importante era lo que podía ser instantáneamente visto, tocado y comprobado.

Todo esto era loable... hasta cierto punto. Liberó a la medicina de las supersticiones que la habían obstaculizado durante los dos milenios anteriores y la situó en una posición más rigurosa y científica. Sin embargo, en el proceso, los médicos se tornaron casi irracionalmente desconfiados de las cosas que no podían sopesarse, medirse u observarse al microscopio. Sentimientos y emociones eran demasiado indefinidos, esquivos e impertinentes para este novedoso y racional mundo de la medicina de precisión. A principios de este siglo, muchos de esos elementos «imprecisos» fueron reintroducidos en el campo de la medicina a través de las teorías psicoanalíticas de Sigmund Freud.

La obra de Freud sólo aludía al niño no nacido. La concepción neurológica y biológica tradicional de su época

sostenía que un niño no era lo bastante maduro para sentir o experimentar significativamente hasta el segundo o tercer año de vida, motivo por el cual Freud también pensó que la personalidad no empezaba a desarrollarse hasta ese momento.

De todos modos, Freud realizó una importante aunque accidental contribución, a la psicología prenatal. Demostró, más allá de toda duda, que las emociones y los sentimientos negativos influyen adversamente en la salud física. Dio a esta idea el nombre de enfermedad psicósomática. El hecho de que las enfermedades en que pensaba cuando formuló este concepto fueran úlceras y migrañas no tiene importancia, como tampoco la tiene que se centrara en los efectos negativos, más que en los positivos, de la mente sobre la salud. Lo importante fue su comprensión de que una emoción podía crear dolor e incluso un cambio físico en el organismo. Algunos investigadores creían que, si esto era cierto, también resultaba posible que una emoción pudiera modelar la personalidad del niño intrauterino.

En los años cuarenta y cincuenta, investigadores entre los que se incluyen Igor Caruso y Sepp Schindler, de la Universidad de Salzburgo, Austria; Lester Sontag y Peter Fodor, de Estados Unidos; Friedrich Kruse, de Alemania; Dennis Stott, de la Universidad de Glasgow; D. W. Winnicott, de la Universidad de Londres, y Gustav Hans Gräber, de Suiza, estaban convencidos de que las emociones maternas influían precisamente de ese modo en el feto. Pero no podían demostrarlo experimentalmente.

En su condición de psiquiatras y psicoanalistas, sus únicos instrumentos eran sus ideas y criterios. Si bien en la década de los cincuenta ya habían volado más alto en pos de aquellas ideas que consideraron posibles cuando iniciaron sus investigaciones, aún necesitaban el modo de traducirlas a referencias empíricas sólidas y verificables que pudieran ser demostradas por sus colegas de las ciencias fi-

siológicas. En síntesis, necesitaban un modo de estudiar y someter realmente a prueba al niño no nacido en el útero. Esto estaba más allá de las posibilidades de cualquier máquina o aparato que entonces existiera.

De todos modos, a mediados de los sesenta, la tecnología médica finalmente los alcanzó. Puesto que muchos de esos pioneros llegaron a una venerable y activa ancianidad (algunos aún viven), tuvieron la satisfacción de ver gran parte de sus hipótesis confirmadas por una nueva generación de investigadores. La obra de neurólogos como Dominick Purpura, del Albert Einstein Medical College de Nueva York, y de Maria Z. Salam y Richard D. Adams, de Harvard; de audiólogos como Erik Wedenberg, del Instituto de Investigaciones Karolinksa de Suecia, y de obstetras como Antonio J. Ferreria, del Mental Research Institute de Palo Alto, del Dr. Albert Liley, de la Escuela para Posgraduados del National Woman's Hospital de Auckland, Nueva Zelanda, y de la Dra. Margaret Liley —su esposa—, por fin proporcionó lo que tanta falta hacía: sólidas e indiscutibles pruebas fisiológicas de que el feto es un ser que oye, percibe y siente. A decir verdad, el niño intrauterino que surgió de la obra de estos hombres y mujeres era emocional, intelectual e incluso físicamente más desarrollado de lo que habían creído pioneros como Winnicott y Kruse.

Por ejemplo, los estudios demuestran que, en la quinta semana, el feto ya desarrolla un repertorio sorprendentemente complejo de actos reflejos. En la octava semana no sólo mueve fácilmente la cabeza, los brazos y el tronco, sino que, además, con estos movimientos ya ha labrado un primitivo lenguaje corporal: expresa sus gustos y aversiones con sacudidas y patadas bien colocadas. Lo que le desagrada especialmente es que lo manipulen. Basta presionar, urgar o pellizcar el vientre de la embarazada para que el feto de dos meses y medio se aleje de prisa (hecho observado mediante diversas técnicas).

Esta preocupación por la comodidad tal vez explique el motivo por el cual algunos recién nacidos son tan activos por la noche. En el útero, la noche era el momento más ajetreado del día para el bebé. Una vez acostada, su madre estaba lejos de sentirse relajada y sosegada. A causa de la acidez estomacal, el estómago revuelto y los calambres en las piernas, no dejaba de moverse de un lado a otro, e invariablemente hacía como mínimo dos o tres visitas al cuarto de baño. En consecuencia, no me parece tan sorprendente que algunos niños vengan al mundo con el ritmo del sueño invertido.

El dominio de las expresiones faciales se retrasa un poco más que el de los movimientos generales del cuerpo. Al cuarto mes, el niño intrauterino es capaz de fruncir el ceño, bizquear y hacer muecas. Aproximadamente en ese momento adquiere los reflejos básicos. Basta acariciar sus párpados (hecho realizado experimentalmente en el útero) para que bizquee en lugar de sacudir todo el cuerpo como hacía antes; basta acariciarle los labios para que empiece a succionar.

De cuatro a ocho semanas después es tan sensible al tacto como un niño de un año. Si se le cosquillea accidentalmente el pericráneo durante un examen médico, mueve la cabeza de prisa. El agua fría le desagrada mucho. Si ésta se inyecta en el vientre de su madre, el feto patatea energicamente.

Quizá lo más asombroso de esta criatura tan sorprendente sean sus gustos selectivos. En general, no consideramos un *gourmet* al feto, pero en cierto modo lo es. Basta añadir sacarina a su dieta normalmente suave de líquido amniótico para que su tasa de ingestión se duplique. Basta agregar un aceite de mal sabor y parecido al yodo, llamado Lipidol, para que esas tasas no sólo disminuyan bruscamente, sino que, además, el feto haga una mueca.

Investigaciones recientes también demuestran que, a partir de la semana veinticuatro, el niño intrauterino en

todo momento oye. Además, tiene muchas cosas que oír. El abdomen y el útero de la embarazada son lugares muy ruidosos. Los retumbos estomacales de su madre son los sonidos más potentes que oye. La voz de ella, la de su padre y otros sonidos ocasionales son más amortiguados, pero igualmente le resultan audibles. Sin embargo, el sonido que domina su mundo es el rítmico tac del latido cardíaco de la madre. Mientras mantiene su ritmo regular, el niño intrauterino sabe que todo está bien; se siente seguro y esa sensación de seguridad persiste en él.

El recuerdo inconsciente del latido cardíaco de la madre en el útero parece ser la causa por la cual el bebé se calma si alguien lo sostiene contra su pecho o se adormece con el tic-tac constante de un reloj y el motivo por el cual los adultos que trabajan en una oficina ajetreada rara vez se distraen con el repiqueteo rítmico de las máquinas de escribir o el zumbido uniforme de un acondicionador de aire. El Dr. Albert Liley también cree que éste es el motivo de que, cuando se pide a un grupo de personas que pongan un metrónomo según un ritmo que las satisfaga, la mayoría opte por uno que va de los cincuenta a los noventa golpes por minuto... aproximadamente equivalente a los latidos del corazón humano.

Otro experto, Elias Carnetti, opina que el recuerdo primitivo del latido del corazón de nuestras madres también explica muchas cosas acerca de nuestros gustos musicales. Sostiene que todos los ritmos de tambor conocidos se ajustan a uno de dos patrones básicos: a la rápida retreta de las pezuñas de los animales o al medido latido del corazón humano. El patrón de las pezuñas animales es fácil de comprender: un lejano vestigio del pasado del hombre como cazador. Pero es el ritmo del latido cardíaco el que está más extendido por el mundo... incluso en las culturas cazadoras que aún subsisten.

Boris Brott está convencido, sin lugar a dudas, de que su interés por la música se despertó en el útero. Muchos otros

músicos —incluidos Arthur Rubinstein y Yehudi Menuhin— afirman lo mismo. Además, en una impresionante serie de nuevos estudios, la audióloga Michele Clements ha demostrado que el niño no nacido tiene claros gustos y aversiones musicales... que también son selectivos.

Como ya he dicho, Vivaldi es uno de los compositores preferidos de los niños intrauterinos, al igual que Mozart. La Dra. Clements explica que, cada vez que se hacía sonar una de sus excelsas composiciones, los ritmos cardíacos de los fetos invariablemente se estabilizaban y disminuía el pataleo. Por su parte, la música de Brahms, Beethoven y todos los estilos de música rock aturdíen a la mayoría de los fetos. Pataleaban violentamente cuando sus madres ponían discos de estos compositores.

En los años veinte, un investigador alemán dio cuenta de una reacción aun más definida. Varias de sus pacientes embarazadas le explicaron que habían dejado de asistir a conciertos porque sus niños no nacidos reaccionaban tempestuosamente ante la música. Casi medio siglo después, el doctor Liley y sus colegas descubrieron, por fin, la causa. El equipo del doctor Liley comprobó que, a partir de la semana veinticinco, el feto literalmente salta al ritmo de los golpes del tambor de una orquesta, lo cual, sin duda, no es un modo muy reposado de pasar una velada.

Por razones obvias, la visión del niño intrauterino se desarrolla con más lentitud: aunque no está totalmente desarrollada, el útero no es el lugar ideal para practicar la visión. Esto no significa que el feto no vea. A partir de la semana dieciséis es muy sensible a la luz. Sabe en qué momento su madre toma baños de sol a causa de los rayos que lo alcanzan. Aunque, en general, esto no lo perturba, una luz apuntada directamente al vientre de su madre le molesta. Suele volver la cara y, aunque no lo haga, la luz lo sobrecoge. Un investigador provocó espectaculares fluctuaciones en el latido cardíaco de un feto apuntando una luz intermitente al vientre de la embarazada.

La visión del niño no es especialmente aguda al nacer. El recién nacido sólo tiene un 20/500 de visión, lo que significa que no distingue un árbol a medio campo de fútbol de distancia. De todos modos, ni los árboles ni los campos de fútbol tienen mucho que ver con ese momento de su vida. Si están cerca, puede ver los objetos de su mundo con bastante claridad. Puede discernir la mayoría de los rasgos del rostro de su madre si se encuentra entre quince y treinta centímetros de distancia. Igualmente impresionante es el hecho de que, desde una distancia de dos metros setenta, pueda divisar el contorno de un dedo.

El doctor Liley plantea una teoría fascinante con respecto a esta cuestión. Considera que las deficiencias visuales de un bebé pueden ser, al menos parcialmente, la consecuencia de un hábito que adquirió en el útero. Sostiene que si un infante no se interesa mucho por los objetos que se encuentran a más de treinta o cuarenta y cinco centímetros de distancia, ello se debe a que dicha distancia corresponde al tamaño del hogar que acaba de dejar.

El hecho de que el niño intrauterino tenga habilidades demostradas para reaccionar ante su entorno a través de los sentidos, muestra que está en posesión de los requisitos básicos del aprendizaje. Sin embargo, la formación de la personalidad exige algo más. Como mínimo absoluto requiere la conciencia. Para que sean significativos, los pensamientos y los sentimientos de la madre no pueden registrarse en el vacío. Su hijo ha de ser agudamente consciente de lo que ella piensa y experimenta. Igualmente indispensable es el hecho de que el feto puede interpretar sus pensamientos y sentimientos con toda sutileza y complejidad. En el útero recibe muchos mensajes y tiene que poder distinguir entre los fundamentales y los que no lo son, sobre qué mensajes ha de obrar y cuáles tiene que descartar. Por último, debe recordar lo que éstos le transmiten. Si no puede hacerlo, por muy crítico que sea su contenido, éste no se registrará durante más de unos momentos.

Todo esto es mucho pedir a un niño muy pequeño, motivo por el cual algunos investigadores todavía rechazan enérgicamente la idea de que la personalidad comienza a formarse en el útero. Sostienen que las capacidades emocionales, intelectuales y neurológicas que supone este complejo proceso están fuera del alcance del niño intrauterino.

Estas objeciones ignoran ciegamente lo que se ha aprendido de manera experimental. Los recientes estudios neurológicos no sólo demuestran que la conciencia —el más importante de los tres requisitos— existe en el útero, sino que también indican con toda precisión el momento en que comienza. El doctor Dominick Purpura —director de la muy respetada revista *Brain Research*, profesor del Albert Einstein Medical College y jefe de la sección de estudios sobre el cerebro de los Institutos Nacionales de Salud— sitúa el comienzo de la conciencia entre las semanas veintiocho y treinta y dos. Señala que, en ese momento, los circuitos neurales del cerebro están tan desarrollados como en un recién nacido.¹ Este dato es fundamental porque los mensajes son retransmitidos a través del cerebro y de éste a diversas partes del cuerpo a través de dichos circuitos. Aproximadamente en la misma época, la corteza cerebral madura lo suficiente como para sustentar la conciencia. Esto es asimismo importante porque la corteza es la parte más elevada y compleja del cerebro, la parte más distintivamente humana y la que utilizamos para pensar, sentir y recordar.

Pocas semanas después, las ondas cerebrales se vuelven definidas, lo que permite distinguir con facilidad entre los estados de sueño y de vigilia del niño. Ahora está mentalmente activo incluso mientras duerme. A partir de la semana treinta y dos, las pruebas sobre ondas cerebrales co-

mienzan a registrar períodos de sueño REM,¹ que en los adultos significa la presencia de estados oníricos. Supongo que, aunque es imposible decir si los REM del feto significan lo mismo, si el niño soñara —con la salvedad de la diferencia de experiencia—, sus sueños no serían muy distintos de los nuestros. Por ejemplo, podría soñar que mueve las manos y los pies, o que oye ruidos. Incluso es posible que pueda sintonizar con los pensamientos o sueños de su madre, de modo que los sueños de ella se convierten en los suyos.

Otra posibilidad planteada por tres investigadores del sueño norteamericanos —los doctores H. P. Roofwarg, J. H. Muzil y W. C. Dement— sostiene que los períodos REM son el equivalente del levantamiento de pesos por parte del cerebro del feto. Dichos investigadores afirman que, para desarrollarse de manera correcta, el cerebro fetal tiene que ejercitarse y que la actividad neurológica de los períodos REM no es más que eso: ejercicios mentales.

Los primeros y delgados fragmentos de huellas de la memoria comienzan a atravesar el cerebro fetal alrededor del tercer trimestre, aunque es difícil determinar el momento exacto. Algunos investigadores sostienen que el niño puede recordar a partir del sexto mes y otros afirman que el cerebro no adquiere los poderes de evocación hasta, por lo menos, el octavo mes. Sin embargo, es indudable que el niño intrauterino recuerda o retiene sus evocaciones.

En un libro de reciente aparición, el psiquiatra checoslovaco Stanislav Grof cuenta que un hombre sometido a medicación describió con toda exactitud su cuerpo fetal —lo grande que era su cabeza en comparación con sus piernas y brazos— y cómo se sentía al encontrarse en el líquido amniótico y unido a la placenta. A continuación,

1. Es uno de los motivos por los cuales las tasas de supervivencia de los prematuros aumentan notablemente al final del segundo trimestre y a partir de entonces.

1. Rapid Eye Movement (Rápido movimiento ocular).

mientras describía los sonidos de su corazón y los de su madre, se interrumpió súbitamente en mitad de la frase y anunció que podía oír voces amortiguadas fuera del útero: risas y gritos de voces humanas y el cascado toque de las trompetas de la feria. Del mismo modo repentino e inexplicable, el hombre declaró que estaba a punto de ser parido.

Intrigado por la intensidad y los detalles del recuerdo de su paciente, el doctor Grof se puso en contacto con la madre de éste, que no sólo confirmó los detalles de la historia de su hijo, sino que también añadió que fue la agitación de la feria lo que precipitó el alumbramiento. De todos modos, la mujer se sorprendió ante las preguntas del doctor Grof. A lo largo de todos esos años había mantenido deliberadamente en secreto su visita a la feria, pues su madre le había advertido que, si lo hacía, le podía ocurrir algo así. Se asombró de que el médico estuviese enterado de su paseo.

Cada vez que incluyo esta anécdota en una conferencia, los profanos asienten significativamente. La idea de que un niño intrauterino recuerde les parece una cosa bastante natural. Lo mismo se aplica a la conciencia del feto: la mayoría de las personas la consideran una idea totalmente lógica, sobre todo las mujeres que están o estuvieron embarazadas. Sin embargo, lo que provoca miradas de desconcierto y preguntas del público es la afirmación de que el niño intrauterino puede percibir los pensamientos y sentimientos de su madre. Preguntan cómo es posible que un niño pueda descifrar los mensajes maternos que expresan «amor» y «consuelo» cuando no tiene modo alguno de saber lo que estos estados afectivos significan.

Los primeros indicios de respuesta para esa pregunta surgieron en 1925, cuando el biólogo y psicólogo norteamericano W. B. Cannon demostró que el miedo y la ansiedad pueden provocarse bioquímicamente mediante la

inyección de un grupo de sustancias químicas¹ llamadas catecolaminas, que aparecen naturalmente en la sangre de animales y seres humanos asustados. En los experimentos del doctor Cannon, se extrajeron las catecolaminas de los animales ya asustados y a continuación se inyectaron a un segundo grupo de animales relajados. En pocos segundos y sin provocación, todos los animales serenos también comenzaron a mostrarse aterrorizados.

Posteriormente, el doctor Cannon descubrió que lo que provocaba este efecto extraordinario era la capacidad de las catecolaminas para actuar como un sistema circulante de alarma contra incendios. Una vez introducidas en el torrente sanguíneo, provocan todas las reacciones fisiológicas que asociamos con el miedo y la ansiedad. El hecho de que el sistema sanguíneo corresponda a un animal o a un niño no nacido apenas implica diferencia. En el caso del feto, la única distinción corresponde a la fuente de dichas sustancias: provienen de su madre cuando ésta se perturba. En cuanto atraviesan la barrera de la placenta, también lo perturban a él.

En rigor, esto torna principalmente fisiológicos la ansiedad y el miedo del niño intrauterino. El impacto directo, inmediato y más verificable de las hormonas maternas se da en su cuerpo, no en su mente. Sin embargo, en el curso del proceso, estas sustancias lo empujan hacia una conciencia primitiva de sí mismo y de la faceta puramente *emocional* de los sentimientos. Se trata de un proceso complicado, y en el próximo capítulo analizaremos cómo tiene lugar. De momento, baste decir que cada oleada de hormonas maternas lo arranca de la inexpresividad que es su estado normal en el útero y lo introduce en una especie de receptividad. Algo excepcional —quizá inquietantemente ocurrido y, puesto que es humano, el feto trata de dar

1. Este grupo —en el que se incluyen la epinefrina, la norepinefrina y la dopamina— actúa como transmisor dentro del sistema nervioso autónomo.

sentido a ese hecho. Aunque no plantea el interrogante de esta manera, lo que en realidad se pregunta es: «¿por qué?»

Gradualmente, a medida que su cerebro y su sistema nervioso maduran, comenzará a encontrar respuestas no sólo en la faceta física de los estados afectivos de su madre, sino también en la emocional. Este proceso no es tan concreto como lo hacen parecer las palabras. En el sexto o séptimo mes, el niño no nacido es capaz de hacer discriminaciones bastante sutiles con relación a las actitudes y los sentimientos de su madre y, lo que es más importante, comienza a responder a ellos.

Una de las mejores pruebas que conozco de este hecho es una extraordinaria serie de investigaciones presentadas a principios de 1970 por el doctor Dennis Stott. Dados los evidentes problemas de comunicación, el niño intrauterino o el recién nacido no pueden explicar cómo qué sentimientos maternos percibió en el útero ni cómo reaccionó ante ellos, pero, al igual que los demás mortales, está sujeto al efecto psicosomático. Cuando es feliz, suele florecer físicamente; cuando está muy turbado, con la misma frecuencia se vuelve enfermizo y emocionalmente inestable. Puesto que la principal fuente de su vida emocional en el útero es la madre, el doctor Stott supuso que el estado físico y emocional del niño al nacer y en los años inmediatamente posteriores permitiría hacerse una buena idea del tipo de mensajes maternos que recibió en el útero y la exactitud con que los percibió.

Si estaba en lo cierto, los contratiempos maternos a corto plazo no debían afectarle tan profundamente como los de largo plazo. Y eso es lo que descubrió en una de sus investigaciones. Ningún efecto negativo —físico o emocional— era evidente en los vástagos de mujeres que durante el embarazo habían padecido una tensión bastante intensa pero breve, como presenciar una

violenta pelea entre perros, sufrir un susto en el trabajo o ver que uno de sus hijos se escapaba durante un día.

Como es lógico, podría suponerse que, puesto que estos sustos fueron efímeros, quizá la exposición relativamente breve a las hormonas maternas no dañó la salud física y emocional de sus hijos. Según esa misma lógica, todos los bebés del estudio expuestos a tensiones *intensas y a largo plazo* deberían haber nacido enfermitos. Pero no fue así. En realidad, surgió una distinción muy sutil entre las tensiones. Los datos del doctor Stott demostraron que contratiempos prolongados que no afectaban directamente la seguridad emocional de la mujer —por ejemplo, la enfermedad de un pariente próximo— tenían poco o ningún efecto en su hijo no nacido, mientras que las tensiones *personales* a largo plazo lo tenían con frecuencia. En general, se trataba de tensiones con un miembro próximo de la familia, el marido y, en algunos casos, un pariente político. Según el doctor Stott, además de ser personales, otros dos elementos caracterizaban dichas tensiones: «Tendían a ser constantes o propensas a estallar en cualquier momento y eran imposibles de resolver.» Me parece que el hecho de que diez de las catorce mujeres de este estudio sometidas a tensión tuvieran hijos con problemas físicos o emocionales supera todo lo que pueda explicarse exclusivamente en términos fisiológicos. Al fin y al cabo, este y el otro tipo de tensiones a largo plazo estudiadas por el doctor Stott eran intensas; en consecuencia, existían las mismas posibilidades de enviar grandes cantidades de hormonas maternas al torrente sanguíneo.

El único modo de dar sentido a la diferencia es en términos de percepción. En un caso, los niños pudieron sentir que, aunque muy real, la aflicción de su madre no era amenazadora para ella ni para ellos; en el otro, percibieron agudamente que su aflicción significaba una amenaza.

Lamentablemente, uno de los elementos que el doctor Stott no analizó en su investigación fue lo que sentían ha-

cia sus hijos no nacidos las madres con tensión personal. Sospecho que, si lo hubiera hecho, habría descubierto que la intensidad de los sentimientos de la mujer hacia su hijo puede reducir el impacto que sus contratiempos ejercen en él. Su amor es lo más importante y, cuando el niño lo percibe, a su alrededor se forma una especie de escudo protector que puede disminuir o, en algunos casos, neutralizar el impacto de las tensiones del exterior.

Sería difícil imaginar un embarazo más tumultuoso que el que soportó una mujer a la que llamaré Susan. Sin marido —el esposo la había abandonado pocas semanas después de que ella se enterara de que estaba embarazada— y acosada por permanentes problemas económicos, Susan ya tenía dificultades más que sobradas, cuando, en el sexto mes de embarazo, se le detectó un quiste precanceroso en un ovario. Se planteó su extirpación inmediata y, al comunicarle que la intervención quirúrgica la haría abortar, Susan se negó. Mediada la treintena, Susan estaba convencida de que era su última oportunidad de tener un hijo y lo deseaba desesperadamente. Más tarde me dijo: «Nada más tenía importancia. Habría corrido cualquier riesgo con tal de tener a mi hijo.» Me parece que, a cierto nivel, su hija percibió ese deseo. Andrea, nombre que recibió la pequeña, nació sana y en el momento de escribir este libro, dos años después, es una niña normal, feliz y bien adaptada.

En síntesis, aunque las tensiones externas que afronta una mujer tienen importancia, lo más esencial es lo que siente hacia su hijo no nacido. Sus pensamientos y sentimientos son el material a partir del cual el niño intrauterino se forja a sí mismo. Si son positivos y nutritivos, el niño puede —como en el caso de Andrea— soportar choques prácticamente de cualquier dirección. Pero no se puede engañar al feto. Si es hábil para percibir lo que en líneas generales está en la mente de su madre, aun lo es más para percibir su actitud hacia él, como demuestra una serie de

nuevos experimentos psicológicos ingeniosamente diseñados.

Después de seguir a dos mil mujeres durante el embarazo y el alumbramiento, la doctora Monika Lukesch —psicóloga de la Universidad Constantine, de Frankfurt, República Federal de Alemania— llegó a la conclusión de que la actitud de la madre producía el efecto más importante en la forma de ser del infante. Todas ellas provenían de la misma extracción económica, eran igualmente inteligentes y habían gozado del mismo grado y calidad de asistencia prenatal. El único y principal factor distintivo era la actitud hacia sus hijos no nacidos, que resultó tener un efecto crítico en los bebés. Los hijos de las madres aceptadoras —las que deseaban tener descendencia— eran emocional y físicamente mucho más sanos al nacer y después que los vástagos de madres rechazadoras.

El doctor Gerhard Rottmann, de la Universidad de Salzburgo, Austria, llegó a la misma conclusión. Su estudio es especialmente digno de mención porque demuestra las sutiles distinciones emocionales que es capaz de hacer el feto.

Sus sujetos, ciento cuarenta y una mujeres, fueron clasificadas en cuatro categorías emocionales, basadas en la actitud que tenían hacia el embarazo. Los hallazgos de las categorías más extremas, que prácticamente imitaban las de la doctora Lukesch, no plantearon sorpresas. Las mujeres a las que el doctor Rottmann calificó de Madres Ideales (porque las pruebas psicológicas demostraban que deseaban a sus hijos tanto consciente como inconscientemente) tuvieron los embarazos más fáciles, los partos menos problemáticos y los vástagos física y emocionalmente más sanos. Las mujeres con actitud negativa —a las que llamó Madres Catastróficas— como grupo, tuvieron los problemas médicos más difíciles durante el embarazo y alumbraron la tasa más elevada de infantes prematuros, de poco peso y emocionalmente perturbados.

De todos modos, los datos más interesantes surgieron de los dos grupos intermedios del estudio del doctor Rottmann. Sus Madres Ambivalentes estaban exteriormente contentas con su gestación. Maridos, amigos y familiares suponían que estas mujeres deseaban ser madres. Sus hijos intrauterinos sabían que no era así. Sus sensores habían captado la misma ambivalencia subconsciente presente en los tests psicológicos del doctor Rottmann. Al nacer, un porcentaje extraordinariamente elevado de estos niños presentó problemas de conducta y gastrointestinales. Los niños no nacidos de Madres Indiferentes también parecían estar profundamente confundidos con respecto a los mensajes mixtos que captaban. Sus madres tenían diversas razones para no desear descendencia –habían hecho carrera, tenían problemas económicos, todavía no estaban preparadas para ser madres–; no obstante, los tests del doctor Rottmann demostraban que inconscientemente deseaban el embarazo. En algún nivel, los niños captaron ambos mensajes, que evidentemente los confundieron. Al nacer, un porcentaje extraordinariamente elevado de ellos eran apáticos y aletargados.

¿Qué puede decirse de la influencia del padre? Como ya he mencionado, todas las pruebas demuestran que la calidad de la relación de la mujer con su marido o compañero –el hecho de que se sienta feliz y segura o, a la inversa, ignorada y amenazada– ejerce una influencia decisiva en el niño no nacido. La doctora Lukesch, por ejemplo, valora la calidad de la relación de la mujer con el esposo en segundo lugar, anteponiendo únicamente su actitud hacia la maternidad en la determinación de la personalidad del niño.

Como acabamos de ver, el doctor Stott también opina que éste es un elemento decisivo. Califica un mal matrimonio o una relación negativa como una de las principales causas de daño emocional y físico en el útero. Sobre la base de un estudio reciente realizado con más de mil trescientos

niños y sus familias, calcula que una mujer miembro de un matrimonio mal avenido corre un riesgo 237 veces superior de alumbrar un niño psicológica o físicamente enfermo que una mujer que vive una relación segura y nutritiva.

Según el doctor Stott, incluso peligros tan ampliamente reconocidos como la enfermedad física, el consumo de tabaco y la realización de un trabajo agotador durante el embarazo, plantean un riesgo menor para el niño intrauterino. Sus cifras son convincentes. Descubrió que los matrimonios desdichados tenían hijos que, de pequeños, eran cinco veces más asustadizos que los vástagos de relaciones felices. Estos pequeños seguían acosados por problemas hasta bien entrada la infancia. El doctor Stott descubrió que a los cuatro y cinco años tenían un tamaño insuficiente, eran tímidos y emocionalmente dependían de sus madres en grado excesivo. Estos datos resultan perturbadores. También es importante recordar que un vínculo madre-hijo fuerte y nutritivo puede proteger al feto incluso de choques muy traumáticos.

Además, en la psicología humana no existen correlaciones en proporción de uno a uno. El hecho de que un niño sea producto de un matrimonio desdichado o de una madre indiferente, ambivalente o incluso catastrófica, no necesariamente significa que de adulto se convierta en un caso de esquizofrenia, alcoholismo, promiscuidad o agresividad. No hay nada tan preciso en la mente. Sin embargo, el útero es el primer mundo del niño. El modo en que lo experimenta –como amistoso u hostil– crea *predispuestas* de la personalidad y el carácter. En un sentido muy real, el útero establece las expectativas del niño. Si ha sido un entorno cálido y amoroso, probablemente el niño esperará que el mundo exterior sea igual. Esto provoca una predisposición hacia la confianza, la franqueza, la exploración y la seguridad en sí mismo. El mundo será su envoltura tal como lo ha sido el útero. Si dicho entorno ha

sido hostil, el niño esperará que su nuevo mundo sea igualmente poco atractivo. Estará predispuesto hacia la desconfianza, el recelo y la introversión. Relacionarse con otros será difícil, lo mismo que la afirmación de sí mismo. La vida será más dificultosa para él que para un niño que ha tenido una buena experiencia uterina.

Hasta cierto punto, podemos medir dichas predisposiciones. La timidez de los pequeños que dan los primeros pasos y que han sido calificados de ansiosos en el útero es una muestra de las características prenatales vaticinadoras de la conducta posterior; un ejemplo aun más claro es un estudio a largo plazo sobre los adolescentes, realizado pocos años después en el mismo centro, el Instituto de Investigaciones Fels de Yellow Springs, Ohio. Como cabía esperar, los investigadores no hallaron una correlación exacta entre la conducta de los sujetos *in utero* y su conducta como adolescentes. De todos modos, las relaciones surgidas fueron significativas e interesantes.

En este caso, la vara de medir era el ritmo cardíaco que, al igual que la actividad, es un buen indicador de la personalidad del feto. Al controlarlo, podemos determinar de qué manera cada niño reacciona ante las tensiones y los temores (en este caso, la fuente era un ruido fuerte producido cerca de la madre) y de este modo aprender algo sobre el estilo de su personalidad. Lo que torna tan significativos los hallazgos de la investigación del Instituto Fels no es sólo la demostración de que, al igual que los demás, cada niño intrauterino reacciona ante la tensión según su peculiaridad, sino también que esa reacción nos dice algo importante acerca de la personalidad futura del niño.

Analicemos a los que denominaré de baja reacción, es decir, los fetos que, a juzgar por la constante estabilidad de su ritmo cardíaco, apenas se inmutaban al oír el ruido. Quince años después, esos jóvenes apenas se inmutaban ante lo inesperado. Los investigadores descubrieron que mantenían el control de sus emociones y de su conducta.

De una manera muy distinta, se apreció la misma correlación en los adolescentes que habían reaccionado en exceso (evaluado según las fluctuaciones de su ritmo cardíaco) al ruido producido en el útero. En conjunto, todavía eran notablemente emotivos. Estas diferencias incluso aparecieron en los estilos cognoscitivos o de pensamiento de ambos grupos. Cuando los investigadores mostraron una imagen a uno de los adolescentes que llamaré de alta reacción, éste fue mucho más propenso a dar una interpretación emocional y creativa, describiendo no sólo lo que había en la imagen, sino lo que pensaba que sentía la gente representada en ella, si estaban tristes o contentos, inquietos o despreocupados. Por su parte, los de baja reacción solían hacer descripciones muy concretas. Lo que describían era lo que veían espontáneamente delante de sus ojos. En sus interpretaciones había poca o ninguna imaginación o talento.¹

En el próximo capítulo analizaremos las fuerzas prenales que contribuyen a modelar el carácter.

1. Este estudio demuestra lo cuidadoso que hay que ser al evaluar la personalidad del niño intrauterino o del recién nacido. Para su desarrollo futuro, es peligroso considerar «bueno» al bebé porque es plácido, o «malo» porque alborota en el útero. Hay que dejar que cada niño desarrolle su personalidad sin que los padres prejuzguen si es bueno o malo.

Capítulo III

EL YO PRENATAL

A fines de 1944 apareció una asombrosa ponencia que podemos considerar precursora del estudio sobre adolescentes realizado por el Instituto Fels. Titulada «La guerra y la relación materno-fetal», surgió de observaciones que su autor —el doctor Lester W. Sontag— había realizado acerca del modo en que determinadas ansiedades maternas graves influían en el desarrollo de la personalidad del feto. Estas tensiones específicas giraban en torno a amenazas dirigidas al marido de la gestante, y lo que ocurrió no sólo fue que las mujeres sometidas a ellas tuvieron niños más caprichosos. El doctor Sontag consideró que los problemas de esos niños eran de *origen físico*. En el momento en que la guerra había convertido en una realidad cotidiana lo que en tiempos de paz eran temores ocasionales de peligro para cientos de miles de embarazadas cuyos maridos estaban en el frente, el doctor Sontag se interesó por el bienestar de los hijos que llevaban en su seno esas madres de tiempos bélicos. Suponía que esas intensas ansiedades maternas podían alterar físicamente en el útero los reguladores emocionales del niño y que, por ese motivo, muchos de esos bebés se comportarían de un modo distinto, quizá más inestablemente, que los niños nacidos en tiempos mejores.

En el presente, la ponencia del doctor Sontag parece excepcionalmente presciente, sobre todo porque previó de

modo correcto que las tensiones que aumentan la producción neurohormonal materna —por ejemplo, las amenazas al marido— acrecientan la *susceptibilidad biológica* del niño hacia la aflicción emocional. Los contratiempos del pequeño no sólo surgen de las consecuencias psicológicas de la ansiedad, sino también de las físicas. En general, cada factor es tan importante como los demás en la determinación del tono y la orientación de la mente. Al igual que el doctor Sontag, considero que, en estos casos, el niño se torna emocionalmente más voluble porque sus mecanismos orgánicos han sido alterados de manera significativa en el útero mediante una producción excesiva de neurohormonas por parte de su madre. A lo largo de la vida seguirá desarrollándose y cambiando, pero su capacidad de desarrollo y cambio estará biológicamente entorpecida por sus experiencias prenatales. Dadas sus limitaciones biológicas intrínsecas, a veces le resultará más difícil funcionar tan bien como aquellos que no las tienen.

El doctor Sontag denominó *somatopsíquico* a este fenómeno y lo definió como el modo en que «los procesos fisiológicos básicos afectan la estructura de la personalidad, la percepción y el comportamiento de un individuo», lo cual lo convierte en el espejo de lo psicosomático. En el caso de lo somatopsíquico, en lugar de que la personalidad predisponga al organismo hacia úlceras o hipertensión, los mecanismos orgánicos predisponen a la persona a trastornos psicológicos como la ansiedad o la depresión. Todo lo que ahora estamos aprendiendo acerca de los complejos circuitos neurohormonales¹ que relacionan a la madre con el niño no nacido, sustenta las tesis que hace una generación planteó en términos especulativos el doctor Sontag.

Físicamente, madre e hijo no comparten un cerebro ni un sistema nervioso autónomo comunes; cada uno cuenta

1. Me refiero a sustancias como la adrenalina, la noradrenalina, la serotonina, la oxitocina, etc., producidas por las glándulas del organismo y que, al atravesar la placenta, pueden afectar al niño intrauterino.

con su aparato neurológico y su sistema de circulación sanguínea. En consecuencia, estos enlaces neurohormonales son vitalmente importantes porque constituyen uno de los pocos modos en que la madre y su hijo intrauterino pueden sostener un diálogo emocional. En general, es la madre quien inicia el diálogo. Al percibir una acción o pensamiento, su cerebro lo convierte instantáneamente en una emoción y orienta su organismo para que produzca un conjunto adecuado de respuestas. El proceso tiene lugar en la corteza cerebral, la capa exterior del cerebro; directamente debajo de ésta, en el hipotálamo, la percepción o idea recibe un tono emocional y un conjunto apropiado de sensaciones físicas. (Este proceso también funciona a la inversa. Una sensación —por ejemplo, un dolor en el brazo— se traducirá primero en una emoción, digamos el miedo, en el hipotálamo, y una milésima de segundo después en un pensamiento, «me he roto el brazo», en la corteza cerebral.)

Todas las sensaciones reales que relacionamos con estos como la ansiedad, la depresión y la excitación se inician en el hipotálamo; pero los cambios físicos reales que las emociones provocan se crean en los dos centros controlados por aquél: el sistema endocrino y el sistema nervioso autónomo (SNA). En el caso de una gestante que se asusta súbitamente, el hipotálamo ordena al SNA que acelere el latido cardíaco, dilate las pupilas, haga sudar la palma de las manos y eleve la tensión sanguínea; simultáneamente, el sistema endocrino recibe la señal de aumentar la producción de neurohormonas. Al inundar el torrente sanguíneo, estas sustancias modifican la química corporal de la mujer y, en última instancia, la de su hijo no nacido. He utilizado el miedo como ejemplo, pero otras emociones también pueden desencadenar este proceso, emociones que, si son intensas y constantes, están en condiciones de alterar los ritmos biológicos normales del niño intrauterino.

Una de las formas en que esto ocurre es creando una predisposición *emocional* hacia la ansiedad. Se trata de un proceso más psicológico que físico, y más adelante veremos cómo ocurre. Otro modo más grave es creando una predisposición *física* hacia la ansiedad a través de una alteración de los centros de procesamiento emocional del organismo. Aún ignoramos exactamente en qué punto el cerebro y el sistema nervioso del feto son más vulnerables a los excesos de neurohormonas maternas relacionadas con la tensión, y no conocemos con claridad los tipos de cambios provocados por dichas neurohormonas. De todos modos, pruebas recientes demuestran que el hipotálamo y sus puestos avanzados en el organismo del feto pueden ser particularmente vulnerables.

Esto resulta significativo porque, como ya hemos dicho, el hipotálamo es el regulador emocional del organismo. Si queda situado demasiado alto o demasiado bajo, el hipotálamo —o los mecanismos que controla, como los sistemas endocrino y nervioso autónomo— no funcionará correctamente. Las pruebas que sustentan la idea de la vulnerabilidad del hipotálamo adoptan dos formas: directa e indirecta. A esta última categoría corresponde el informe de un equipo de investigadores de la Universidad de Columbia, que midió las consecuencias del hambre *in utero*. Lo pertinente de este informe para nuestro análisis es que demuestra de qué manera, en etapas críticas del embarazo, un factor externo influye en la formación del hipotálamo. (Además de otras actividades, el hipotálamo regula nuestra ingestión de alimentos.) El equipo de Columbia estudió el historial físico de las holandesas y sus hijos que habían estado sometidos al hambre.¹ Resultó que, en el grupo, los problemas de exceso de peso eran comunes; el

1. A fines de 1944, los alemanes hicieron un grave embargo de alimentos en ciertas regiones de Holanda, lo que produjo una hambruna de vasto alcance. El estudio se basó en los antecedentes de los hombres en edad de reclutamiento cuyas madres estaban embarazadas de ellos durante la escasez de alimentos.

grado de susceptibilidad dependía sobre todo del grado de desarrollo en que se encontraban los sujetos (a la sazón, niños no nacidos) cuando los alcanzó el hambre. Padecer hambre en los primeros cuatro o cinco meses de gestación parecía ejercer el mayor efecto; la obesidad era muy frecuente entre los hombres cuyas madres habían estado mal alimentadas en dicha época. El equipo llegó a la conclusión de que la privación nutritiva en ese período afecta la disposición de las zonas hipotalámicas que regulan la ingestión de alimentos y el desarrollo.

Pruebas directas sobre la influencia de la tensión en el desarrollo hipotalámico surgen de un nuevo estudio finlandés. Todos los sujetos de la investigación habían perdido a su padre mientras estaban en el útero o poco después de nacer; fue esta diferencia lo que despertó el interés de los doctores Matti Huttunen y Pekka Niskanen. Indudablemente, la muerte del marido somete a una gran tensión a la mujer, tensión que automáticamente se transmite a su hijo. Los investigadores desean saber en qué momento las consecuencias de dicha tensión serían mayores, si antes o después del nacimiento. Un repaso al historial de los sujetos les proporcionó una respuesta: las tasas de trastornos psiquiátricos —sobre todo esquizofrenia— eran notablemente superiores entre aquellos niños cuyos padres habían muerto antes de su nacimiento. Los investigadores pensaron que este descubrimiento parecía superar las explicaciones psicológicas. En su opinión, la extraordinaria incidencia de trastornos emocionales en el grupo de niños cuyos padres habían muerto antes de su nacimiento sugería un funcionamiento biológico defectuoso. Puesto que el hipotálamo es el centro sensible del organismo, llegaron a la conclusión de que su integración había sido adversamente afectada por la aflicción materna.

No obstante, es importante recordar que ambos informes medían las consecuencias de una aflicción *extrema*. El hambre y la muerte del esposo no suelen ser experiencias

corrientes de la embarazada. Sus tensiones y ansiedades suelen ser mucho menos graves y, por consiguiente, también lo son las consecuencias de dichas tensiones en su hijo. Estas tensiones más sutiles pueden dar por resultado un niño que coma poco, lllore mucho, sea caprichoso y flojo de vientre. En general se le cataloga de «propenso a los cólicos». Creo que esta conducta está relacionada con pequeños defectos provocados por la tensión en el hipotálamo y el SNA del niño.

Planteado de manera sencilla, el hipotálamo y el SNA hacen que nuestro entorno interno funcione uniforme y eficazmente sin que nosotros hagamos ningún esfuerzo consciente. Si echo a correr o realizo trabajos pesados, este sistema ajusta automáticamente mi ritmo respiratorio; si un día frío entro en una habitación caliente, realiza las correcciones necesarias en la temperatura de mi cuerpo. También regula los procesos orgánicos de digestión y eliminación, de modo que si, por algún motivo, el SNA o su centro de control —el hipotálamo— funcionan mal, pueden surgir problemas gastrointestinales o intestinales. Por eso considero que muchos de los casos de trastornos gástricos después del nacimiento, aparentemente imposibles de diagnosticar, se deben a problemas del hipotálamo o del SNA. El Dr. Sontag comparte este criterio. Hace varios años, en una ponencia afirmó que el SNA irritable o hiperactivo probablemente podía provocar «perturbaciones en la motilidad, el tono y la función gastrointestinales». O, como planteó más enérgicamente en otro informe: «Puesto que la irritabilidad del niño supone el control del tracto gastrointestinal, evacua a intervalos excesivamente frecuentes, regurgita lo que ha comido y, en líneas generales, se pone muy fastidioso.»

Aunque esta serie de condicionamientos puede o no provocar problemas de alimentación, con frecuencia desencadena problemas de conducta. El niño con un SNA irritable y sobrecargado suele ser muy excitable: intran-

quilo, nervioso, hiperactivo. El movimiento excesivo mostrado por los niños tímidos y ansiosos que dan sus primeros pasos —a los que me refería anteriormente— es el precursor uterino de esta conducta; esos pequeños fueron calificados de mucho más activos que un grupo comparable de niños no nacidos. Debido a su incesante movimiento en el útero, a menudo estos niños nacen ligeramente bajos de peso; merece la pena agregar que, en los informes sobre bajo rendimiento escolar en la infancia, la correlación entre poco peso al nacer y bajo rendimiento en la lectura parece demostrar que esos niños siguen teniendo problemas.

Aunque, como la mayoría de las demás capacidades escolares, la lectura exige cierto grado de inteligencia, también requiere cierta habilidad para persistir en una tarea. De modo que es lógico suponer que una de las razones por las cuales los niños que pesaron poco al nacer tendrán posteriormente problemas de lectura reside en que se distraen demasiado y son excesivamente intranquilos como para permanecer quietos el tiempo suficiente para aprender a leer. En síntesis, sus problemas de lectura son un reflejo de sus problemas de conducta. Esta relación destaca en el British National Child Development Study, un proyecto de investigación a gran escala patrocinado por el gobierno británico. Los investigadores no sólo descubrieron que los pequeños de poco peso al nacer suelen leer más deficientemente que sus compañeros de escuela, sino que eran más propensos a ser calificados de «problemáticos» o «difíciles» por los maestros. Más significativo aún, mientras factores como el sexo, el orden de nacimiento, el consumo de tabaco por parte de la madre o su edad de embarazo estaban en correlación con un rendimiento deficiente de lectura o con problemas de conducta, el bajo peso al nacer era una de las pocas variables que se relacionaba con ambos.

A riesgo de simplificar en exceso, podrían reducirse to-

dos los descubrimientos que acabo de citar a la siguiente fórmula: la excesiva secreción neurohormonal materna crea un SNA sobrecargado que conduce a poco peso al nacer, trastornos gástricos, dificultades de lectura y problemas de conducta.

En un plano más hipotético y basándose en investigaciones más recientes, podría agregarse otro elemento: una producción excesiva de las hormonas maternas progesterona y/o estrógeno provoca desequilibrios en el sistema nervioso y en el cerebro del feto, lo que a su vez conduce a trastornos constitucionales de la personalidad. De todos modos, en este campo, los problemas de personalidad no estarían relacionados con la hiperactividad, sino con el papel correspondiente a su género sexual.

Tanto la progesterona como el estrógeno están presentes en la corriente sanguínea de la gestante. La dosis de cada una depende de un complejo equilibrio de señales entre los sistemas nerviosos autónomo y central de la mujer. Lo que controla dichas señales y, en consecuencia, la secreción de progesterona y estrógeno, es lo que ella piensa, siente, hace o dice. En resumen, al igual que las demás hormonas, estas dos están, en última instancia, reguladas por sus emociones. Lo que súbitamente ha proporcionado una resonancia totalmente nueva a este conocimiento, aceptado desde hace mucho tiempo, es un estudio reciente realizado por investigadores de la State University of New York (SUNY).

Hasta principios de los años setenta, momento en que en Estados Unidos fueron prohibidos por peligrosos, el estrógeno o una combinación de estrógeno y progesterona se empleaban para evitar abortos. Las mujeres que corrían el riesgo de abortar recibían cantidades de estas hormonas muy superiores a las que están normalmente presentes en su sistema. La prohibición se basó en los peligros físicos de estos agentes, y el informe de la SUNY fue el primero en demostrar que estas sustancias también con-

llevan peligros psicológicos. Se descubrió que las embarazadas a las que se administraba uno o ambos agentes durante la gestación tenían hijos con rasgos femeninos notablemente incrementados. Las diferencias eran más notorias en las niñas. De todos modos, los niños expuestos a las hormonas también se consideraron más afeminados, menos atléticos y mostraron hacia sus padres significativamente menos agresividad que los varones no expuestos a ellas. Otro hallazgo interesante del mundo masculino fue la relación entre el tipo de dosis y la conducta. Los varones expuestos a una combinación de estrógeno y progesterona tenían más rasgos femeninos que los expuestos únicamente al estrógeno. De todos modos, uno de los investigadores se apresura a advertir que lo que el equipo encontró «fueron cambios de temperamento, no trastornos de conducta».

Estos descubrimientos demuestran lo que he sostenido en todo momento: la exposición a cantidades excesivas de hormonas maternas *específicas* provoca en el niño no nacido *específicos* cambios de personalidad con base orgánica. En este caso, las hormonas provenían de una fuente externa; en la mayoría de los demás, provienen directamente de la madre.

Por fortuna, la impronta fisiológica no destina necesariamente al niño a un único y estrecho camino de desarrollo de la personalidad. El proceso que he descrito afecta al conjunto de sus circuitos neurológicos, y es innegable el hecho de que dichos circuitos son muy sensibles a funcionamientos defectuosos en forma de cargas insuficientes, sobrecargas e incoherencias. No caben dudas de que sentimientos fundamentales, como el amor y el rechazo, afectan al niño intrauterino desde muy temprano. Pero a medida que su cerebro madura, las sensaciones y sentimientos primitivos se convierten en estados de pensamiento más complejos y, más tarde aún, en ideas puras. Debemos recordar que las mejores pruebas con que

contamos indican que las primeras manifestaciones de conciencia fetal no se producen hasta bien entrado el segundo trimestre. Una tensión catastrófica en el tercer o cuarto mes puede alterar el desarrollo neurológico del niño; sin embargo, hasta el tercer mes, el efecto que ejerce sobre él es sobre todo —aunque no totalmente— físico. Hasta ese momento, a la tensión apenas se le adjudica contenido cognoscitivo, porque su cerebro no está lo bastante maduro para traducir a emociones los mensajes maternos. La emoción no sólo supone una sensación, sino dar sentido a ésta. Por ejemplo, la cólera es un sentimiento rudimentario. Sólo cuando recibe tono y definición en los centros superiores del cerebro se convierte en una emoción compleja. Para crearla, el niño debe ser capaz de percibir una sensación, darle sentido y producir una respuesta adecuada. En síntesis, traducir un sentimiento o sensación en una emoción requiere un proceso de percepción. A su vez, esto supone la capacidad de realizar unos complejos cálculos mentales al nivel de la corteza cerebral, capacidad que el feto no alcanza hasta el sexto mes de gestación. Sólo entonces, a medida que gana conciencia de sí mismo como un «yo» definido y es capaz de convertir las sensaciones en emociones, comienza a ser modelado cada vez más por el contenido *puramente emocional* de los mensajes de su madre.

A medida que aumenta su capacidad de diferenciar y distinguir, su propio desarrollo emocional se torna más complejo. Es como una computadora a la que se reprograma constantemente. Al principio, sólo puede hacer ecuaciones emocionales muy sencillas. A medida que su memoria y experiencia se despliegan, gradualmente adquiere la capacidad de establecer relaciones más selectivas y sutiles. A los tres meses de vida intrauterina, prácticamente pasa por alto mensajes maternos tan complejos como la ambivalencia y la indiferencia, aunque es posible que a un nivel primitivo experimente una sensación de in-

quietud. Al nacer, el infante está lo bastante maduro como para poder responder con gran exactitud a los sentimientos maternos y para componer respuestas físicas, emocionales y cognoscitivas. Por ejemplo, en los estudios que hemos analizado, la desdicha de los niños rechazados queda de relieve en el elevado porcentaje de problemas físicos y de conducta; la felicidad de los bebés deseados se nota en su relativa tranquilidad, y la ambigüedad de los hijos de madres indiferentes y ambivalentes se manifiesta en sus respuestas a mitad de camino, pues en conjunto no están del todo enfermos, pero tampoco totalmente sanos.

Como sabe cualquier estudiante que cursa biología, los seres vivientes progresan de lo simple a lo complejo. Físicamente, en nueve meses, el niño no nacido se convierte de una minúscula e indiferenciada partícula de protoplasma en un ser sumamente definido, con un cerebro, un sistema nervioso y un organismo complejo; emocionalmente se convierte de un ser insensible en otro capaz de registrar y procesar sentimientos y emociones muy complejos y complicados.

Otro modo de definir este desarrollo consiste en llamarlo *formación del ego*. El ego es el total de lo que como individuos pensamos y sentimos sobre nosotros mismos; nuestras fuerzas, impulsos, deseos, vulnerabilidades e inseguridades intervienen en la formación del «yo» definido que es cada uno de nosotros. En cuanto el niño es capaz de recordar y sentir —en una palabra, de ser marcado por la experiencia—, su ego se está formando.

Como ya he mencionado, Freud creía que el ego comenzaba a operar entre el segundo y cuarto año de vida del niño, hipótesis no tan absurda si tenemos en cuenta las pruebas de que disponía en su época. Ahora sabemos más —física, psicológica y neurológicamente— que lo que Freud podía imaginar acerca de los primeros meses de vida. Aunque parece inexplicable, pocos de estos conocimientos se han filtrado en las actuales teorías acerca del ego, por lo

que probablemente transcurrirán una o dos décadas hasta que la formación del ego en el útero sea integrada en las doctrinas psiquiátricas aceptadas. De todos modos, ya han sido descubiertos los mecanismos de la formación del ego; ahora, lo único que resta es aprender a aplicarlos al período prenatal.

Considero que el ego del niño intrauterino comienza a funcionar en algún momento del segundo trimestre, pues, en dicho período, el feto ha alcanzado la madurez necesaria. A esas alturas, su sistema nervioso está en condiciones de transmitir sensaciones a los centros cerebrales superiores. El valor de estos mensajes principalmente fisiológicos reside en que fomentan el desarrollo neurológico que más adelante necesitará para realizar operaciones más complejas. Por ejemplo, la gestante ha pasado un día muy ajetreado que ha fatigado a su niño no nacido; ese cansancio crea una sensación primitiva -incomodidad- que moviliza el sistema nervioso del niño intrauterino, y su intento de dar sentido a dicha sensación involucra a su cerebro. Una vez que se haya producido un número suficiente de esos episodios, sus centros perceptivos estarán lo bastante desarrollados como para procesar mensajes maternos más complejos y sutiles (al igual que los demás mortales, el niño intrauterino se perfecciona con la práctica).

Para demostrar de qué manera este proceso se inicia en el útero, analizaré la contribución de una emoción materna corriente -la ansiedad- al desarrollo del ego. Dentro de ciertos límites, la ansiedad es beneficiosa para el feto. Perturba su sensación de unidad con el entorno y hace que sea consciente de su propia separación y diferenciación. También lo empuja a la acción. Como ser estimulado, alterado o confundido por mensajes ruidosos es una experiencia incómoda, el niño intrauterino patatea, se revuelve y gradualmente comienza a crear modos de apartarse del camino de la ansiedad; en una palabra, comienza a erigir un conjunto de mecanismos de defensa primitivos. En el pro-

ceso, su experiencia de la ansiedad y lo que puede hacer con ella se torna lentamente más compleja. Lo que comenzó siendo una sensación directa y desagradable que sólo podía distinguir como incómoda, a lo largo de los meses se convierte en algo muy distinto. Pasa a ser una emoción, adquiere una fuente -su madre-, le lleva a pensar acerca de las intenciones de dicha fuente con respecto a él, lo obliga a encontrar modos de abordar dichas intenciones y crea una serie de recuerdos a los que más adelante podrá referirse.

Los fundamentos de la cólera se establecen casi del mismo modo, aunque su origen es distinto. Sabemos que el recién nacido tiene un grito específico «de furia» y que uno de los factores que lo provoca es reprimir sus movimientos. Basta cogerle un brazo o una pierna para que grite coléricamente. Casi con certeza, obstaculizar su conducta tiene el mismo efecto antes que después del nacimiento. Si su madre está sentada o acostada en una posición incómoda, el niño intrauterino se molesta. Los sonidos desagradables -por ejemplo, los gritos de su padre- también le llevan a reaccionar de este modo. No obstante, al igual que ocurre con la ansiedad, pequeñas dosis de cólera contribuyen al desarrollo del feto, porque aceleran el desarrollo de asociaciones intelectuales rudimentarias. Por ejemplo, en el caso de reprimir sus movimientos, el niño no nacido aprende algo acerca de la relación entre causa y efecto -la forma en que su madre se sienta o se acuesta provoca calambres y, en consecuencia, le enfurece-, lo cual es un precedente del pensamiento humano.

En el útero también pueden originarse ciertos tipos de depresión. En general se deben a una pérdida importante. Cualquiera que sea el motivo -enfermedad o confusión-, la madre retira su amor y apoyo a su hijo no nacido; esta pérdida sumerge al feto en la depresión. Es posible observar las consecuencias de esta situación en un recién nacido apático o en un confundido muchacho de dieciséis años,

ya que, al igual que otros patrones emocionales que se constituyen en el útero, la depresión puede acosar a un ser durante el resto de su vida. Por este motivo, el tratamiento de las depresiones infantiles se ha convertido últimamente en una de las principales prioridades de la psiquiatría.

Además, sentimientos como la depresión, la cólera y la ansiedad contribuyen al desarrollo de la conciencia y del conocimiento de sí mismo. La impecable formulación que la psiquiatra holandesa Lietaert Peerbolte hizo de este proceso sostiene que «ver es la interrupción de la visión», y no sólo se trata de una metáfora persuasiva, sino que es sumamente apta, ya que el estado normal del niño en el útero es, al igual que la visión, inexpressivo y desenfocado. Según la propuesta de la Dra. Peerbolte, ver es lo que ocurre cuando una invasión externa interrumpe subitamente la serenidad del feto. En esos momentos, el niño es semejante al caminante que ha estado mirando un paisaje cuando, inesperadamente, su mirada se posa sobre el hermoso campanario de una iglesia situada a lo lejos. Del mismo modo que la vista del campanario llama de súbito la atención del caminante y provoca en él una sensación poco corriente —pavor y respeto— que deja un recuerdo, una invasión externa obliga al niño a abandonar su inexpressividad, concentra su atención, logra una respuesta emocional y, como ocurre con todos los incidentes extraordinarios o excepcionales, deja una huella en la memoria. Coincido con la Dra. Peerbolte en que, cuando el número de esos momentos y recuerdos alcanza cierto nivel crítico, se unen en el conocimiento de sí mismo prácticamente del mismo modo que las partículas de agua se convierten en cristales de hielo cuando la temperatura es inferior al punto de congelación.

Esta teoría —como todas las buenas teorías— da sentido a muchos datos aparentemente dispares sobre la formación del ego. La interpretación de la Dra. Peerbolte no sólo ex-

plica el modo en que el «yo» se forma en el útero, sino también el papel que las emociones de la madre desempeñan en el modelado de ese «yo». Si las madres cariñosas y nutritivas alumbran hijos más seguros y llenos de confianza en sí mismos, se debe a que el «yo» autoconsciente de cada infante está hecho de calidez y amor. De manera semejante, si las madres desdichadas, deprimidas o ambivalentes dan a luz un porcentaje superior de niños neuróticos, se debe a que los egos de sus vástagos se modelaron en momentos de temor y angustia. No es sorprendente que, sin una reorientación, dichos niños se conviertan a menudo en adultos desconfiados, ansiosos y emocionalmente frágiles.

En fecha reciente el Dr. Paul Bick —médico de la República Federal de Alemania y pionero en la aplicación de la hipnoterapia— trató a un hombre que encajaba perfectamente en esa descripción. El hombre padecía graves ataques de ansiedad acompañados de oleadas de calor súbito. A fin de averiguar su origen, el Dr. Bick sometió al paciente al estado hipnótico. El hombre se remontó lentamente a lo largo de los meses que había pasado en el útero, recordó determinados incidentes y los describió con voz serena y uniforme hasta llegar al séptimo mes. A esas alturas, su voz se tensó repentinamente y el paciente se aterrizó. Sin duda alguna, había llegado a la experiencia que se había convertido en el núcleo de su problema. Se sintió sumamente acalorado y asustado. ¿A qué se debió? Pocas semanas después, la madre del paciente dio la respuesta: durante una larga y angustiada conversación, confesó que, en el séptimo mes de embarazo, había intentado abortar tomando baños calientes.

Lo que sabemos acerca de la conducta del feto en el útero también se ajusta a la formulación de la Dra. Peerbolte. Si, en los meses anteriores al nacimiento, la conducta del niño se vuelve cada vez más compleja y controlada, se debe a que, ahora, la guía un «yo» consciente

sustentado por un creciente banco de memoria del que extrae los datos. A cierto nivel, todos los conflictos emocionales surgen de los recuerdos, sean éstos conscientes o, como ocurre con más frecuencia, inconscientes. Por ejemplo, el paciente del Dr. Bick no recordaba el origen de sus ataques de ansiedad, mas no por ello era menos real el temor que se originaba en dicha fuente; más de dos décadas después, su conducta todavía estaba dirigida por un recuerdo prenatal sumergido pero potente. Todos tenemos recuerdos perdidos que, desde su escondite –el inconsciente–, pueden ejercer una poderosa influencia en nuestras vidas.

Hace pocos años, el neurocirujano canadiense Wilder Penfield lo demostró en una serie de audaces experimentos clínicos. Aplicando una sonda eléctrica especial a la superficie del cerebro, el Dr. Penfield logró que una persona volviera a experimentar emocionalmente una situación o un acontecimiento que había olvidado hacía mucho tiempo.¹ En su informe sobre los experimentos, el Dr. Penfield consignó que cada paciente «no sólo recuerda reproducciones fotográficas y fonográficas exactas de escenas y hechos pasados... vuelve a experimentar las emociones que la situación provocó realmente en él... lo que vio, oyó, sintió y comprendió». Por este motivo, desaires, derrotas y conflictos olvidados hace mucho siguen golpeándonos. Incluso los recuerdos más profundamente enterrados tienen resonancias emocionales que nos influyen de manera confusa y a menudo inquietante.

Un día, mi colega el Dr. Gary Maier me contó una historia que ilustra esta cuestión. Sometido a medicación, uno de sus pacientes –un hombre dócil e inseguro al que llamaré Fred– tuvo una evocación sorprendente. En medio de la sesión, súbitamente comenzó a describir una habita-

ción cerrada. Dijo que había estado un rato en ella, que lo pasaba bien y que luego el estado de ánimo de los reunidos cambiaba; la gente se apiñaba a su alrededor y le señalaba acusadoramente con el dedo. Se sintió encolerizado y asustado y no supo qué hacer. Ni el médico ni el paciente comprendieron el significado de esa misteriosa historia. Sin embargo, el recuerdo despertó la curiosidad de Fred, de modo que pocos días después lo comentó con su madre. Y el misterio se desveló: el relato de Fred era un recuerdo prenatal levemente –sólo levemente– distorsionado. En realidad, la escena que describió le había ocurrido a su madre mientras estaba embarazada de él, y el incidente fue tan aterrador y humillante como la experiencia que Fred había relatado. Ella se encontraba en una sala llena de gente durante una fiesta, cuando varias de sus amistades se enteraron de que esperaba un hijo ilegítimo. Aunque no dijeron nada, sus críticas tácitas la hirieron profundamente.

A estas alturas, resulta evidente que es mucho lo que sabemos acerca del modo en que los acontecimientos y las situaciones modelan nuestra personalidad. Sabemos que el afecto y las atenciones son indispensables para el desarrollo de un «yo» fuerte, al tiempo que parece que la ansiedad y la atención maternas lo amenazan prácticamente a todos los niveles. No obstante, todavía ignoramos cuáles son los acontecimientos prenatales específicos que producen rasgos definidos de la personalidad.

Los escasos estudios –principalmente patrocinados por el Gobierno– que han intentado medir las consecuencias a largo plazo de las experiencias prenatales y del nacimiento en el comportamiento estudiantil posterior de los niños, no han llegado lo bastante lejos como para prestarnos gran ayuda.

A decir verdad, tales informes dicen muy poco acerca del motivo por el cual a algunos niños les va mejor que a otros, en la escuela o sobre los hechos o situaciones que

1. Como el cerebro no tiene fibras de dolor, el Dr. Penfield pudo intervenir a pacientes que no perdían el conocimiento. En el transcurso de la intervención quirúrgica estimulaba diversas partes del cerebro con una sonda eléctrica.

producen el «yo» emocionalmente estable y seguro indispensable para un buen rendimiento en la escuela y en la vida. Tampoco explican qué parte de las historias prenatales y de nacimiento del niño intervienen en la formación de ese «yo» o en la socava de su estabilidad.

Es posible que algún día dispongamos de esos datos. En el interín, podemos aprender algo de los resultados de una experiencia modelica que dirigí en 1979. Aunque mi proyecto era de modesto alcance y se realizó sobre una población sumamente restringida —personas sometidas a psicoterapia profunda—, creo que los resultados representan predicciones significativas de la conducta futura.

Estructuré el estudio en torno a dos categorías básicas: acontecimientos prenatales y experiencias de nacimiento (que en un capítulo posterior se analizarán por separado). Pensé que facilitaría la interpretación subdividir estas categorías amplias en dos más reducidas: hechos objetivos y sentimientos subjetivos, lo que permite distinguir entre lo que las personas pensaban que las influía y lo que realmente las influía.

Tal como podía esperarse de cualquier grupo sometido a psicoterapia, mis sujetos solían tener historias prenatales y de nacimientos altamente cargadas: el 66 % describió a la madre como sometida a mucha tensión durante el embarazo; el 47 % dijo que ella era muy desdichada. Pero el 55 % dijo que la madre había deseado la maternidad, en oposición al 45 % que dio cuenta de una actitud negativa. Los porcentajes de los padres eran apenas más estrechos: el 51 % sostuvo que los padres deseaban un hijo y el 49 % que no lo querían. El doble de padres prefería un varón a una niña. Puesto que la mayoría de los sujetos nacieron durante el apogeo de la alimentación mediante biberón —en los años cuarenta y cincuenta—, muy pocos habían sido amamantados: sólo el 16 % reveló que había sido llevado al pecho de su madre después del nacimiento.

Los resultados de la sección subjetiva fueron más clari-

ficadores. La sensación uterina más mencionada fue la de sosiego (43 %), aunque seguida muy de cerca por la de ansiedad (41 %). Surgió una elevada incidencia de recuerdos de nacimiento traumáticos: más del 60 % de los sujetos dijo que recordaba haberse sentido asfixiado durante el nacimiento, y más del 40 % expuso que había sentido dolores en la cabeza, el cuello o los hombros. Dada la naturaleza excepcional del grupo de estudio, considero que estas cifras deben estar ligeramente distorsionadas; es posible que un grupo de individuos más normales presente una incidencia algo inferior de recuerdos prenatales y de nacimiento perjudiciales. Sin embargo, una de las ventajas de estudiar a un grupo sometido a terapia se basa en el efecto amplificador, que agudiza y facilita la observación de las correlaciones. Por ejemplo, el 75 % de los sujetos se describió como introvertido, y el 65 % dijo que en ese momento se sentía colérico, deprimido o ansioso.

Este último conjunto de cifras nos lleva al núcleo mismo del estudio: un análisis de las experiencias prenatales que fueron la raíz de su descontento. El factor más crítico era, con mucho, la actitud materna. Los datos del estudio indicaban que un sujeto tenía posibilidades mucho mayores de convertirse en un adulto emocionalmente estable si su madre deseaba su nacimiento. También surgió una firme correlación entre disposición materna hacia el embarazo y funcionamiento sexual adulto. En líneas generales, cuanto más positiva se siente la madre con respecto al parto, más posibilidades tiene su hijo o hija de llegar a la edad adulta con una actitud sexual sana y madura.

De todos modos, hay que señalar que la mejor combinación para el desarrollo de la personalidad radicaba en una actitud positiva hacia el embarazo y en tener un hijo del sexo deseado. Tanto en hombres como en mujeres, dicha combinación producía menos depresión, menos cólera irracional y mejor adaptación sexual. Dice mucho acerca de nuestra sociedad el hecho de que un hombre cuya ma-

dre deseaba una niña pero tuvo un varón sufiere menos efectos apreciables a largo plazo que una mujer nacida de una madre que deseaba un varón.

Al igual que muchos otros informes, el mío también halló una fuerte correlación entre consumo de tabaco por parte de la madre y conducta neurótica, lo cual no es sorprendente, pues, como vimos en el primer capítulo, el consumo de tabaco puede predisponer al niño intrauterino a una grave ansiedad. La misma correlación negativa aparece con respecto a la ingestión de alcohol y, a pesar de que las consecuencias físicas de éste en el feto son mucho más devastadoras que las del cigarrillo, creo que lo que aquí se mide es una variable psicológica. La mujer bebe más porque está perturbada, y son sus sentimientos negativos los que realmente dañan a su hijo.

Sin lugar a dudas, una de las correlaciones más fascinantes que surgió de mi investigación fue la relación entre las sensaciones uterinas subjetivas y una conducta sexual adulta. Descubrimos que las personas que recordaban haber estado aterrizadas en el útero, en el plano sexual eran notablemente más inseguras de sí mismas y también más propensas a los problemas sexuales, mientras que las que recordaban el útero como un lugar bueno y apacible, estaban mejor adaptadas sexualmente.

Opino que esto se debe a que los gustos sexuales de una persona son expresión del modo en que aprendió a sentir con respecto a sí misma en el útero. Si esta teoría es correcta, significa que lo que el estudio realmente midió no fueron tanto las actitudes sexuales como los factores que las modelan. Es de suponer que una persona que se autodefine como extrovertida y en líneas generales equilibrada, sexualmente se defina del mismo modo, mientras que alguien cuya autodefinition está teñida de la cólera y el resentimiento introducirá esos rasgos en su vida sexual.

Si parece que en este capítulo me detengo más de lo debido en la faceta negativa de los pensamientos y senti-

mientos de la mujer, sólo se debe a que las emociones negativas, por ejemplo las destructivas, han sido estudiadas mucho más minuciosamente que las positivas. Sospecho que, a veces, los médicos mostramos un interés demasiado enérgico por lo mórbido y lo patológico a costa de lo sano y sustentador de vida. Ahora se impone un cambio de énfasis. Mi estudio reveló varios aspectos de los sentimientos maternos —por ejemplo, desear un hijo y tener el varón o la niña deseados— que producen beneficios psicológicos *positivos*. Sin lugar a dudas, existen muchos otros rasgos de este tipo, y en el próximo capítulo veremos de qué manera el niño intrauterino se beneficia de ellos.

Capítulo IV

EL VÍNCULO INTRAUTERINO

Hace varios años llegó a mis manos un informe de un pediatra suizo llamado Stirnimann, que me pareció extraordinario. Y lo era aun más porque el tema —las pautas de sueño de los recién nacidos— no era novedoso; las bibliotecas médicas están llenas de informes sobre los hábitos de sueño de los recién nacidos. Sin embargo, el Dr. Stirnimann había dado un ingenioso giro a su estudio. En lugar de comenzar en el momento del nacimiento y buscar explicaciones, como habían hecho otros investigadores, retrocedió un paso y partió del útero.

Ese cambio imaginativo introdujo una diferencia espectacular. Sus relatos demostraron que hay un simple motivo por el cual los recién nacidos duermen cuando lo hacen y que éste no tiene nada que ver con los horarios de comida, la rutina de la sección para recién nacidos o cualquier otro factor que se produzca después del nacimiento. Las pautas de sueño del niño quedan fijadas meses antes en el útero por su madre. En su estudio, el Dr. Stirnimann lo demostró con ejemplar sencillez. Escogió dos grupos de gestantes con hábitos de sueño distintos —madrugadoras y noctámbulas—, y a continuación estudió los hábitos de sueño de sus hijos después del nacimiento. Tal como sospechaba, todas las madrugadoras alumbraron bebés madrugadores y todas las madres noctámbulas tuvieron hijos noctámbulos.

Este ejemplo casi perfecto de vínculo antes del nacimiento —y es la única expresión que lo describe con total exactitud— es lo que me estimuló tanto con respecto a la investigación. Retrocediendo simplemente un paso, el Dr. Stirnemann pudo demostrar que los niños intrauterinos pueden adaptar sus ritmos a los de sus madres con la misma precisión que los recién nacidos.

Desde luego, ahora sabemos lo crucial que es el vínculo para los recién nacidos. Los bebés que sincronizan con sus madres suelen beneficiarse. Pero esta sincronización es compleja, y siempre me ha llamado la atención el hecho de que tantas madres y tantos hijos puedan realizarla impecablemente desde el primer intento.

Pruebas recientes sugieren que algunas respuestas maternas están biológicamente reguladas. Incluso con esta ventaja, ¿cómo es posible que la madre y el niño intrauterino puedan realizar una danza tan compleja y perfectamente cronometrada sin el beneficio de un ensayo antes del estreno?

La investigación del Dr. Stirnemann demostró que, meses antes del alumbramiento, madre e hijo ya habían comenzado a fusionar mutuamente sus ritmos y respuestas. Esto apuntaba de manera directa a una conclusión: el vínculo posterior al nacimiento —que siempre se estudió como un fenómeno singular y aislado— en realidad era la continuación de un proceso vinculante que había comenzado mucho antes, en el útero.

T. Berry Brazelton, eminente pediatra de Harvard, ya lo había sugerido con anterioridad. En un simposio se refirió al vínculo y trazó la hipótesis de que madres e hijos que se fusionaban inmediatamente después del alumbramiento quizá se apoyaran en un sistema de comunicación establecido en una etapa del embarazo. Esta hipótesis quedó prácticamente confirmada pocos años después mediante un descubrimiento realizado por un grupo de biólogos en la City University of New York. A pesar de que sus descu-

brimientos provenían de investigaciones animales y no humanas, el sistema de comunicación intrauterina que descubrieron entre la gallina madre y el polluelo no nacido funcionaba de manera muy parecida a la sugerida por el Dr. Brazelton con respecto a los seres humanos. Se basaba en una serie de indicaciones¹ complejas y bastante específicas y contribuía a la adaptación posparto tal como se suponía. Los investigadores descubrieron que los polluelos empollados por sus madres eran mucho más sensibles a las llamadas de éstas y se adaptaban con más facilidad al nuevo entorno que los empollados en una incubadora mecánica.

Es lógico suponer que si este sistema funciona en un animal situado en un nivel muy inferior de la escala evolutiva, en nosotros opera un sistema semejante pero mucho más desarrollado. Varios y novedosos estudios con seres humanos sustentan esta conclusión. En realidad, lo que aparece en las nuevas investigaciones es una imagen de un sistema humano de vínculo intrauterino al menos tan complejo, matizado y sutil como el vínculo que se produce después del nacimiento. Ciertamente, ambos forman parte del mismo continuum vital: lo que sucede después del nacimiento es una elaboración y depende de lo que ocurrió antes de éste.

Esta comprensión explica el origen del comportamiento posparto sorprendentemente logrado del recién nacido. Su capacidad de respuesta a los abrazos, caricias, miradas y otras indicaciones de su madre se basa en el largo conocimiento que de ella ha tenido antes de nacer. Al fin y al cabo, percibir el lenguaje de los ojos y el cuerpo de su madre no es muy desafiante para un ser que en el útero ha afinado sus capacidades de interpretación de in-

1. Se descubrió que los polluelos no nacidos tenían llamadas específicas de aflicción y de placer y las gallinas una respuesta específica para cada una. Por ejemplo, la llamada de aflicción provocaba en la madre un sonido o movimiento tranquilizador que instantáneamente calmaba al polluelo asustado.

dicaciones para la tarea mucho más difícil de aprender a responder a su mente. Los informes de los Dres. Lukesch y Rottmann han demostrado sus pasmosos poderes en este campo. Un ejemplo aun más impresionante de comunicación madre-niño intrauterino se presentó en una ponencia enviada por Emil Reinold -obstetra austriaco sumamente respetado- en un congreso reciente de la Sociedad Internacional de Psicología Prenatal. Aunque el tema de la investigación era la reacción fetal ante las emociones maternas, también demostraba de qué manera el niño no nacido se convierte en participante activo del vínculo intrauterino.

Al igual que el informe del Dr. Stirnimann, el diseño de esta investigación era ingenuamente sencillo. Se pidió a las gestantes que se acostaran boca abajo de veinte a treinta minutos, en una mesa situada debajo de un aparato de ultrasonido. Lo que el Dr. Reinold no les explicó deliberadamente es que cuando una mujer se echa de este modo, a la larga su hijo también se serena y se queda quieto. A medida que cada niño se relajaba, a la madre sólo se le decía que por la pantalla de ultrasonido se veía que su hijo no se movía. El terror provocado por esa información era intencionado y esperado. El Dr. Reinold deseaba averiguar con qué rapidez el miedo de la madre se registraba en su hijo y cuál era la reacción de éste. En todos los casos, la respuesta no se hizo esperar: segundos después de que cada mujer supiera que su hijo estaba inmóvil, comenzó a moverse la imagen que aparecía en la pantalla de ultrasonido. Ninguno de los bebés corrió un peligro inminente, pero en cuanto sintieron la aflicción de su madre comenzaron a patear intensamente.

Es muy probable que parte de su reacción se debiera al aumento de los niveles maternos de adrenalina provocado por el aterrador anuncio del Dr. Reinold, pero sólo en parte. A otro nivel, esos niños también reaccionaban comprensivamente ante la aflicción de sus madres.

Una niña a la que llamaré Kristina ofrece un ejemplo

aun más claro del vínculo intrauterino. Me enteré de su caso a través del Dr. Peter Fedor-Freybergh, amigo mío de la infancia que ahora es profesor de obstetricia y ginecología en la Universidad de Upsala, Suecia, y uno de los más destacados obstetras de Europa.

Peter comentó que todo había comenzado bien. Al nacer, Kristina era robusta y sana. Después ocurrió algo extraño. Los bebés vinculados se mueven invariablemente hacia el pecho materno, pero, de manera inexplicable, Kristina no lo hizo. Cada vez que se le ofrecía el pecho de su madre, la niña apartaba la cabeza. Al principio, Peter supuso que podía estar enferma, pero cuando, al rato, Kristina devoró un biberón de leche artificial en la sección de recién nacidos, mi colega llegó a la conclusión de que su reacción era una aberración transitoria. No lo era. Al día siguiente, cuando la llevaron a la habitación de su madre, Kristina volvió a rechazar la teta; lo mismo ocurrió a lo largo de los días siguientes.

Preocupado pero también curioso, Peter ideó un inteligente experimento. Comentó con otra madre la desconcertante conducta de Kristina y la mujer estuvo de acuerdo en tratar de darle el pecho. Cuando una enfermera dejó en brazos de la mujer a una soñolienta Kristina, en lugar de rechazar el pecho como había hecho con el de su madre, Kristina lo aferró y empezó a succionar impetuosamente. Sorprendido por su reacción, al día siguiente Peter visitó a la madre de Kristina y le contó lo que había ocurrido. «¿Por qué cree que la niña reaccionó de este modo?», inquirió. La mujer respondió que no lo sabía. «¿Tal vez sufrió alguna enfermedad durante el embarazo?», sugirió Peter. «No, ninguna», respondió la madre de Kristina. A continuación, Peter le preguntó a quemarropa: «Bien, ¿quería quedar embarazada?» La mujer le miró y respondió: «No, no lo deseaba, quería abortar. Mi marido deseaba tener un hijo. Por eso la tuve.»

Aquello era una novedad para Peter, pero evidente-

mente no para Kristina. Desde hacía mucho tiempo era dolorosamente consciente del rechazo de su madre. Después del nacimiento se negó a vincularse con su madre porque ésta se había negado a vincularse con ella antes del nacimiento. En el útero, Kristina había estado excluida emocionalmente, y ahora, a pesar de que sólo tenía cuatro días, estaba decidida a protegerse de su madre de todas las maneras posibles.

Si la madre de Kristina cambia de actitud, es posible que con el tiempo pueda volver a ganar su afecto. Pero ese afecto ya habría quedado establecido si se hubieran vinculado antes de que Kristina naciera.

Aunque puedan diferir en el tiempo y las circunstancias, las consecuencias del vínculo intra y extrauterino son casi siempre las mismas. Así como los patrones emocionales establecidos inmediatamente después del alumbramiento resultan, a largo plazo y a menudo, decisivos en la formación de la relación madre-hijo, lo mismo ocurre con los anteriores al nacimiento. Ambos también comparten marcos temporales concretos: el mejor período para el vínculo extrauterino son las horas y los días inmediatamente posteriores al parto y, para el vínculo intrauterino, los tres últimos meses de embarazo, y sobre todo los dos últimos, ya que, a esas alturas, el niño está física e intelectualmente lo bastante maduro como para enviar y recibir mensajes muy completos.

En ambos casos, el papel de la madre es semejante. Ella marca el ritmo, proporciona las indicaciones y moldea las respuestas de su hijo, pero sólo si éste decide que sus planeamientos tienen sentido para él. Ni siquiera un bebé intrauterino de tres o cuatro meses seguirá las incertidumbres de su madre. Si sus movimientos son confusos, contradictorios, descuidados u hostiles, el niño puede ignorarlos o desconcertarse.

En resumen, el vínculo intrauterino no se produce automáticamente: para que funcione, es preciso amor hacia el

niño y comprensión de los propios sentimientos. Cuando están presentes, pueden hacer algo más que compensar las perturbaciones emocionales a las que todos somos propensos en nuestra vida cotidiana.

El niño intrauterino es un ser sorprendentemente flexible que, si es necesario, hasta puede lograr que una ligera emoción materna se extienda un largo trecho. Pero no puede establecer el vínculo por su cuenta. Si su madre se cierra emocionalmente, no sabe qué hacer. Por ese motivo, las principales enfermedades psicóticas, como la esquizofrenia, generalmente imposibilitan el vínculo... y así mismo constituye una de las causas por las cuales los vástagos de madres esquizofrénicas presentan una tasa tan elevada de problemas emocionales y físicos.

En ocasiones, una tragedia externa¹ ejerce el mismo efecto en una mujer normal y sana. En su caso, al igual que en el de la esquizofrénica, el vínculo puede quedar gravemente debilitado o deteriorado... casi por los mismos motivos. Su hijo no dispone de una persona sensible a la cual pueda ligarse. Su madre queda absorta y no cuenta con recursos emocionales que dedicar al bebé.

Hace varios años, el Dr. Sontag describió dos casos de este tipo en forma de tragedias de la vida real. Como había estudiado a ambas mujeres de manera constante desde el principio de su gestación, el Dr. Sontag se encontraba en una posición singularmente ventajosa: pudo medir las consecuencias inmediatas de la tragedia en cada niño intrauterino y a continuación, después del parto, los efectos a largo plazo.

El Dr. Sontag escribió: «En un caso, una joven que esperaba su primer hijo, al cual habíamos estado estudiando semanalmente... en términos de actividad y de ritmo cardíaco, una noche se refugió en nuestro instituto porque su

1. Catástrofes tan importantes como la pérdida del hogar o la muerte de un ser querido pueden mermar las reservas emocionales de la gestante hasta el extremo de ser incapaz de llegar emocionalmente a su hijo no nacido. Sin lugar a dudas, esto será sentido por el niño.

marido acababa de sufrir una crisis psicótica y amenazaba con matarla. Se sentía sola y aterrorizada y no sabía a quién recurrir en busca de ayuda. Vino a nuestro instituto y le proporcionamos una habitación para que pasara la noche. Cuando, poco después, se quejó de que los pataleos del feto eran tan violentos que le producían dolor, registramos el nivel de actividad de aquél. Era diez veces superior al que había tenido en las sesiones semanales. Otro caso que nos llamó la atención fue aquel en que una mujer a la que habíamos atendido perdió a su marido en un accidente de tráfico. Una vez más, la actividad violenta y la frecuencia de movimiento fetal aumentaron en un factor diez.»

De modo superficial, la reacción de estos bebés se parece a la de los niños que reaccionaban simpáticamente a la aflicción de su madre en el estudio del Dr. Reinold, si bien toda semejanza es engañosa. Lo que el Dr. Sontag midió no era una reacción simpática, sino el terror general de un niño cuyo sistema quedaba anegado por las hormonas provocadoras de ansiedad de su madre. El hecho de que cada bebé naciera bajo de peso y fuera propenso a los cólicos, caprichoso, irritable y llorara mucho confirma que había sufrido un grave trauma, ya que estos problemas se asocian casi invariablemente con importantes trastornos emocionales en el útero. Supongo que si el Dr. Sontag hubiese incluido más datos complementarios sobre los infantes de su informe, se habría demostrado que sus perturbaciones posnatales tenían menos que ver con las consecuencias físicas de dichas hormonas que con la forma en que esas tragedias modificaron la actitud emocional de sus madres hacia ellos, pues lo que a menudo pone en peligro al niño intrauterino no es la reacción físico-hormonal inmediata de su madre, sino la reacción emocional a largo plazo. Si queda tan perturbada por su propio sufrimiento y pérdida que se repliega en sí misma, es muy probable que su hijo sufra espantosamente. Ahora bien, si mantiene

abiertos los canales entre ella y el niño y los llena de mensajes tranquilizadores, el niño podrá seguir prosperando. Como ya he dicho, el firme vínculo intrauterino es la protección fundamental del niño contra los peligros e incertidumbres del mundo exterior y, como ya hemos visto, sus efectos no se limitan al período uterino. En gran medida, dicho vínculo también determina el futuro de la relación madre-hijo. Para ambos, todo lo que surge después gira sobre lo que sucede en ese momento, motivo por el cual es tan imprescindible que madre e hijo estén mutuamente en armonía.

Esto se produce a través de tres canales de comunicación distintos. Salvo una o dos excepciones, parece que estos sistemas son igualmente capaces de transmitir mensajes del bebé a la madre, y a la inversa. El primero de los tres, el fisiológico, es el único que, en cierto sentido, resulta ineludible; incluso una madre rechazadora se comunica biológicamente con su hijo, aunque no sea más que para proporcionarle nutrimento. Como veremos más adelante, la forma en que madre e hijo utilizan esta ruta específica plantea una diferencia fundamental.

La segunda vía —la conductista— es la que mejor se comprende y la más fácil de observar. Por ejemplo, centenares de estudios han demostrado que los niños intrauterinos patean cuando están incómodos, asustados, ansiosos o confundidos. En los últimos tiempos, los investigadores han descubierto que la madre se comunica de manera conductista con su hijo no nacido de forma definida. Una de las formas más comunes consiste en frotarse el vientre... y se ha comprobado que este además tranquilizador es prácticamente universal entre las embarazadas.

El tercer camino, en muchos sentidos el más difícil de definir, es el que denomino comunicación simpática. Seguramente contiene elementos de los primeros, pero es más amplio y profundo. El amor es un buen ejemplo. ¿Cómo sabe un feto de seis meses que es amado? ¿Porque

su madre se acaricia el estómago, se alimenta racionalmente y responde a sus mensajes conductistas? Todos estos elementos forman parte de la respuesta, mas no constituyen la totalidad.

La tasa de llanto de los recién nacidos ofrece otro ejemplo de comunicación simpática. ¿A qué se debe que hasta los bebés chinos muy pequeños lloren menos que los norteamericanos? El hecho de que lo hagan dice mucho acerca de la cultura en que nace cada infante; ahora bien, ¿cómo sabe lo suficiente un bebé de tres semanas —o incluso de tres meses— para comportarse tal como espera su cultura? Creo que la respuesta también se basa en la comunicación simpática. Es posible encontrar otro ejemplo en las zonas rurales de África, donde las mujeres llevan a sus recién nacidos como si se tratara de un saco, a las espaldas, o colgado a un lado del cuerpo. Sostenido de cualquiera de estas dos maneras, el bebé podría ensuciar fácilmente la ropa de su madre con sus orines y defecaciones. Pero es algo que casi nunca le ocurre a una madre africana. Se las ingenia para percibir su urgencia con tiempo suficiente para retirarlo de su espalda y apartarlo antes de que elimine. Este tipo de conocimiento intuitivo apenas se consideraría excepcional. En realidad, la africana ensuciada por su hijo tras su séptimo día de vida es estrepitosa y ampliamente calificada de mala madre.

Los habitantes de las sociedades rurales casi siempre son más intuitivos que los urbanos, probablemente porque están más dispuestos a confiar en sus sentidos. Parece que la racionalización y la mecanización del tipo que se ha extendido por Europa y Estados Unidos durante los últimos siglos destruye esa confianza. Los enigmas de la naturaleza nos perturban. Preferimos ignorar aquello que no podemos explicar. Sin embargo, esto no significa que nuestro pasado o el presente africano representen una especie de Utopía Obstétrica. En ambos, las tasas de mortalidad infantil eran y son demasiado elevadas. El ideal sería

una combinación de la extraordinaria sensibilidad materna común en esas zonas rurales con nuestros altos niveles de asistencia médica. Con el vínculo ya hemos dado un importante paso en esa dirección. Con el vínculo intrauterino podremos dar el siguiente.

Serán necesarias más investigaciones, así como actitudes nuevas y más sensibles. Obstetras, pediatras, psiquiatras, enfermeras, comadronas, administradores de hospitales... todos los que están en contacto con la gestante pueden aprender a ser más solidarios y nutritivos y a mostrarse menos dispuestos a aplicar soluciones médicas a problemas que, en realidad, son emocionales. Aunque, en última instancia, el éxito o el fracaso del vínculo antes del nacimiento, al igual que el vínculo después de éste, reposa en la mujer. Tiene que aprender a prestar más atención a los mensajes que envía a su hijo y a los que éste le transmite. Y esto requiere conocimientos: el conocimiento de las rutas a través de las cuales se comunican y el conocimiento de los mensajes que recorren dichas rutas. También requiere una buena disposición para oír: su hijo tiene mucho que decir y se le debe prestar atención.

COMUNICACIÓN CONDUCTISTA

Niño

El pataleo es la forma de comunicación más fácilmente mensurable del niño intrauterino, y son muchas las cosas que pueden provocarlo, desde el miedo hasta un padre bien intencionado pero ruidoso, como descubrió la audióloga Michele Clements. Un día entró inesperadamente en su laboratorio el escéptico marido de una de sus pacientes. Su esposa le había hablado del trabajo de la doctora Clements, pero a él le resultaba difícil creer que su hijo pudiera oír. Al darse cuenta de que sus datos no le convence-

rían, la doctora Clements propuso hacer una demostración práctica. Pidió al hombre que apoyara la cabeza contra el vientre de su esposa y gritara. Lo que ocurrió fue un ejemplo perfecto de comunicación conductista (y también una muestra inequívoca de genio fetal). Después que el hombre gritara, en el vientre de su esposa estalló súbitamente un pequeño volcán de piel. Sumamente molesto, el niño había registrado su protesta ante la ruidosa invasión mediante una furiosa patada en el abdomen de su madre.

Otro sonido que provoca una enérgica respuesta fetal es el ritmo arduo y palpitante de la música rock. Como ya he dicho, a los niños intrauterinos les desagradaba. Lo descubrió una de las pacientes de la doctora Clements cuando se vio obligada a abandonar un concierto de rock a causa de los violentos pateos de su bebé. Para los oídos del feto son aun más acongojantes las voces altas y airadas de los padres cuando discuten. A menudo provocan patadas por parte del recién nacido.

El pateo también puede ser una señal de peligro que emite el feto. Una joven a la cual llamaré Diane está convencida de que eso fue lo que desencadenó las enérgicas patadas de su bebé. A lo largo de los siete primeros meses de embarazo, el niño había estado relativamente tranquilo; las pocas patadas que daba eran normales para un feto de su edad. En medio de la semana vigésima octava, Diane sintió un fortísimo golpe en el abdomen. Al principio no le dio importancia. Aquella tarde había salido de compras y consideró que, tal vez, el ajetreo había cansado a su hijo. Por la noche, el pateo se había vuelto tan intenso que ya no pudo pasarlo por alto. Preocupada, Diane telefoneó al obstetra y concertó una cita para el día siguiente.

El diagnóstico de placenta previa¹ que le hicieron a la

1. Se trata de la placenta que ha quedado muy baja en el útero y que corre el peligro de separarse, arriesgando de este modo la vida del niño intrauterino.

mañana siguiente pudo ser casual, aunque Diane considera que esto es poco probable, dada la conducta posterior de su hijo. Está convencida de que pateaba para expresar su aflicción, ya que, una vez hecho el diagnóstico e iniciado el tratamiento pertinente, el niño se serenó y permaneció tranquilo hasta el nacimiento.

Emociones maternales como la cólera, la ansiedad y el miedo también desencadenan furiosos pateos. Buen ejemplo de ello son los trágicos bebés descritos por el doctor Sontag, los que padecieron debido a las grandes tensiones de sus madres. En estos casos, lo que generalmente provoca las patadas del bebé es una combinación de factores «externos» e «internos». Las hormonas provocadoras de ansiedad de la madre inundan su sistema, tornándole inquieto y asustadizo. Su conducta y emociones también le afectan. Prácticamente, cualquier cosa que la altera a ella le altera a él, y casi con la misma rapidez. Nuevos estudios demuestran que una fracción de segundo después que el miedo haya acelerado el pulso de la madre, el corazón del niño empieza a latir al doble del ritmo normal.

Madre

Muchos de los modos conductistas que una mujer tiene de comunicarse con su hijo son tan sutiles y aparentemente comunes que es fácil pasar por alto el efecto que ejercen en el vínculo intrauterino. Por ejemplo, un alto porcentaje de parejas se muda a un nuevo hogar durante el embarazo. En una investigación realizada recientemente, el 79 % de las mujeres entrevistadas dijo que pensaba cambiar de residencia debido al crecimiento de la familia. Por supuesto, el problema no son las mudanzas en sí, sino la desorganización y la ansiedad que las acompañan. En una ponencia que hizo época, el doctor R. L. Cohen demostró que la tensión desencadenada por la mu-

danza a una nueva zona durante el embarazo puede retrasar la formación del vínculo entre madre e hijo después del nacimiento. Afortunadamente, la madre que conoce estas correlaciones puede compensarlas obteniendo descanso y apoyo emocional adicionales, además de darle algunas «explicaciones» a su bebé.

Algunos de los restantes hallazgos del doctor Cohen también se relacionaban con el vínculo, aunque de forma menos directa. La mujer que ocasionalmente se preocupa por su aspecto, que piensa que está fea, que cambia bruscamente de estado de ánimo o que no parece capaz de hacer los preparativos para el nacimiento de su hijo, no actúa de un modo que le dañará activa o directamente. Sin embargo, el doctor Cohen opina que, cuando todas estas conductas están presentes a lo largo de la gestación, pueden ser demostrativas de un rechazo subconsciente de la maternidad, con su consecuente impacto en el vínculo.

Otro sutil cambio de conducta que la madre puede transmitir a su hijo sin darse cuenta es la desdicha por tener que dejar su trabajo durante la gestación. Según un estudio, hasta el 75 % de las trabajadoras renuncia a sus puestos o pide la excedencia durante el embarazo. En sí, esto no es bueno ni malo. Algunas mujeres prefieren seguir trabajando hasta bien entrado el último trimestre, y otras tienen muchas ganas de dejar de trabajar. Cualquiera de estas alternativas es correcta. El peligro se presenta cuando la súbita pérdida de la independencia económica y psicológica que provoca el abandono del trabajo causa resentimiento, cólera o insatisfacción. Por mucho que lo intente, el niño no puede vincularse con una madre que rebose ira o frustración.

Incluso la forma en que una mujer se mueve y marca el ritmo a lo largo del día se convierte en una especie de comunicación conductista. Al correr desenfrenadamente de un lado a otro para cumplir con tareas y recados, se mueve a un ritmo distinto que cuando sale a dar un paseo prolon-

gado y sin prisa... y su niño percibe la diferencia, del mismo modo que uno o dos meses después nota cuando ella le lleva en el cochecito o cuando le hace saltar sobre sus rodillas. Con moderación, estas actividades son absolutamente inofensivas. El niño intrauterino es excepcionalmente flexible, pero resulta peligroso llevarle al límite de su resistencia a través de una estimulación excesiva y constante.

COMUNICACIÓN SIMPÁTICA

Niño

Los sueños no son azarosos ni arbitrarios. Ocurren por algún motivo, y creo que, en el caso de la embarazada, muchos sueños expresan sus conflictos inconscientes con respecto al niño. Las gestantes que tienen sueños cargados de ansiedad suelen pasar por partos más cortos y nacimientos más tranquilos. Pruebas recientes demuestran que, en lo que respecta a las embarazadas, los sueños constituyen uno de los modos corrientes y beneficiosos de afrontar sus ansiedades. También es sabido que en la literatura médica existen numerosos casos documentados sobre sueños de gestantes que se han convertido en realidad. Dadas las conversaciones con mis colegas, sospecho que cientos y quizá miles de estas «coincidencias» no quedan consignadas porque la que sueña o su médico temen que los califiquen de supersticiosos o poco científicos. Estos sueños prenatales se ajustan a lo que sabemos acerca de las leyes del sueño. Siempre hay una lógica que los sustenta. Por muy distinto que sea el contenido de cada sueño, una y otra vez aparecen las mismas características y temas. La que sueña se encuentra afrontando a su hijo, casi siempre en una situación inquietante o perentoria.

La noche anterior a que una de mis pacientes tuviera un

aborto espontáneo, despertó varias veces a causa de sus propios gritos, diciendo «quiero salir, déjame salir». Está convencida de que su hijo hablaba a través de ella. Un colega me comentó el sueño de una paciente que, aunque muy distinto en todos los sentidos, tenía el mismo tema subyacente: un niño que hacía frenéticos esfuerzos por transmitir un mensaje. Al principio del tercer trimestre, la paciente soñó que se encontraba a punto de parir. Su embarazo no había sido complicado física ni emocionalmente, y ningún elemento de su historia clínica o psicológica sugería un riesgo de parto prematuro. Pero el sueño la perturbó. Convencida de que poseía un significado, «por si acaso» comenzó a hacer los preparativos para el parto. Dos semanas después dio a luz.

En este punto, sólo podemos hacer especulaciones acerca de los mecanismos incluidos en estos sueños prena- tales. Creo que constituyen una especie de comunicación extrasensorial por parte del niño. Últimamente se ha prestado mucha atención científica a este fenómeno. En la Duke University, hace varias décadas que una unidad especial de investigación extrasensorial se dedica a estudiarla, y la Asociación Americana para el Progreso de la Ciencia —uno de los grupos científicos más respetables y respetados del mundo— ha quedado lo bastante impresionada por la importancia potencial de las formas extrasensoriales de comunicación como para patrocinar varios proyectos de investigación. Será interesante ver qué tipo de resultados alcanzan.

Madre

Lo que sabemos acerca de la comunicación simpática de la madre al niño tiende a demostrar la teoría de la comunicación extrasensorial con respecto a los niños. Al parecer, casi todas las emociones que la mujer experimenta contie-

nen una dimensión simpática. Incluso sensaciones con una clara base biológica —como el miedo y la ansiedad— afectan al niño de modo que superan todo lo que sabemos sobre fisiología. Esto es doblemente cierto en lo que respecta a las emociones que carecen de un anclaje biológico evidente, como el amor y la aceptación. Nada de lo que sabemos sobre el cuerpo humano puede explicar por qué esos sentimientos afectan al niño intrauterino. En cualquier caso, un estudio tras otro demuestran que las madres felices y satisfechas tienen muchas más posibilidades de alumbrar niños con gran capacidad mental y extrovertidos.

Una emoción muy compleja y sutil como la ambivalencia proporciona un ejemplo más claro. Como ya hemos visto, la ambivalencia puede ejercer un efecto perjudicial en el niño no nacido. Sin embargo, prácticamente no existe ningún estado fisiológico relacionado con ella. A menudo, esta emoción es tan silenciosa que ni la mujer es consciente de ella. Considero que la única explicación lógica de estos descubrimientos es lo que he denominado «comunicación simpática». Evidentemente, el radar emocional del niño es tan sensible que registra incluso los más leves temblores de las emociones maternas.

Pese a su carácter inexorable, los datos sobre el aborto espontáneo y su incidencia también nos aclaran mucho acerca de la naturaleza de la comunicación simpática. En realidad, los estudios sobre ambivalencia e indiferencia y los datos sobre abortos proporcionan una buena comprensión de la naturaleza de las emociones maternas sim- páticamente transmitidas. Un significativo número de abortos espontáneos se produce sin causa clínica; la mujer está físicamente sana y es totalmente capaz de gestar. Su problema es emocional y por lo general corresponde a algún tipo de temor. Tras analizar más de cuatrocientos abortos espontáneos, un investigador llegó a la conclusión de que el miedo a la responsabilidad y a tener un hijo anor-

mal acrecentaban materialmente las posibilidades de abortar. En un segundo estudio, otros dos investigadores sostuvieron lo mismo. La única diferencia radicaba en que sus sujetos padecían otros tipos de miedos. Estas mujeres temían ser abandonadas por sus maridos, amistades, familiares o médicos.

Sin lugar a dudas, el miedo tiene una base biológica, y es posible que las neurohormonas producidas por el temor materno afecten al ambiente intrauterino más poderosamente de lo que demuestran las investigaciones actuales. Suponiendo incluso que esto sea cierto, dudo de que nuevos descubrimientos fisiológicos puedan explicar plenamente la causa de dichos abortos.

COMUNICACIÓN FISIOLÓGICA

Niño

Hasta hace poco se suponía que la responsabilidad de sustentar fisiológicamente el embarazo sólo correspondía a la madre; sin embargo, nuevas pruebas demuestran que el niño también desempeña un importante papel.

Así, según el doctor Liley, es el feto quien garantiza el éxito endocrino de la gestación y quien desencadena muchos de los cambios físicos que debe experimentar el organismo de la madre, a fin de sustentarlo y alimentarlo en el proceso prenatal.¹ En consecuencia, es posible que, incluso en esa etapa, el niño intrauterino tenga algún control de su bienestar, hecho que plantea algunas cuestiones interesantes. En concreto, abre la posibilidad de que las tasas extraordinariamente elevadas de daños físicos y emocio-

1. Nuevas investigaciones demuestran que la placenta, que es un órgano del niño intrauterino, produce numerosas hormonas —entre ellas estrógeno, progesterona, gonadotropina coriónica, etc.— que mantienen el embarazo. Al producir dichas sustancias, el niño intrauterino participa activamente en su propia supervivencia.

nales en los vástagos de madres rechazadoras o desdichadas no se deban únicamente a hormonas maternas nocivas. Al menos parece posible que si tiene un control parcial del embarazo y se siente en un ambiente hostil, en algunos casos el feto retire su apoyo fisiológico, haciéndose de este modo daño a sí mismo.

Madre

Las hormonas relacionadas con la ansiedad y la tensión constituyen la manifestación más clara de comunicación fisiológica por parte de la madre hacia el niño. Sin lugar a dudas, las ansiedades que afectan directamente al niño, al embarazo, al cónyuge o las inseguridades e incapacidades de la mujer ejercen el mayor impacto en el feto. *Pero sólo la ansiedad intensa o continua puede resultar peligrosa.* La mujer que a veces se preocupa por las deudas o por los kilos que ha aumentado no pone en peligro a su hijo. La cantidad de hormonas que estas preocupaciones secundarias producen —si es que las producen— no afectan al niño no nacido. Lo que éste no puede asimilar es una agresión continua de las hormonas de la ansiedad. En este caso, el peligro no se limita sólo al vínculo intrauterino. Como hemos visto en el anterior capítulo, este tipo de ataque puede situar el termostato emocional del niño en un nivel peligrosamente elevado.

El consumo de tabaco, la ingestión excesiva de alcohol, la ingestión de drogas y el comer con exceso o incorrectamente también se consideran formas de comunicación fisiológica materna. (Como ya he dicho, psicológicamente representan una expresión indirecta de la ansiedad.) Los cambios perjudiciales que dichas sustancias pueden provocar en el entorno del niño no nacido podrían volverle temeroso; me refiero al consumo de ta-

baco y supongo que también al de alcohol... y el niño intrauterino tiene todos los motivos del mundo para estar preocupado.

El alcohol es un buen ejemplo. Puede mutilar e incluso matar al niño. El conocimiento de su peligrosidad durante el embarazo se remonta a griegos y romanos, que notaron que las madres que eran grandes bebedoras alumbraban un porcentaje muy alto de niños deformes y enfermizos. Sólo en la última década, los investigadores han encontrado la causa científica de este fenómeno: el alcohol atraviesa la placenta tan fácilmente como casi todo lo que la madre come o bebe. La manera exacta de afectar al niño una vez que le alcanza depende de la cantidad de alcohol a la que esté expuesto y a su etapa de desarrollo.

Creo que la política más inteligente consiste en no probar una gota de alcohol durante el embarazo. De todos modos, si la mujer decide tomarlo, debe limitar el consumo diario como máximo a 60 cl de alcohol o su equivalente. Toda cifra superior hace que el niño corra el peligro de ser víctima del síndrome alcohólico fetal (SAF). Los investigadores aún no han dilucidado todos los mecanismos que supone esta grave enfermedad, si bien están totalmente seguros de algo: cuanto más beba la mujer, mayores posibilidades tendrá su hijo de nacer mentalmente retrasado, hiperactivo, con un soplo cardíaco o con una deformación facial que puede consistir en una cabeza pequeña o las orejas caídas.

Según los expertos del Instituto Nacional sobre el Abuso de Alcohol y Alcoholismo de Estados Unidos, tres o cuatro cervezas o vasos de vino al día pueden provocar uno o más de estos defectos, y seis o más copas diarias pueden producir toda la horrorosa gama de deformidades relacionadas con el SAF. La mujer que bebe 300 cl diarios de alcohol —o el equivalente de alrededor de seis tragos fuertes— juega a la ruleta rusa con la vida y la salud

de su hijo. En ese nivel de consumo, las posibilidades de que el niño nazca gravemente deforme son del 50 %.

Casi tan crítico como la cantidad que bebe la mujer es el momento en que lo hace. Los mismos expertos advierten que hay dos períodos del embarazo en que la ingestión de alcohol es especialmente peligrosa para el niño. El primero abarca de la semana doce a la dieciocho, momento en que su cerebro se encuentra en una etapa crítica de desarrollo; el segundo se extiende desde la semana veinticuatro hasta la treinta y seis.

Los cigarrillos son otro grave peligro para el niño intrauterino. El consumo de tabaco reduce la provisión de oxígeno disponible en el torrente sanguíneo materno y el desarrollo del tejido fetal puede retardarse si no hay un flujo adecuado de oxígeno. La mujer que fuma uno o dos cigarrillos diarios tal vez no pone en grave peligro a su hijo (a pesar de que, al igual que con el alcohol, la mejor política es la abstinencia), pero probablemente sí la que fuma dos paquetes diarios. Según estudios recientes, los bebés nacidos de madres que fuman cuarenta o más cigarrillos diarios son más menudos y se encuentran en peor estado físico que los de las no fumadoras. A los siete años, los hijos de fumadoras tienden a tener más problemas en el aprendizaje de la lectura y un porcentaje superior de trastornos psicológicos que otros pequeños. Además, existen pruebas crecientes de que el consumo de tabaco por parte del padre puede afectar el desarrollo del feto. Investigadores de la República Federal de Alemania descubrieron hace poco que los hijos en gestación de fumadores presentaban una tasa de mortalidad prenatal notablemente superior a la de los de hombres no fumadores. El motivo no está claro todavía, aunque el toxicólogo Helmut Griem cree que el tabaco puede producir cambios sutiles pero potencialmente graves en el esperma.

Los informes sobre las consecuencias de la cafeína en el feto son menos persuasivos que los que corresponden al

alcohol o al tabaco. Los pocos estudios que se han realizado sobre la influencia de la cafeína en el embarazo no han dado resultados definitivos. La única excepción parcial corresponde a un informe reciente de la Universidad de Washington, en el cual los investigadores hallaron una firme correlación entre la cafeína (fuera en forma de café, colas, té o cacao) y determinados trastornos del nacimiento. Las mayores consumidoras de cafeína del estudio presentaban la tasa más alta de bebés con poco tono muscular y bajos niveles de actividad. ¿Estas consecuencias aparecen a corto plazo o son las precursoras de alguna enfermedad grave y permanente? La doctora Ann Stressiguth, jefa del equipo, sostiene que es imposible responder a esta cuestión vital sin llevar a cabo más investigaciones.

En estas circunstancias, considero sensato que la embarazada beba café descafeinado y reduzca el consumo de colas o cacao. En el peor de los casos, la ausencia de cafeína la beneficiará (ya se ha relacionado la cafeína con la tensión alta y pruebas recientes demuestran que también podría ser un factor del cáncer de mama). Si la mujer es tan dependiente del café o el tabaco que abstenerse de ellos le produce una tensión excesiva, es mejor intentar reducir su consumo en lugar de privarse totalmente de estas sustancias.

Los riesgos del consumo de drogas durante el embarazo han sido tan difundidos que no es necesario explayarse en este sentido. Baste decir que el niño intrauterino es más vulnerable a sus efectos tóxicos al principio del embarazo y que pueden resultarle perjudiciales incluso pequeñas cantidades de *cualquier droga*, incluidas medicinas corrientes y de venta libre como la aspirina.

A estas alturas puede parecer que todo lo que la gestante hace —desde tomar una simple aspirina para calmar un dolor de cabeza hasta tener ocasionalmente un pensamiento negativo o un momento de tensión— afectará la relación

con su hijo, pero no es así. Es necesario ver en perspectiva el contenido de este capítulo. *Emociones negativas o hechos que producen tensión no afectarán adversamente el vínculo intrauterino si son ocasionales.* El niño no nacido es lo bastante flexible como para no desanimarse ante unos pocos contratiempos. El peligro surge cuando se siente separado de su madre o cuando sus necesidades físicas y psicológicas son constantemente ignoradas. Sus demandas no son excesivas: lo único que quiere es un poco de amor y de atención; si los recibe, todo lo demás, incluido el vínculo, se produce espontáneamente.

Capítulo V

LA EXPERIENCIA DEL NACIMIENTO

«Por favor, que alguien apague las luces», pidió en alemán una mujer de aspecto jovial. A juzgar por los susurros y pisadas de entusiasmo que se oyeron después, todos los que se encontraban en el Kantonspital de Basilea estaban tan deseosos como yo de que la película comenzara.

Lo que vimos no era técnicamente perfecto. Las imágenes se desenfocaban de manera inexplicable y había que esforzarse en oír lo que se decía. Hasta cierto punto, nada de eso tenía importancia. Al dirigir la cámara a las recién nacidas madres y a sus hijos cuando se miraban por primera vez, la directora había logrado crear una película realmente conmovedora.

Cuando más tarde pensé en esa cinta, comprendí que no sólo era un magnífico documental sobre el nacimiento, sino también una descripción exacta de nuestras actitudes hacia éste. Durante la mayor parte de los cuarenta y cinco minutos de la película, la cámara se ocupaba de las madres y de sus reacciones. No se apartaba de los rostros de estas mujeres mientras acariciaban y serenaban a sus recién nacidos. Puesto que el tema de la película era el parto, los bebés estaban con los ojos abiertos y despiertos, pero sólo se les hicieron tomas muy breves. Evidentemente constituían el reparto secundario de este suceso concreto: las verdaderas estrellas eran sus madres.

Ni que decir tiene que esta perspectiva no es exclusiva

le la película. Al describir el nacimiento, sobre todo desde el punto de vista de la madre, la cámara simplemente reflejaba lo que la mayoría de nosotros opina cuando piensa en el nacimiento. Lo vemos a través de los ojos de la madre y es su alegría la que despierta nuestra simpatía. Suponemos que el niño no siente nada, que es un espectador inocente del acontecimiento. Lisa y llanamente, esto no es verdad. Para su madre y su padre, su nacimiento puede representar un recuerdo imborrable, la satisfacción de un sueño de toda la vida; sin embargo, para el propio niño es algo mucho más trascendental, un acontecimiento que se estampa en su personalidad. Su modo de nacer -doloroso o fácil, tranquilo o violento- determina en gran medida su futura personalidad y cómo verá el mundo que le rodea. Tenga cinco, diez, cuarenta o setenta años, una parte de su ser siempre mirará el mundo a través de los ojos del recién nacido que una vez fue. Por ese motivo, Freud denominó «emociones primarias» al placer y al dolor que acompañan el nacimiento. Ninguno de nosotros logra escapar totalmente a su influencia.

Para comprenderlo, nada mejor que intentar ver el nacimiento a través de los ojos de un niño. Al final del noveno mes en el útero, se ha vuelto profundamente consciente de su universo; ahora, las sensaciones, los sonidos y la visión de éste son parte de él tanto como sus brazos y sus piernas. Esta explicación no es mística. En el más fundamental de los sentidos, el niño está de acuerdo con su mundo y éste con él. Ha recibido mensajes de su madre y, a través de ella, del mundo. Éstos interrumpirán *momentáneamente* su tranquilidad y comenzarán a poner los cimientos de su vida emocional. Como ya he dicho antes, los mensajes de ansiedad mínimos ayudarán al niño intrauterino a desarrollar su sentido del «yo». Salvo en contadas excepciones, breves e inquietantes mensajes de «ambivalencia» o «ansiedad» de una madre que en todos los demás aspectos se ocupa de él no le afectarán.

Por otro lado, el nacimiento es el primer choque físico y emocional prolongado que experimenta el niño, y nunca lo olvida. Vive momentos de inenarrable placer sensual, momentos en que cada centímetro de su cuerpo es bañado por cálidos líquidos maternos y masajeado por músculos maternos. No obstante, estos momentos se alternan con otros de gran dolor y miedo. Incluso en las mejores circunstancias, el nacimiento resuena en el cuerpo del niño como una sacudida sísmica que alcanza las proporciones de un terremoto.

En un instante flota maravillosamente en un estanque de tibio líquido amniótico y al siguiente puede verse súbitamente lanzado hacia el canal del nacimiento y el comienzo de una experiencia difícil que puede durar muchas horas. Durante la mayor parte de ese período, las contracciones maternas le empujarán y pellizcarán. Sólo es posible imaginar qué se siente ante la fuerza total de una contracción, aunque algunos estudios radiológicos recientes muestran que, a medida que cada contracción rodea al niño, éste agita desenfrenadamente brazos y piernas, haciendo algo que se parece mucho a una reacción ante el dolor.

El final del nacimiento es casi igualmente desconcertante. Cuando el niño se acerca, al fin, a la abertura vaginal, los dos brazos de acero de los fórceps pueden apresar de súbito su cráneo todavía frágil y su cuerpo de 2,700, 3,200 o 3,600 kg puede ser empujado por una fuerza equivalente a 18 kg sobre su cuello. También puede encontrarse con que tiene insertado en el pericráneo un pequeño electrodo de metal que parte del monitor cardíaco fetal. Aunque logre salvarse de estos dos riesgos, es muy probable que pronto se encuentre en una estancia fría, ruidosa y potentemente iluminada, rodeado de un grupo de desconocidos que le sujetan, le exploran y le tironean.

Simultáneamente, su mente registra toda sensación, ademán y movimiento. Ahora, nada escapa a su atención.

Hasta los detalles más insignificantes dejan imborrables huellas en su memoria, aunque el niño rara vez podrá evocar espontáneamente esos recuerdos más adelante. Casi nadie puede hacerlo. El nacimiento produce una especie de efecto amnésico; existen buenos motivos para creer que se debe a la oxitocina (la principal hormona del organismo femenino para inducir a las contracciones uterinas y la lactancia) secretada por la madre durante el parto. Investigaciones recientes (que serán analizadas más profundamente en el Capítulo X) muestran que la oxitocina provoca amnesia en animales de laboratorio, de modo que es posible que la presencia de esta hormona explique el hecho de que tantos recuerdos de nacimiento escapen a nuestra evocación consciente.

Sin lugar a dudas, sabemos que los recuerdos de nacimiento existen y que, si se los estimula correctamente, es posible recobrarlos. Los estudios del Dr. Penfield lo demostraban, aunque su trabajo trataba de recuerdos primitivos. En contraposición, el Dr. David B. Cheek ha concentrado su atención concretamente en los recuerdos del nacimiento. En un extraordinario experimento clínico realizado hace varios años, eligió a cuatro hombres y a cuatro mujeres jóvenes que había ayudado a nacer en sus años de obstetra en Chico, California. Sometió a hipnosis a sus sujetos y pidió a cada uno que describiera cómo estaban colocados su cabeza y sus hombros al nacer. La colocación se eligió como medida de la exactitud del recuerdo del nacimiento, porque el Dr. Cheek sabía que los sujetos no podían conocer la respuesta. Este tipo de información rara vez va más allá de las notas que el obstetra redacta sobre el alumbramiento, y las correspondientes a estos jóvenes llevaban más de dos décadas guardadas bajo llave en los ficheros del Dr. Cheek.

Constituían la prueba confirmatoria del experimento. En todos los casos, lo que el paciente hipnotizado respondió al Dr. Cheek quedó confirmado por lo que más ade-

lante éste buscó en su fichero (tuvo la precaución de no consultarlos de antemano, por temor a inducir a los sujetos). Cada hombre y cada mujer describieron con exactitud cómo tenían girada la cabeza y en qué ángulo se encontraban sus hombros al nacer, además de explicar cómo fueron traídos al mundo.

Lo que hace que sea tan significativo el trabajo del doctor Cheek hay que buscarlo en sus implicaciones más amplias. Si un niño puede recordar algo tan simple como la forma en que tenía girada la cabeza al nacer, ¿qué puede decirse de los hechos traumáticos? En concreto, ¿qué puede decir sobre el recuerdo de quedar atrapado en el canal de nacimiento, el de no poder respirar durante varios segundos o el de ser arrojado al mundo semanas o incluso meses antes de llegar a término? ¿Qué sucede cuando a estos riesgos físicos se les suman la ansiedad, el miedo o la hostilidad de la madre?

El experimento del Dr. Cheek y de otros investigadores nos permite responder ahora, con cierta precisión, a estas preguntas. Incluso es posible trazar los diversos «riesgos de nacimiento» y sus consecuencias psicológicas en el niño a la manera de una tabla, incluidas las gráficas y las divisiones. A partir de experimentos con animales y de investigaciones clínicas he formulado cinco categorías principales de riesgos psicológicos relacionados con el nacimiento, categorías que, aunque todavía provisionales, incorporan los mejores y más recientes datos de que se dispone.

En la parte inferior, en la categoría más baja de riesgo psicológico de la tabla, estarían los nacimientos vaginales simples y sin complicaciones. Aunque mis propias pruebas empíricas demuestran que una inmensa mayoría de las personas nacidas por vía vaginal son extrovertidas, optimistas y confiadas, no puedo mencionar ningún estudio y decir: «Aquí se demuestra lo que decía.» Sin embargo, los informes que se han hecho —y que en gran medida corres-

ponden a animales- indican que el nacimiento vaginal sin complicaciones concede importantes ventajas emocionales.

En una investigación realizada en el Instituto Nacional de Enfermedades Neurológicas y Ceguera, a principios de los años setenta, los investigadores descubrieron que los monos nacidos por vía vaginal (la reacción del mono ante el nacimiento es la más parecida a la humana) eran mucho más activos, receptivos entre sí y aprendían más rápido en los cinco días posteriores al nacimiento que los monos nacidos mediante cesárea (a cuyas madres se les había aplicado una anestesia local para evitar el efecto atontador de drogas más fuertes). Otro asunto es la comparación que pueda hacerse entre los nacidos por cesárea y los paridos por vía vaginal dos, tres o cinco años después. Muchas incapacidades secundarias relacionadas con el nacimiento desaparecen con el paso del tiempo. Sin embargo, entre mis pacientes he notado que podría ser una consecuencia, a largo plazo, del nacimiento por cesárea: un intenso anhelo de todo tipo de contacto físico. Probablemente, esto se debe a que la cesárea priva de los momentos sensoriales que un bebé parido por vía vaginal experimenta durante el parto: el dolor atroz y el placer extremo. Estas sensaciones sensoriales son precursoras de la sexualidad adulta, y es posible que la persona traída al mundo de forma quirúrgica nunca supere su pérdida. Por estas razones, las cesáreas quedarían situadas ligeramente por encima de los nacimientos por vía vaginal en la tabla de riesgos.

A continuación, aproximadamente entre la tercera parte y la mitad del camino ascendente de la tabla, situaría los nacimientos de nalgas, que se producen aproximadamente en uno de cada treinta y cinco partos. Aunque la mayoría de los niños nacidos de nalgas acaban por llevar una vida completamente normal, los estudios señalan que tienen un riesgo ligeramente mayor de plantear problemas de aprendizaje en la infancia. Al comparar los progresos

estudiantiles de 1.698 niños de Indianápolis, los investigadores descubrieron que existían muchas más posibilidades de que hubieran nacido de nalgas los que suspendían como mínimo un curso y necesitaban ayuda para estudiar.

Aproximadamente en el mismo nivel de riesgo que los nacimientos de nalgas situaría las dificultades secundarias y momentáneas con el cordón umbilical, por ejemplo, un pellizco o un lazo del cordón que se corrigen rápidamente. Ninguno pone en peligro la vida, pero ambos pueden perturbar la respiración del niño durante unos breves y aterradores momentos. Por este motivo, supongo que dejan huellas psicológicas a largo plazo que suelen ser muy concretas; en realidad, toda incapacidad tiene su lógica interna. Por ejemplo, los bebés que, al nacer, han tenido accidentalmente enganchado el cordón alrededor del cuello, de niños y adultos tienden a sufrir un porcentaje superior de problemas de garganta, como dificultades para tragar o defectos del habla.

Esto era lo que le ocurría a un hombre que traté y que había sido tartamudo profundo desde los seis años. Al principio de la terapia resultó evidente que su padre era una de las piezas clave del rompecabezas. Cuando el paciente era pequeño, el padre le había criticado implacablemente por su manera de hablar, actitud que sólo empeoró las cosas. A medida que la terapia avanzaba, gradualmente surgió el hecho de que esa crítica sólo era uno de los diversos factores importantes que contribuían a su dificultad; este hombre también tenía una historia de afecciones en la garganta. Durante una sesión recordó que, entre los tres y los cinco años de edad, había padecido una dolorosa serie de infecciones de las amígdalas; en otra recordó que había nacido con el cordón umbilical enlazado alrededor del cuello.

No pude comprobar su recuerdo, pues no logré conseguir el relato de su nacimiento. Pero en las semanas posteriores a la emergencia de este recuerdo de nacimiento sur-

gió otro tipo de corroboración más significativa: la tartamudez fue desapareciendo gradualmente.

Por encima de las dificultades con el cordón umbilical o aproximadamente entre la mitad y las tres cuartas partes del camino ascendente de la tabla en dirección a los problemas críticos, estarían los nacimientos prematuros. Pueden variar según el grado de gravedad. Un nacimiento prematuro de pocos días tendrá escasas consecuencias; de pocas semanas tendrá más importancia, y un nacimiento prematuro de pocos meses puede ser física y emocionalmente devastador para el niño.

Al nivel más bajo, he notado que muchos de mis pacientes que nacieron prematuros suelen sentirse constantemente apresurados y hostigados. Supongo que la sensación de que nunca lograrán ponerse al día es consecuencia directa del haber sido prematuros. Comenzaron la vida apresurados y ahora, muchos años después, siguen experimentando lo mismo.

Existen otros casos, como el de un muchacho a quien llamé Ricky Burke, cuyo nacimiento prematuro deja cicatrices psicológicas más profundas. Tuve conocimiento del caso de Ricky de una manera indirecta. Una de las estaciones de radio locales de Toronto pidió a Sandra Collier—terapeuta del centro donde trabajo—que realizara un programa especial en dos emisiones sobre sueños, pesadillas y su significado. Sandra había trabajado a fondo en este campo—sobre todo en la relación entre sueños y memorias de nacimiento olvidadas—y lo mencionó hacia el final del primer programa. Fue una coincidencia extraña: un oyente oye una voz extraña por la radio y, de pronto, su vida y la de sus familiares cambia.

En este caso, la oyente era Kathleen Burke y, al oír lo que Sandra decía sobre la manera en que los sueños pueden expresar recuerdos de nacimiento inconscientes, se puso a pensar en su hijo Ricky y en su nacimiento. En los últimos años, Ricky había estado atormentado por espan-

tosas y aterradoras pesadillas. Noche tras noche, poco después de dormirse, se revolcaba en la cama y maldecía con un vocabulario que estaba más allá de las posibilidades de un niño de seis años. Más extraños aún eran los gritos y chillidos que emitía después. A veces, también se refería a una luz rara y hablaba en lo que a su madre le parecía una lengua extranjera. Ninguno de los médicos que los Burke consultaron por el problema de Ricky sirvió de ayuda; consideraron que su estado era imposible de diagnosticar o recetaron medicamentos que no sirvieron de nada.

Tras escuchar el programa de Sandra, la señora Burke volvió a pensar en las circunstancias del nacimiento de su hijo. Había tenido un parto muy difícil y Ricky nació prematuro, casi muerto. Gradualmente, a medida que su mente se concentraba en esa noche, surgieron otros detalles: los agotados médicos que la atendieron habían maldecido. Habían llamado a un sacerdote para que administrara la extremaunción a Ricky. Mientras la madre recordaba esos acontecimientos, súbitamente todo encajó en su sitio. La pesadilla de Ricky surgía de su recuerdo del nacimiento, sus maldiciones eran las que había oído pronunciar a los médicos y su idioma era el latín del sacerdote. Cuando telefoneó durante el segundo programa de Sandra para hablarle de Ricky, la señora Burke dijo que todo era coherente.

«Afortunado» puede parecer una palabra extraña para aplicarla a Ricky Burke, mas, si tenemos en cuenta las dificultades de su nacimiento, *fue* afortunado al salir casi indemne. Una complicación de parto como la de Ricky corresponde al último cuarto de la tabla. Los problemas de esta categoría incluyen casos de nacimiento prematuro que ponen en peligro la vida (por ejemplo, partos que se adelantaron como mínimo dos meses); dificultades con el cordón umbilical que ponen al niño al borde de la muerte; placenta previa que puede obstaculizar su salida del útero

durante el parto, y eclampsia, un tipo de hipertensión materna potencialmente amenazadora.

Los problemas psicológicos que a menudo se relacionan con estos trastornos son potencialmente graves: esquizofrenia, psicosis y violenta conducta antisocial y delictiva. A decir verdad, las pruebas existentes en la literatura científica favorecen, de manera abrumadora, la opinión de que las complicaciones fisiológicas al nacer predisponen al individuo a un amplio abanico de daños, desde lesiones psicológicas hasta daños cerebrales orgánicos. Por ejemplo, en un estudio sobre 33 jóvenes esquizofrénicos, los investigadores encontraron una tasa del 40 % de complicaciones natales de todo tipo. En contraste, la proporción en sus hermanos y hermanas mentalmente sanos sólo ascendía al 10 %.

Más espectaculares aún son los resultados de un estudio extraordinariamente esclarecedor llevado a cabo por el doctor Sarnoff A. Mednick, director del Instituto *Psychologisk*, de Copenhague. A principios de los años sesenta, el Dr. Mednick comenzó a seguir a un grupo de más de 170 niños que habían sido considerados candidatos posibles a la esquizofrenia porque sus madres padecían dicha enfermedad. El Dr. Mednick quería averiguar cuántos niños padecerían este trastorno y, lo que era más importante, por qué motivo.

En pocos años, tuvo respuesta a la primera parte de la pregunta. A esas alturas, 20 de los/jóvenes se habían vuelto esquizofrénicos. Al buscar los motivos por los cuales ellos y no los demás habían sucumbido, el Dr. Mednick halló lo que consideró algunas semejanzas significativas en sus antecedentes. Comprobó que muchas de las madres de los esquizofrénicos ya habían estado antes hospitalizadas a causa de su enfermedad. También averiguó que, en los primeros años escolares, muchos de esos 20 habían sido catalogados de revoltosos por sus maestros. Ahora bien, el único dato que le llamó la atención fue la seme-

janza de las historias de nacimiento de los 20 sujetos. El 70 % había sufrido una o más complicaciones al nacer o durante su gestación. El Dr. Mednick consultó los archivos de los niños que no padecían esquizofrenia y encontró una cifra distinta aunque, a su manera, igualmente reveladora: sólo el 15 % había tenido algún tipo de complicaciones durante la gestación o el nacimiento.

Asimismo espectaculares son los resultados de otro estudio realizado por el mismo Dr. Mednick. Esta vez, sus sujetos eran hombres que habían cometido delitos acompañados de violencia. Volvió a comprobar que el único denominador común era la historia natal: 15 de los 16 delincentes más violentos habían padecido nacimientos extraordinariamente difíciles (la madre del decimosexto era epiléptica).

Muchos -hasta es posible que la mayoría- de estos nacimientos violentos y dolorosos son evitables en su totalidad o, en los casos en que esto no se logra, sus consecuencias pueden reducirse. A veces se puede conseguir proporcionando un poco más de la compleja asistencia médica tecnológica en que se ha especializado la obstetricia moderna, y otras suministrando menos. Pero siempre hay que prestar muchísima atención al estado emocional de la mujer que está a punto de ser trasladada a la sala de partos.

Su modo de enfrentarse con ese momento ejerce una gran influencia en su modo de parir. Si está relajada, segura de sí misma y desea el nacimiento de su hijo, existen muchas posibilidades de que el parto sea sencillo y totalmente sereno. Si está atormentada por dudas y preocupaciones y tiene conflictos entre la perspectiva de convertirse en madre, los riesgos de complicaciones aumentan consecuentemente.

No sólo lo sabemos por los archivos de los partos, sino también a través de lo que, en cierto sentido, son los relatos presenciales del niño a punto de ser parido. Entre otras cuestiones, el niño, en esas horas, es agudamente cons-

ciente de los sentimientos de su madre, y a menudo su recuerdo de tales emociones maternas puede surgir varias décadas después, ya sea espontáneamente o por medio de la terapia.

Uno de los relatos más impresionantes de este tipo me llegó a través de una mujer de edad madura a la que trataba desde hacía más o menos un año. Surgió una tarde, al final de lo que había sido una sesión emocionalmente agotadora para los dos. La mujer hablaba de algo inconexo cuando, de repente, cayó en mitad de una frase y la expresión de su rostro cambió. Antes de que pudiera preguntarle qué le ocurría, comenzó a describir lo asustada que había estado su madre durante el parto y cómo sintió que el miedo llevó a ésta a replegarse en una bola protectora. «Supe que no me ayudaría a nacer, y me asusté porque tendría que hacerlo todo sola», dijo la mujer.

Otra paciente, una mujer algo más joven, que había nacido mediante cesárea, tenía un recuerdo natal igualmente aterrador. Recordaba el temor que había experimentado su madre cuando el cirujano se dispuso a hacer la incisión: «Pude sentir su terror cuando el bisturí comenzó a abrirle el vientre.»

Uno de los problemas que estos relatos plantean —desde un punto de vista estrictamente científico— es que, a menudo, son muy difíciles de corroborar. O la madre del paciente no puede atendernos o, por algún motivo, no puede o no quiere evocar los pormenores del parto. Sin embargo, existe un buen caudal de investigación seria que sustenta la idea de que emociones positivas, como la confianza en sí misma y la expectativa, pueden afectar el proceso del parto, del mismo modo que emociones negativas, como la ansiedad profundamente arraigada.

Un grupo de investigadores de la Universidad de Michigan llegó a la conclusión de que las mujeres ansiosas tardaban mucho más tiempo en dar a luz que las tranquilas. Existe otro informe aun más concluyente de la Universi-

dad de Cincinnati. En este último, los investigadores no se limitaron a analizar la ansiedad *per se*, sino diversos tipos de ansiedades y de tensiones y el efecto de cada una en la duración del parto y en las contracciones uterinas. En conjunto se sometieron a prueba diez factores psicológicos; los tres que más prolongaban el parto y que producían las contracciones más ineficaces eran, respectivamente, «actitud hacia la maternidad», «relación con la madre» y «ansiedades, preocupaciones y temores habituales». En síntesis, las mujeres que parían con más facilidad eran las que presentaban menos ambivalencia con respecto a la maternidad, menos conflictos con sus madres y las que, en líneas generales, resultaban menos ansiosas. Otro descubrimiento tranquilizador de este mismo estudio es la escasa consecuencia que la aprensión normal tiene en la duración del parto o las contracciones uterinas.

Numerosos estudios también demuestran que las complicaciones natales se producen con más frecuencia en las mujeres gravemente perturbadas. En una investigación realizada hace varios años en la Brown University, los sujetos eran 50 mujeres, la mitad calificadas por los investigadores de perturbadas antes del parto, y la otra mitad normales (es decir, deseosas de dar a luz). Después de los alumbramientos, un grupo de obstetras que no tenía nada que ver con el estudio analizó la historia de parto de cada mujer y los informes que entregó a los investigadores fueron sorprendentes.

Todas las perturbadas habían tenido como mínimo una complicación durante el parto, desde problemas relativamente secundarios, como dar a luz a un niño con la nariz magullada, hasta otros importantes, en varios casos nacimientos prematuros, y en otros dos, niños muertos. A su manera, los datos sobre las mujeres consideradas «normales» fueron igualmente asombrosos. Ninguna había tenido complicaciones ni problemas durante el parto.

Desde luego, esto no significa que toda tensión materna

grave daño necesariamente al niño. De todos modos, ¿quién sabe cuánto sufrimiento físico y emocional podríamos evitar nosotros —por nosotros me refiero a profesionales de la salud, como obstetras, psiquiatras, comadronas y enfermeras— simplemente prestando a la salud emocional de la gestante la misma atención que dedicamos a su salud física?

Existe otra medida igualmente sencilla que, con toda probabilidad, permitiría disminuir los riesgos físicos del nacimiento y que, sin lugar a dudas, reduce sus peligros psicológicos. Lo único que exige es emplear con más limitaciones y prudencia drogas, fórceps, monitores fetales, cesáreas y la compleja tecnología que gradualmente ha llegado a dominar el acto de nacer.

En los casos en que la madre o el niño corren peligro, dicha tecnología puede significar, literalmente, la diferencia entre la vida y la muerte. Para eso fue proyectada... para urgencias. Por desgracia, la mayoría de los obstetras recurren de manera rutinaria a la tecnología de que disponen y la utilizan con mujeres que no la necesitan. El 80 % de las norteamericanas recibe como mínimo una droga durante el parto; el 30 % de los niños nacidos por vía vaginal son sacados al mundo con fórceps, y el 15 % de todos los nacimientos se hacen mediante cesárea.

Es difícil saber cuánto daño físico directo infligen a la madre y al niño estos y otros elementos de gran potencia de la obstetricia moderna. Prácticamente todas las opiniones autorizadas coinciden en que el parto sin drogas es mejor y más seguro. ¿Éstas dañan realmente al niño? La mayoría de los estudios indican que sí, que a corto plazo lo dañan. Los niños cuyas madres han recibido anestesia general durante el parto inicialmente suelen ser más inactivos y tienen menos coordinación motriz. Esas manifestaciones pueden persistir muchos años después del nacimiento.

Las cesáreas plantean el mismo tipo de problemas.

También en este caso, virtualmente todas las opiniones autorizadas coinciden en que el nacimiento sin cirugía es mejor y más seguro. Sin embargo, esto no ha impedido que, en las últimas dos décadas, el porcentaje de cesáreas practicadas en Estados Unidos se elevara en un 200 %. Un importante factor que ha contribuido a este aumento alarmante ha sido la introducción del monitor cardíaco fetal, que permite una lectura constante del ritmo cardíaco y respiratorio del niño durante el parto. Los obstetras sostienen que este elemento les ha permitido distinguir más pronto al niño que tiene problemas y asistirlo con mayor rapidez... en general, practicando una cesárea. *Sostienen* que gracias a ésta y al monitor fetal pueden salvar a niños que hace pocos años habrían muerto durante el parto, pero no pueden demostrarlo con cifras. Coincidió con los que opinan que el aumento de las cesáreas expone innecesariamente a un número cada vez mayor de mujeres y a sus hijos a los peligros de la cirugía.

Los fórceps constituyen otro instrumento obstétrico de peligroso doble filo. Teniendo en cuenta el hecho de que hasta el más ligero deslizamiento del brazo de metal o el más leve exceso de presión puede dañar de manera permanente el cerebro del bebé, ¿es sensato emplearlos en casi un tercio de todos los nacimientos? Un número creciente de expertos opina que no, y entre ellos se encuentra el Dr. Cheek, que considera que es la ansiedad lo que lleva a la parturienta a tensar los músculos pelvianos, hecho que, a su vez, desemboca en un empleo excesivo de los fórceps. Si las madres estuvieran mejor preparadas para parir, podría reducirse drásticamente el porcentaje de lesiones a causa de los fórceps. Este mismo médico cita la tensión y las migrañas como problemas que a menudo se remontan a un nacimiento con fórceps.

El hecho de que estos trastornos pudieran estar relacionados con los fórceps se le ocurrió al Dr. Cheek en circunstancias inverosímiles. Estaba realizando un cruceo

cuando uno de sus compañeros de viaje sufrió un fuerte dolor de cabeza. El hombre tenía una historia de dolores de cabeza que siempre se producían en el mismo lugar: en la frente, por encima del ojo derecho. El pasajero estaba convencido de que se debían a una grave infección ocular sufrida de pequeño.

Pero estaba equivocado. Sometido a hipnosis, describió concisamente cómo se había producido la infección ocular, y a continuación se remontó de prisa en el tiempo hasta su nacimiento, que, a juzgar por el relato, indudablemente había sido angustioso. Recordó los gritos de su madre, y a continuación sintió que su cabeza estallaba presa de un espantoso dolor.

En respuesta a una pregunta, dijo que donde más le dolía era en la frente, por encima del ojo derecho, pero que también sentía algo duro en la nuca, cerca de la base del cráneo. Para el Dr. Cheek, eso se parecía mucho a un parto con fórceps, o mejor dicho, a un intento fallido de practicarlo. Los fórceps—y, en consecuencia, el dolor—debieron haberse colocado a los lados de la cabeza del niño, detrás de sus orejas. El hecho de que no estuvieran así y de que el brazo de fórceps que producía más dolor presionara contra su frente parecía explicar el origen de los dolores de cabeza.

El Dr. Cheek podría haber bajado del barco con sólo una corazonada y una historia interesante, de no ser por que en el puerto se encontró con la madre de su compañero. Indudablemente, lo último que ella esperaba cuando fue a recibir a su hijo era que la interrogaran sobre el nacimiento de éste; sin embargo, cuando el Dr. Cheek le explicó por qué motivos quería saberlo, la mujer confirmó que el nacimiento había sido muy difícil. Había sufrido fuertes dolores a lo largo del parto. Durante unos instantes, el niño había estado al borde de la muerte. Lo que lo salvó —y por los pelos, afirmó la mujer— fue el parto con fórceps que el obstetra realizó, desesperado, a último momento.

Evidentemente, una historia, incluso aquella en la que hasta el último detalle ha sido confirmado de manera independiente, no hace un caso. Muchos factores, desde la simple tensión hasta los tumores cerebrales, provocan dolores de cabeza constantes. Ignoramos cuán frecuentes son los daños producidos por los fórceps, ya que se ha investigado muy poco sobre las consecuencias a largo plazo... no sólo de los fórceps, sino también de las restantes prácticas y procedimientos obstétricos utilizados rutinariamente, desde el aparato de ultrasonido hasta las epiotomías.

Desde luego, hay momentos en que estos procedimientos son absolutamente indispensables. Mas hora se emplean de manera rutinaria, y ni que decir tiene que eso es innecesario. Como ha apuntado el Dr. LeBoyer, sería difícil pensar en una entrada al mundo más aterradora que la que la obstetricia ha creado sin darse cuenta para esta generación. Casi siempre, los niños son traídos al mundo bajo potentes luces y en una estancia fría y de acero inoxidable llena de desconocidos enguantados y enmascarados. Una vez nacidos, en general se los separa de las madres, frecuentemente aturdidas y drogadas, y se los deposita sin miramientos en una sección de recién nacidos llena de otros pequeños asustados que gritan.

Lo sorprendente no es que, ahora, este sistema se critique, sino el tiempo que padres y médicos tardaron en comprender lo perjudicial que era para el recién nacido y sus progenitores.

Todo lo que hemos aprendido en la última década nos demuestra que, aunque lo hubiéramos intentado, no habríamos desarrollado un modo peor de nacer. Sin embargo, en el mundo occidental, muchos niños siguen naciendo en un escenario que quizá sea adecuado para una computadora, pero que es profundamente inadecuado para el nacimiento de un ser humano.

Un ejemplo simple pero pertinente de una práctica que

persiste, a pesar de lo que ahora sabemos, es la separación de la madre y el hijo inmediatamente después del parto. Muchos obstetras sostienen fervientemente que es necesario, porque lo que más necesitan madre e hijo, tras la agotadora experiencia del parto, es mucho descanso. Todas las investigaciones recientes sobre el vínculo entre padres e hijos demuestran que esto es falso, que lo que la madre y el infante necesitan y desean más en esos minutos y horas no es dormir ni comer, sino acariciarse, estar próximos, mirarse y escucharse. A lo largo de los últimos años, cientos de investigaciones lo han demostrado.

Permítaseme volver unos instantes a la película que ya he mencionado. Lo que a mí y al resto de los reunidos en el Kantonspital nos resultó tan fascinante fue el modo en que la directora había logrado captar ese vínculo. Las madres y los hijos que aparecían en la cinta no estaban drogados, atontados ni agotados. Eran viejos y queridos conocidos deseosos de verse.

Con los ojos abiertos y atentos, los bebés comenzaban a buscar a sus madres inmediatamente después de nacer. Ninguno podía ver a más de treinta centímetros de distancia, de modo que algo tan lejano como el rostro de la madre estaba fuera de su alcance. Sin embargo, cada vez que una madre hablaba, su hijo volvía o intentaba volver la cabeza en la dirección de su voz. En cuanto se dejaba a cada niño en el vientre de su madre, comenzaba a ascender impaciente —con una especie de movimiento natatorio— hacia su pecho. No obstante, tal vez lo más sorprendente fuera lo poco que lloraban esos niños. Hasta que aparecía la enfermera para llevárselos, estaban totalmente tranquilos y contentos.

Creo que el público quedó aun más sorprendido ante la conducta de las madres. Todos éramos profesionales de la salud —médicos, enfermeros, psicólogos, psicoanalistas— y conocíamos el nacimiento: muchos habíamos realizado partos. Pero creo que ninguno había visto jamás a unas

mujeres asumiendo tan fácilmente el papel de la maternidad como esas madres que aparecían en la pantalla. Podía verse en sus actos y movimientos. Su modo de abrazar y acercarse a sus hijos expresaba infinita sabiduría sobre el amor materno. La directora de la película, una joven alemana llamada Sigrid Enausten, comentó más adelante que una de las cosas que más la impresionaron durante la filmación fue cómo las mujeres hablaban con sus hijos. Sus voces se tornaban más suaves y sus palabras más sencillas; hasta los verbos que empleaban cambiaban. Todo era, sin duda alguna, instintivo, porque, en cuanto un médico o una enfermera se dirigía a la madre, su voz recuperaba automáticamente el tono adulto y su lenguaje se tornaba más complejo.

La señorita Enausten agregó que se sorprendió al ver lo poco que se preocupaban tales mujeres del sexo de sus hijos. En general, ésa es la primera pregunta que formula una nueva madre; pero aquéllas estaban tan entusiasmadas con mirar y tocar a sus bebés que no repararon en si habían tenido un varón o una niña, ni se les ocurrió preguntarlo hasta pasada media hora, y en algunos casos, una hora después del parto. Les bastaba simplemente con que el infante estuviera allí, seguro y bien. Otra cosa que advirtió la señorita Enausten fue la seguridad con que las mujeres manipulaban a esos niños. Muchas de las mujeres eran primizas, pero ninguna se mostró reticente o nerviosa a la hora de sostener en brazos a su hijo. Cada mujer sostuvo por primera vez a su niño como si fuera el número mil.

Como dichos niños formaban parte de una película, y no de un estudio clínico, desconocemos cuánto se beneficiaron de esta delicada experiencia natal. Sin embargo, los resultados de varios estudios recientes sugieren que es probable que esos infantes obtuvieran un gran beneficio. En ellos se analizaron diversos tipos de experiencias natales y su influencia en el posterior desarrollo intelectual y emocional del niño. Revelaron que los niños que apren-

den más de prisa y parecen más felices se habían vinculado con sus madres después del nacimiento. En suma, prácticamente el mismo tipo de nacimiento que experimentaron los bebés de la película.

Además, gracias a algunos estudios clínicos sabemos que los recuerdos del infante sobre la primera adhesión primitiva con su madre siguen afectando años después su sentido de la seguridad emocional. Ha quedado demostrado en los trabajos pioneros sobre el vínculo realizados por los doctores Marshall Klaus y John Kennell. Los niños a los cuales el equipo denomina «infantes vinculados» se convirtieron en seres mucho más seguros de sí mismos y extrovertidos que los pequeños que fueron separados de sus madres inmediatamente después del parto.

Existe otra serie de estudios clásicos que pasan por ser los más originales y penetrantes que se hayan realizado sobre la adhesión madre-infante. Los investigadores —un equipo de la Universidad de Wisconsin compuesto por el matrimonio formado por Harry y Margaret Harlow— querían averiguar qué ocurriría si se cogía un grupo de monos inmediatamente después de nacer y se los colocaba en una jaula con madres sustitutas artificiales. A fin de averiguarlo, los Harlow idearon dos tipos de lo que fundamentalmente eran versiones simiescas del espantapájaros. Una contaba con cuerpo de alambre y cabeza de madera, y de uno de sus pechos de alambre sobresalía un pezón que proporcionaba leche. La segunda madre falsa era igual, si exceptuamos el hecho de que los Harlow envolvieron su cuerpo con una tela de toalla (el pezón sobresalía a través del agujero hecho en la tela). Ocurrió que ese simple detalle significó la mayor diferencia del mundo para los monitos.

Los cachorros enjaulados con la madre de alambre bebían la misma cantidad de leche y aumentaban el mismo peso que los que tenían una madre de tela de toalla. Sin embargo, cada vez que los monos tenían libre e igual ac-

ceso a la madre de alambre y a la de tela, todos pasaban el tiempo con esta última versión. Se aferraban a ella y la abrazaban como si fuera una madre de verdad, algo que en ningún momento ocurrió con la madre de alambre. Un día en que los Harlow hicieron que un pequeño juguete mecánico de cuerda atravesara ruidosamente el campo común de juego, todos los monitos asustados corrieron inmediatamente hacia la madre de tela de toalla. Había ganado esa confianza y afecto por el simple hecho de estar envuelta con una tela de toalla.

Si hasta los monitos tienen este tipo de extraordinaria sensibilidad al tacto, ¿qué decir de la criatura humana de tres días? ¿Qué pasa por su cabeza mientras está en una im-personal y ruidosa sección de recién nacidos, rodeada de desconocidos? ¿De qué manera está ausencia de todo contacto humano significativo durante esas horas críticas la afectará más adelante, cómo afectará sus sentimientos hacia su madre, hacia su padre y, un día, hacia su propio cónyuge e hijos? ¿Hay dudas acaso de que se sentiría mejor si estuviera más con su madre y menos a solas?

Capítulo VI

LA FORMACIÓN DEL CARÁCTER

A estas alturas debería estar claro que el nacimiento es una de las experiencias más profundas que atravesamos. Los juegos que de pequeños practicamos, los entretenimientos que de adultos disfrutamos, e incluso nuestros intereses sexuales, están, de alguna manera, relacionados con el nacimiento. Mencionemos un ejemplo simple pero muy corriente: ¿por qué el niño pasa horas balanceándose suavemente en un columpio? Balancearse no es un juego ni una habilidad que le enseñan sus padres o sus maestros. Los niños se sienten instintivamente atraídos por los columpios porque el columpiarse reproduce el delicado movimiento de balanceo del útero. El adulto que se entusiasma ante la capacidad del prestidigitador para extraer un conejo de su sombrero responde al mismo impulso. La misteriosa aparición del conejo le recuerda inconscientemente su propio nacimiento. Esta recreación simbólica de la mágica salida del hombre del útero constituye el motivo por el cual la magia siempre ha ejercido una influencia tan poderosa en la imaginación humana.

Muchas de nuestras peculiaridades pueden explicarse, asimismo, en términos del nacimiento. Todos sabemos de personas que, por muy mal tiempo que haga, no usan sombrero, jerseys de cuello alto, bufandas ni ninguna otra prenda que constriña alrededor del cuello. Aunque, en general, los amigos restan importancia a esta conducta, con-

siderándola caprichosa, creo que su origen reside en una experiencia natal tumultuosa. La mayoría de los infantes se presentan de frente, lo cual significa que la cabeza y el cuello son la dos zonas que reciben los mayores golpes durante el parto. No es difícil comprender que alguien que ha pasado por un nacimiento especialmente doloroso, más adelante tenga aversión a las prendas para la cabeza y el cuello.

En este tipo de influencias a largo plazo pensaba antes cuando dije que una parte de nosotros siempre mira el mundo a través de los ojos del recién nacido que una vez fuimos. El nacimiento y las experiencias prenatales constituyen los fundamentos de la personalidad humana. Todo aquello en que nos convertimos o en que esperamos convertirnos, nuestras relaciones con nosotros mismos, nuestros padres y nuestros amigos están influidos por lo que nos ocurre en esos dos períodos críticos. Después de haber analizado de qué manera nos modelan las experiencias uterinas, ahora debería abordar cómo nos afecta el nacimiento.

La influencia a largo plazo de los primeros recuerdos natales surge con toda claridad en la segunda parte de la investigación que realicé con mis pacientes. Demuestra indirectamente que, si somos más alegres o más tristes, más coléricos o más deprimidos que otras personas, esto se debe, al menos en parte, a nuestro modo de nacer, a pesar de que emergieron muy pocas correlaciones específicas entre el nacimiento mismo y emociones como la ira y la depresión; la mayoría de las relaciones tuvieron que ver con las actitudes sexuales.

En líneas generales, nuestras preferencias sexuales expresan mucho acerca de nosotros mismos. Por ejemplo, un ego fuerte y una elevada autoestima casi siempre se relacionan con preferencias saludables, al tiempo que es igualmente probable que un ego maltrecho o frágil y que se subestima a sí mismo produzca predilecciones sexuales

fuertes y a veces peligrosas. Buen ejemplo de ello es la relación que la investigación encontró entre parto inducido y perversión sexual. La persona que extrae placer sexual atormentando a su compañero está desequilibrada en un sentido general; esto quedó confirmado por el hecho de que el parto inducido no sólo estaba en correlación con el sadismo sexual, sino también con la personalidad masoquista.

En este tipo de nacimiento, el parto se provoca mediante un derivado químico de la oxitocina que se aplica a la madre por vía intravenosa. Esta sustancia permite que el útero se contraiga y finalmente expulse al bebé. No obstante, si se detiene la aplicación de oxitocina sintética, las contracciones también suelen cesar, y el parto puede convertirse en una experiencia muy prolongada y frustrante.

Muchas mujeres que han vivido un nacimiento inducido (es importante destacar que la mayoría de los partos inducidos se practican por sugerencia o insistencia del obstetra) describen la experiencia como algo que «se les hace». Sienten que las contracciones no se originan en el interior, sino que son impuestas desde el exterior. En consecuencia, pierden el dominio de su cuerpo y les resulta más difícil empujar según el ritmo de sus contracciones. La mujer no está en armonía con su cuerpo, y en modo alguno lo está con el bebé.

El niño, que no está preparado para nacer, es expulsado del útero por sus contracciones, pero recibe muy poca ayuda de la madre si ésta no puede empujar durante sus contracciones o si lo hace en el intervalo entre una y otra. Además, puesto que la madre no puede empujar con la misma eficacia y dado que los partos inducidos suelen ser más prolongados que los espontáneos, finalmente suele traerse el bebé al mundo con fórceps.

Este tipo de nacimiento es el más insatisfactorio para la madre y el niño. El parto les ha sido impuesto, y ninguno de los dos está fisiológicamente preparado. No pudieron

trabajar juntos en el proceso del nacimiento, y mis descubrimientos parecen sustentar la opinión de que esta falta de armonía durante el parto puede retrasar o impedir el vínculo posterior madre-hijo y afectar el desarrollo de la personalidad del bebé.

El parto inducido también es negativo porque resulta físicamente peligroso. «Cada feto reacciona de una manera distinta», afirma el doctor Edward Bowe, director de clínica obstétrica en el Columbia Presbyterian Medical Center de Nueva York, y destacado experto en los tipos de oxitocina sintética que se utilizan corrientemente para inducir el parto. «No puedes prever quién despegará y lo hará bien y quién tendrá contracciones tetánicas (prolongadas), período durante el cual el feto puede sufrir lesiones cerebrales y tal vez morir a causa de la falta de oxígeno.»

Los riesgos que el doctor Bowe describe pueden explicarse asimismo los motivos por los cuales los sujetos de la investigación cuyos nacimientos habían sido provocados también presentaban un porcentaje superior de problemas de parto. Esto los situaba ante un peligro doble, porque un parto difícil —cualquiera que sea la razón— conlleva sus riesgos emocionales, físicos y sexuales específicos.

Numerosas madres experimentan poderosas sensaciones sexuales durante el parto, y muchos de sus hijos también viven momentos de intenso placer al atravesar el canal del nacimiento. Este es el primer contacto físico del niño (hay que recordar que en los nueve meses anteriores ha estado sumergido en un estanque protector de líquido amniótico) y ejerce en él una impresión indeleble.

De pronto, ahora, todo su cuerpo es empujado y froto. Su piel es directamente estimulada por primerísima vez. Experimenta dolor al mismo tiempo que vive esa estimulación. Las contracciones uterinas ejercen una gran presión sobre su cuerpo, sobre todo en la cabeza, el cuello y los hombros.

Esta combinación de sufrimientos y placer deja una marca imborrable en sus inclinaciones sexuales. En un sentido general, cuanto más placer experimente durante el nacimiento, más posibilidades tiene el niño de desarrollarse en el futuro, actitudes sexuales normales.

Si los datos de mi estudio constituyen una guía fiable —y creo que así es—, las experiencias natales desempeñan un papel primordial en la formación de las inclinaciones sexuales. Las caricias mutuas, los abrazos, los besos, los susurros y los murmullos comunes al sexo adulto tienen muchos paralelismos con el nacimiento y la posterior conducta vinculante.

Las cesáreas son un buen ejemplo de ello. Las caricias y masajes que el bebé recibe al atravesar el canal de nacimiento representan un primer encuentro con la sensualidad y, por muy difusos o poco enfocados que sean, la calidad de esa sensación deja una marca indeleble. Es, en un sentido muy real, precursora de la sexualidad adulta; también lo es, de manera distinta, su ausencia absoluta. Por ese motivo, los nacidos de cesárea tienen a menudo actitudes sexuales (e incluso físicas) notablemente distintas.

El nacimiento quirúrgico priva al niño de los placeres físicos y psicológicos que experimenta un infante nacido por vía vaginal. Extraído del útero de su madre en un quirófano, no recibe masajes ni caricias. Las sensaciones que el nacimiento suscita en él, a menudo emiten una nota disonante. En un sentido físico, el nacido por cesárea tiene problemas con el concepto del espacio. El conocimiento de sus proporciones corporales no le llega naturalmente. Parece ignorar dónde comienza o acaba físicamente, de modo que es propenso a ser torpe. Sexualmente, las consecuencias se manifiestan en un anhelo de contacto corporal. El nacido por cesárea exige —y ciertamente necesita— caricias y abrazos constantes. Dado el modo en que nació, no es difícil saber dónde se origina este anhelo de contactos amorosos.

El sufrimiento es el segundo elemento primordial de todos los nacimientos. Mezclado con el placer proporciona al infante un claro contraste. Ningún elemento de su experiencia lo ha preparado para el dolor y ansiedad que soporta al descender por el canal de nacimiento. A pesar de los mágicos interludios de placer, se siente sometido a un ataque activo. El legado de este recorrido —o sus contrastes desconcertantes y angustiosos— deja en todos nosotros una profunda huella. Nuestros símbolos religiosos y culturales más permanentes reflejan dicha influencia: tanto las distinciones entre el cielo y el infierno como la expulsión de Adán y Eva del Paraíso pueden interpretarse como parábolas del nacimiento, al igual que muchos de nuestros mitos más profundos. Nuestro modo de nacer puede influir incluso en nuestra manera de morir. Existe una extraordinaria semejanza en los relatos de personas que han estado clínicamente muertas durante un breve período. El autor científico Carl Sagan opina que esta semejanza podría ser, en realidad, un reflejo de la experiencia natal común a todos.

Sexualmente, dichos contrastes dejan huellas en forma de ambivalencia. Los hombres la expresan de una manera y las mujeres de otra, y algunos la sentimos más agudamente que otros, ya que la proporción de dolor y placer del equilibrio natal varía de una persona a otra. En su raíz se encuentra un deseo subconsciente de volver a experimentar la alegría y la serenidad, el lugar seguro que poseímos en el útero. En el caso de los hombres, este anhelo suele expresarse mediante una promiscuidad carente de sentido. Las incesantes conquistas sexuales son, en realidad, intentos velados de reingresar en el útero y recuperar la serenidad perdida. Dado que por su misma naturaleza, ésta es una meta imposible de alcanzar, resulta inevitable que cada encuentro sexual compulsivamente repetido acabe en una decepción.

Aunque, en apariencia, semejante a la promiscuidad, en

las mujeres el deseo de entrar en el útero adopta la forma totalmente distinta de abrazos y caricias. Puesto que, en general, éstos sólo son accesibles como parte del intercambio sexual, muchas mujeres —sobre todo las solteras— se tornan promiscuas para lograr ser sostenidas en brazos, tal como anhelan. La intensidad de dicho deseo varía enormemente, al igual que el equilibrio del nacimiento. Algunas mujeres no lo sienten de manera directa, y en otras, el anhelo de ser sostenidas en brazos y mecidas delicadamente es casi palpable. Hace algunos años, una joven describió este deseo a Marc Hollander, psiquiatra, con las palabras siguientes: «Una especie de dolor... no se parece al anhelo emocional hacia alguna persona que no está presente; es una sensación física.» El doctor Hollander la entrevistó como parte de un estudio sobre las mujeres y el deseo de ser sostenidas en brazos, y sus resultados ilustran lo profunda que es esta necesidad... y, en consecuencia, la influencia del nacimiento. De las 39 mujeres, poco más de la mitad (21) le dijo que había recurrido al sexo para atraer al hombre con el propósito de que la sostuviera en brazos. La mayoría de las mujeres pedían primero ser abrazadas; no obstante, los hombres querían sexo, de modo que, para conseguir lo primero, las mujeres tenían que acceder a lo segundo.

Otro estudio muy distinto muestra los extremos a los que pueden llegar algunas mujeres con tal de satisfacer su anhelo de ser sostenidas en brazos. El tema era el embarazo fuera del matrimonio. La pregunta sometida a estudio era la siguiente: ¿Por qué determinadas mujeres que dan repetidas veces embarazadas fuera del matrimonio? Los investigadores esperaban oír una sucesión de completas razones emocionales, pero el motivo que se repetía era el deseo de ser sostenidas en brazos. De las 20 entrevistadas —todas las cuales tenían tres o más embarazos fuera del matrimonio—, 6 dijeron que el coito era el precio que pagaban voluntariamente con tal de ser sostenidas en brazos.

La mayoría describieron la cópula como algo que «meramente había que tolerar».

La cólera es otro legado natal compartido por todos. Un principio psicológico ampliamente aceptado sostiene que el dolor provoca cólera y, como los mejores nacimientos suponen dolor, es inevitable que a todos nos quede un residuo subconsciente de cólera primaria. Se trata de algo absolutamente normal. Sólo surge el peligro cuando dicho residuo es amplio y no se expresa. Puede deberse a un nacimiento en extremo doloroso, aunque un parto relativamente normal puede provocar furia en el infante si el dolor le confirma lo que ya ha comenzado a percibir en el útero: que su madre es rechazadora o ambivalente. Eso fue lo que le ocurrió a Kristina, que rechazó el pecho materno. Para ella y los niños como ella, las profundas experiencias del parto inclinan el equilibrio natal hacia el dolor. A menudo suelen ser irreductiblemente coléricos y, puesto que carecen de una salida aceptable, frecuentemente vuelven la ira contra sí mismos. Fenómeno psicológico corriente, la cólera no expresada da cuenta de una serie de problemas emocionales, entre ellos enfermedades psicosomáticas, como las úlceras y la aun más común depresión.

Aunque una serie de factores, incluidos los psicológicos, pueden ocultarse tras la depresión, la cólera primaria desempeña con frecuencia un papel central. Un ejemplo lo constituye un hombre al que llamaré Ian, cuyo caso fue presentado en una reunión reciente de la Asociación Psiquiátrica Americana. Ian era un depresivo crónico grave. Ante un grupo de colegas, su médico explicó que, sometido a hipnosis, Ian dijo que se sentía como si lo sujetaran y lo bajaran en un ascensor y que esto le llevaba a sentirse alternativamente colérico y deprimido. Al analizar luego la imagen, Ian y el médico llegaron a la conclusión de que el movimiento rítmico y palpitante del ascensor simbolizaba la cópula. Pero Ian no quiso seguir

hablando. Tampoco pudo explicar la ira y depresión alternativas que sentía al pensar meramente en la experiencia hipnótica.

Ian se presentó con las respuestas en la sesión siguiente. Explicó que no sabía exactamente a qué se debía, pero que algo de la imagen del ascensor —quizá la cólera— se relacionaba con su madre. Nunca se había llevado bien con ella, y al pensar en la imagen y las emociones que ésta desencadenaba, comenzó a sospechar que estaba relacionada con sus sentimientos hacia ella. En consecuencia, la telefoneó y, sin reflexionar, le preguntó si había tenido relaciones sexuales con su padre mientras estaba embarazada de él. Tras una breve vacilación, ella replicó: «Sí, poco antes de que nacieras.» Insistió en que no había tenido la culpa y en que, una noche, su padre había vuelto borracho y la había obligado a copular. El psiquiatra de Ian comentó: «Al escuchar ese relato me sentí un poco como Newton viendo caer la manzana. Repentinamente, todo estaba en su sitio.» Creo que lo mismo le habría ocurrido hasta al más escéptico de los psiquiatras. Hasta el día en que desentrañó su origen, Ian había interiorizado la cólera hacia su madre por su «traición», hecho que explicaba su profunda y prolongada depresión.

Es posible que todavía no comprendamos del todo la razón de que emociones tan primarias, como la cólera y la ambivalencia, se incorporen a los trastornos psiquiátricos infantiles y adultos; ahora bien, en el momento que despleguemos las interrelaciones entre emociones primarias relacionadas con el nacimiento y las características posteriores de la personalidad adulta, se harán evidentes más conexiones entre ellos. Por ejemplo, entre mis pacientes he percibido una correlación entre trastornos alimentarios —incluida la obesidad— y nacimiento y los hechos inmediatamente posteriores a éste.

Desde el principio, los alimentos tienen para nosotros importantes significados psicológicos. Algunos los utili-

zamos como sustitutos del sexo, otros del amor y un tercer grupo para ayudar a mantener las frustraciones a raya. Este proceso se inicia con el recién nacido. La frecuencia con que se le alimenta, la calidad de los alimentos y el cuidado con que se le da de comer adquieren significados que influirán en su actitud posterior hacia la comida. Por ejemplo, si la madre se siente bien con respecto a sí misma y a su hijo y si tiene recuerdos alegres (conscientes e inconscientes) sobre su propia relación primaria con su madre, probablemente indica que su hijo desarrollará una actitud sana y equilibrada hacia la comida. El amamantamiento no produce milagrosamente esta actitud. Si hace que la mujer se sienta incómoda o si el alcohol y el tabaco contaminan su leche, es probable que el niño se forme una opinión totalmente distinta. Al darse cuenta de que no puede confiar en la proveedora de sus alimentos ni en la calidad de éstos, no es raro que inconscientemente llegue a asociarlos con sentimientos negativos, hecho que, de adulto, puede llevarle a sufrir una serie de perturbaciones de la alimentación.

Un corte artificialmente brusco del vínculo alimentario madre también puede provocar problemas más adelante. Puesto que, en la mente del niño, la comida está relacionada con el afecto, la seguridad y la tranquilidad, para él representa una fuente de magia emocional específica cargada de connotaciones ricas y nutritivas. Cuando desaparece de manera brusca porque la madre está demasiado enferma u ocupada para seguir alimentándole, el niño quedará visible y profundamente afligido. Quizás pase el resto de su vida intentando recuperar ese amor perdido con un tenedor y un cuchillo.

Desde luego, esto no es inevitable, porque ningún incidente aislado, por muy importante que sea, nos forma de manera irrevocable. Seguimos cambiando y creciendo a medida que avanzamos por la vida. Sin embargo, acontecimientos como el nacimiento y el destete —que hasta ahora

fueron considerados como fenómenos fisiológicos «objetivos»— producen efectos definidos e impredecibles en la personalidad del niño. Debemos aprender a aprovechar al máximo esas oportunidades.

Capítulo VII

LA CELEBRACIÓN DE LA MATERNIDAD

Últimamente se han escrito muchos comentarios inobjetables sobre la mecanización del parto y con razones justificadas. La transformación de lo que debería ser un momento profundamente humano en una celebración de la tecnología médica es degradante y, en muchos casos, contraproducente. Investigaciones y análisis estadísticos recientes no dejan dudas al respecto. En mi opinión, una de las críticas más devastadoras al modo de traer actualmente niños al mundo es el espantoso relato que la doctora Michelle Harrison hizo de un parto que una noche presencié como médica residente en un pequeño hospital de los suburbios de Nueva Jersey. El hecho de que la sala de partos estuviera en Nueva Jersey es accesorio. Con la misma facilidad podía estar en cualquier otro hospital norteamericano... o francés, alemán, inglés, canadiense o italiano, y es esto lo que hace que sea tan convincente el relato de la doctora Harrison.

Escribió: «Cuando llegué, la parturienta... estaba bastante bien en la sala de partos, empujaba suavemente y se quejaba, pero no gritaba... Hacía ya muchas horas que había comenzado a parir, lo estaba haciendo sola y pensé que lo que faltaba le gustaría... Me puse la bata y los guantes y después la examiné. La dilatación era completa y pronto daría a luz. La cubrí... En ese momento llegó el anestesista -un joven arrogante- y se sentó a la cabecera de la partu-

riente. Le colocó una mascarilla sobre el rostro y le dijo que respirara profundamente. Le aseguró que todo estaba a punto de terminar. Sólo le faltaban dos o tres contracciones. Pregunté al anestesista qué le estaba aplicando. Ignoró mi pregunta... Unos minutos después decidió responder, pero no entendí lo que masculó. De todos modos, no tuvo importancia porque en ese instante llegó el obstetra. El anestesista adormeció aun más a la mujer mientras esperaba que el obstetra se lavara y vistiera... Éste entró e ignoró mi presencia. El obstetra y el anestesista comenzaron a hablar entre sí. Ahora, la paciente se atragantaba a causa de las cánulas que tenía en la garganta. El parto se había interrumpido; habían inclinado la mesa para que el obstetra pudiera mirar a través de los labios dilatados. A continuación, ambos hablaron con desdén. El anestesista comentaba, colérico, que la mujer tenía arcadas y el obstetra decía que ella había dejado de ayudarlos, ya no empujaba y su útero no se contraía. Desenvolvieron los fórceps, los aplicaron y, con una anestesia aun mayor, el infante fue retirado del útero de su madre con las abrazaderas de acero alrededor de la cabeza. El niño estaba azul y apático, pero se recuperó pronto mediante oxígeno y algunas palmadas.

»El obstetra y el anestesista siguieron charlando mientras se suturaba a la paciente. Hablaron de compañeros, de Puerto Rico, de las vacaciones, del tiempo, etc. El acontecimiento del nacimiento se perdió en beneficio de... la charla masculina de café.»

Evidentemente, éste no es el mejor modo de traer a un niño al mundo ni de tratar a una mujer adulta. La obstetricia moderna puede y debe hacer las cosas mejor. La revolución provocada por la psicología prenatal ha puesto a nuestro alcance un nuevo derecho de nacimiento para nuestros hijos, derecho que puede significar una enorme diferencia para ellos, para nosotros sus padres y, en última instancia, para la sociedad. Disponemos de los conoci-

mientos y de la comprensión: ahora, lo que necesitamos es aplicarlos.

Puesto que todo lo que la mujer piensa, siente, dice y espera influye en su hijo intrauterino, el tipo de asistencia prenatal que recibe y las posibilidades de parto que se le ofrecen deben reflejar este hecho. No estoy diciendo que exista un tipo de parto mejor que los demás; lo que funciona maravillosamente bien para una mujer quizá no sirva para otra. Las diversas posibilidades que se le ofrecen a la gestante deben ser, sin excepción, humanas, eficaces, seguras, significativas y adecuadas. El nacimiento es la celebración de la vida y la esperanza, no un estado de enfermedad patológica. En consecuencia, la obstetricia moderna debe retornar a sus fundamentos: a «coger el bebé» y no a la cirugía, a tratar a las embarazadas como personas y no como «pacientes». Debe dar voz a la mujer y a su familia en todas las decisiones relativas al parto. Pese a que ocurre tan a menudo, es poco escrupuloso ignorar los deseos y anhelos de la embarazada. Ella se ha ganado los triunfos emocionales del embarazo y tiene todo el derecho del mundo a disfrutar de esa parte vital e integral de su fe-minidad. El obstetra no debe negársela haciendo de Dios.

Como pone perturbadoramente de relieve el relato de la doctora Harrison, muchos obstetras no están dispuestos a compartir con la madre la responsabilidad del parto. En la facultad de medicina les enseñaron que el nacimiento es, sobre todo, un problema de ingeniería, y parecen decididos —al margen de los deseos de sus pacientes o de lo que demuestran las nuevas investigaciones— a seguir tratándolo de ese modo. Afortunadamente existen algunas excepciones y, a pesar de que todavía no son numerosas, sus partidarios aumentan. También aumenta la cantidad de nuevos enfoques y programas centrados en la familia que pueden ayudar a profundizar y enriquecer el significado del embarazo y el parto. De todos modos, no existe una sola técnica —al margen de lo que puedan decir sus partida-

rios— que sea adecuada para todos. El obstetra, los amigos y los familiares pueden dar consejos y guías para la elección, pero, en última instancia, son únicamente los padres quienes han de tomar las decisiones. Elegir entre diversas posibilidades no sólo les proporciona serenidad, sino que también confiere el tipo de tranquilidad que los beneficia tanto a ellos como a su hijo.

Esto no significa que las ocasionales punzadas de ansiedad dejarán de existir. Ni siquiera el mejor programa prenatal acalla todas las dudas. Éstas son parte normal de todo embarazo, y la mujer no sería humana si no abrigara algunas. Los temores sobre las marcas del embarazo, su figura o cómo soportará los dolores del parto pueden aliviarse hablando con el obstetra, la comadrona, los amigos o el asesor prenatal. El hecho de saber que esa preocupación es universalmente compartida proporciona por sí mismo cierto alivio. Lo mismo ocurre con la familiaridad: la sala de partos no resultará tan intimidante e imponente si se la ha visitado antes, ni tampoco los médicos y enfermeras de la planta de obstetricia si la mujer ha tenido ocasión de conocerlos antes del gran día.

Una cierta perspectiva también ayuda, sobre todo en lo referente a los efectos del embarazo en el cuerpo. Como madre de cuatro hijos, Sheila Kitzinger —antropóloga y asesora prenatal inglesa— tiene algunos conocimientos de primera mano sobre esta cuestión. A pesar de todo, siempre se sorprende de los resultados cada vez que pide a sus alumnas de los cursos prenatales que se dibujen a sí mismas embarazadas. Hasta las madres más felices y exuberantes se ven y se dibujan como seres regordetes y poco atractivos. (El hecho de que la mayoría de las embarazadas comprendan que su situación es transitoria las distingue de las madres de alto riesgo, que están convencidas de que se volverán definitivamente poco atractivas. Más adelante me referiré a esta cuestión.) Como señala correctamente la Dra. Kitzinger, ésta es una opinión que pocos hombres

comparten. La fascinación del cuerpo de las gestantes, con sus líneas llenas y sueltas, proporciona a muchos hombres una sensación de verdadero placer sexual, y las mujeres deberían ser conscientes de este hecho.

A veces, cosas en las cuales normalmente no se piensa —por ejemplo, el espacio donde se vive— también pueden crear ansiedad. Un estudio demostró que la vivienda estrecha agriaba significativamente los sentimientos hacia el embarazo; cuanto mayor era el espacio del que marido y mujer disponían, más felices se sentían respecto al embarazo. Las parejas que vivían en casas se sentían mejor que las que ocupaban apartamentos. Lógicamente, un modo de resolver este asunto consiste en hacer que la vivienda que se ocupa se torne más amplia. Otro reside en mudarse. El mejor momento para hacerlo es antes de quedar embarazada; ahora bien, si esto no es posible, un buen camino consiste en tratar de encontrar una casa o un apartamento mayor en la misma zona. Como ya hemos visto, la mudanza durante el embarazo plantea algunos riesgos; sin embargo, existen pruebas de que lo que trastorna a las mujeres no es la mudanza en sí, sino el traslado a una localidad totalmente nueva.

El trabajo también afecta la percepción que la mujer tiene del embarazo. He descubierto que las mujeres que constituyen el único medio de apoyo económico de su familia, a menudo son las que peor se adaptan al embarazo. En un estudio dirigido por el Dr. Helmut Lukesch, frecuentemente dichas mujeres eran las más coléricas y resentidas, hecho que resulta comprensible. De todos modos, en un sentido general, trabajar en casa, trabajar en un despacho o no trabajar no viene al caso. Lo importante es el sentimiento de realización y valía que la mujer extrae de su trabajo, ya que lo que siente acerca de sí misma influirá en lo que siente respecto a su hijo no nacido.

En última instancia, la mujer normal y adaptada que se siente bien con respecto al embarazo hará sin sobresaltos la

transición a la maternidad, tal como lleva a cabo todas las demás transiciones críticas de su vida. Las mujeres (y los niños) que corren peligro son quienes ingresan en la gestación sumidas ya en una confusión emocional, y lamentablemente muchas pasan inadvertidas y no reciben ayuda. En la mayoría de los centros, el análisis psicológico todavía no es un elemento rutinario de la asistencia prenatal. Además, muchos obstetras, comadronas y consejeros prenatales aún no son sensibles a los aspectos psicossomáticos del embarazo. La alimentación, el peso, los latidos cardiacos y la tensión sanguínea de la gestante se controlan minuciosamente, pero casi nunca se ocupan de su pique. A menos que la aflicción sea tan notoria que los que la rodean no puedan pasarla por alto, es poco probable que la mujer sea derivada para recibir ayuda psicológica.

Dado que es inevitable, esto significa que un elevado porcentaje de mujeres que podrían beneficiarse significativamente del asesoramiento, nunca lo reciben. Las consecuencias de esta deficiencia saltan a la vista: en los estudios sobre la tensión y en los relativos al embarazo y las complicaciones del nacimiento. Para ser justo, he de agregar que muchas madres que corren un alto riesgo emocional parecen totalmente normales; de hecho, muchas eran normales hasta que el embarazo encendió algún conflicto psicológico latente establecido mucho tiempo atrás. La mujer llega al embarazo con una historia dada, un ego formado y un practicado estilo para hacer frente a la realidad. Si su ego es amenazado de un modo imprevisto o su estilo de hacer frente a la realidad se derrumba a causa de las presiones emocionales del embarazo, surge el peligro... y en ese momento, por su bien, y aun más por el de su hijo, debe buscar ayuda.

La mujer de alto riesgo emocional suele corresponder a una de tres categorías. La primera —y probablemente la más corriente— es la mujer atrapada en una relación insatisfactoria. El embarazo suele delinear con impresionante

claridad los parámetros del matrimonio. De pronto, las pequeñas grietas y fisuras que podían ignorarse sin riesgos resultan imponentes. Surgen dudas enterradas desde hacía mucho: ¿qué tipo de madre será? ¿Puedo confiar en él? ¿Quiere ser padre? Las parejas descubren que se hacen nuevas preguntas acerca de sí mismos y del otro, y si las respuestas no son satisfactorias, la relación puede deteriorarse a pasos agigantados... con gravísimas consecuencias para el hijo no nacido. El mejor momento para plantearse estas preguntas es *antes* del embarazo; mas, en el caso de que surgieran durante la gestación, la pareja debe buscar inmediatamente algún tipo de asesoramiento matrimonial.

Otra relación significativa de la vida de una mujer que también puede afectar su embarazo y parto es la que ha tenido con su madre. La niña aprende su primera lección sobre la maternidad de su propia madre. Ella es el modelo inicial y más influyente de su hija. Si se trata de una madre fuerte y sustentadora, es probable que su hija también lo sea. Si no es así y se siente incómoda, ansiosa o incapaz en este papel, su hija corre un riesgo mayor de sentir lo mismo al quedar embarazada, y esto puede desembocar en graves problemas físicos y emocionales. Un reciente estudio sueco llegó a la conclusión de que aquellas a las que llamaré «hijas desdichadas» tenían una tasa de complicaciones del embarazo y el parto sensiblemente superior a la de las hijas felices.

Desde luego, muchas mujeres que se relacionaron mal con sus madres tienen embarazos normales y se convierten en madres felices y seguras de sí mismas. No obstante, lo que esta historia hace es plantear el riesgo de incurrir en complicaciones obstétricas; por ese motivo, estas mujeres deberían tratar de resolver sus conflictos antes de quedar embarazadas.

En último término está la mujer acosada por temores y ansiedades extraordinariamente intensos y enfermiza-

mente específicos. Sus preocupaciones no son azarosas ni se acallan fácilmente. En un estudio tras otro, ella es la muestra el mayor grado de temor y dependencia. Está a merced de su marido, su obstetra, su madre, sus amigos. Al parecer es incapaz de tomar sola una decisión, por muy simple que sea. A menudo, sus temores son desesperadamente irracionales. Ante todo, está preocupada por la forma en que el embarazo influye en su aspecto. No se trata de una preocupación casual o pasajera, sino de algo cercano a la obsesión: cada marca del embarazo se convierte en un presagio de desastre; nunca volverá a ser delgada o atractiva; el embarazo ha estropeado definitivamente su belleza. Su otra obsesión tiene que ver con la salud de su hijo: sin la menor prueba médica, está convencida de que el niño nacerá deforme o con lesiones irreversibles.

Estos sentimientos pueden desencadenar un amplio abanico de problemas potencialmente peligrosos. Un investigador descubrió, por ejemplo, que dichas mujeres suelen tener dificultades para vincularse con sus hijos después del parto. Un reciente informe de la Universidad de Carolina del Norte muestra que también corren un riesgo materialmente superior de complicaciones durante el alumbramiento. Las mujeres de este estudio que tenían los partos más prolongados, la mayor cantidad de alumbramientos con fórceps y que daban a luz a niños con las más bajas puntuaciones del Apgar¹ también alcanzaban las puntuaciones más altas en las pruebas sobre dependencia, miedos acerca de sí mismas y temores por el bebé.

Como ya he dicho, la palabra clave con respecto a estas ansiedades es *intensidad*. Una cosa es dejarse consumir por estos temores —situación que un terapeuta puede ayudar a

1. El Apgar se basa en cinco pruebas que se realizan de uno a cinco minutos después del parto. Mide el pulso, la respiración, el tono muscular, la irritabilidad refleja y el color (de azul a rosa) del recién nacido. Una puntuación de 7 o superior se considera buena, de 4 a 6 solo razonable, e inferior a 3 tan baja que se hace necesaria la reanimación.

resolver— y otra muy distinta estar sinceramente preocupada por el «yo» de una y por su hijo. Un médico sensible y comprensivo puede ayudar a la mujer a resolver estas complicaciones. Junto al marido, él es la figura más crítica del embarazo. Recuérdesse la escena en la sala de partos que la Dra. Harrison describió al principio de este capítulo. No fue el azar lo que interrumpió el parto de aquella joven madre. Atada a la mesa de partos y en medio de un alumbramiento doloroso, resultaba vulnerable cuando entró el obstetra. Si la actitud de éste hubiese sido más humana, el resto del parto habría continuado tan afablemente como suponía la Dra. Harrison un rato antes.

La persona que asiste en el parto y lo que la mujer siente por ella representa dicha diferencia, diferencia que debe explorarse de antemano con todo cuidado. El primer paso para hacer una elección consiste en decir quién es más adecuado: un médico de cabecera, un obstetra o una comadrona. En el caso de la mujer de alto riesgo físico, la decisión ya está tomada. Su enfermedad o la de su hijo exigen la asistencia de un obstetra. La mujer que se siente incómoda sin la asistencia del médico o que considera que un parto sin éste equivale a una atención de segunda clase también se sentirá mejor contando con un facultativo. La serenidad que la presencia de un médico le proporcionará podría ser importante para ella más adelante, durante el embarazo y el parto.

El mejor modo de encontrar un médico compatible es a través de las amigas que han dado a luz hace poco. Ellas podrán proporcionar los detalles mínimos pero importantes sobre su personalidad y su filosofía que no figuran en las recomendaciones que hacen los hospitales y las sociedades médicas locales. El paso siguiente es una entrevista personal, y es mejor entrevistar a varios médicos antes de tomar una decisión definitiva. Hay que ser directo y no dejarse intimidar por la figura de bata blanca sen-

tada al otro lado del escritorio. Recuérdese que la interesada es —o debería ser— quien toma las decisiones definitivas.

Tiene que preguntarle acerca de su posición ante el nacimiento. ¿Quién traerá al mundo al bebé, el médico o ella? Averiguar también qué tipo de parto prefiere hacer. ¿Asistirá el médico un parto natural o sólo los prescritos? Pregunte cuáles son sus reglas (y las del hospital) sobre el control fetal, el aparato de ultrasonido, la anestesia, la episiotomía, el afeitado y el empleo de enemas. ¿Permitirán que el marido esté en la sala de partos y que el bebé se quede con ella después de nacer? En el caso de que el niño naciera prematuro o enfermo, ¿podría visitarle en la unidad pediátrica de cuidados intensivos del hospital? La manera de responder a estas preguntas es tan importante como las respuestas propiamente dichas. Hay que sentirse cómodo con el estilo del propio especialista y, lo que es más importante, se debe confiar en él/ella. Por muy atractiva o grande que sea su fama, si el médico no despierta en la mujer una sensación de confianza, no tiene que utilizarlo como asistente para el parto.

Lo mismo se aplica a las comadronas. Aunque posean una larga y venerable historia, sólo desde finales de los años sesenta han vuelto a ingresar en la práctica médica en una proporción significativa. Es precisamente esta novedad la que puede hacer que algunas mujeres se intranquilen. Yo creo que la comadrona ofrece algunas ventajas importantes. En primer lugar, es posible que su criterio con respecto al parto sea más comprensivo y humanista. A diferencia del médico, cuya orientación hacia la enfermedad le enseña a ver el parto como un estado potencialmente patológico, los estudios de la comadrona la llevan a considerarlo como un hecho biológico normal.

Además, ella es especialista en partos naturales, y los métodos que utiliza reflejan este hecho. La episiotomía, el control fetal, los preparativos y todos los elementos co-

rrientes de un nacimiento médico suelen estar ausentes en los partos asistidos por comadronas. Su orientación hace que sea más receptiva a las innovaciones. Generalmente, se siente igual de cómoda con el método de Bradley que con el Lamaze, y le da lo mismo asistir a la futura madre en una habitación para parturientas o en una maternidad que en la sala de partos de un hospital. Otra de las ventajas es su accesibilidad. Tiene más tiempo para responder a preguntas y en general le interesa de verdad apoyar emocionalmente a su paciente. Una joven a la que llamaré Marsha puede confirmar lo que digo. Su primer hijo fue traído al mundo por un obstetra y el segundo por una comadrona. Marsha dijo que la comadrona supuso una gran diferencia. «Hacia el final del parto, mientras empujaba, ella se me acercó y me dijo: “Ayuda a salir a tu bebé.” Utilizó la palabra “bebé” y la repitió varias veces. El doctor sólo había dicho: “Empuja, sigue empujando.” Todo resultaba muy mecánico. La palabra “bebé” lo volvió real. Me recordó que no estaba empujando como ejercicio abstracto. Había un bebé de carne y hueso que intentaba salir.» La comadrona confiere más sensibilidad a su tarea, y esto es especialmente cierto en cuanto a la enfermera-comadrona. Para asistir a los cursos de enfermera-comadrona, una mujer debe ser enfermera colegiada y tener al menos un año de experiencia en salud pública, así como un año de práctica hospitalaria con pacientes internados. En general, los cursos duran de dieciocho meses a dos años; durante ese período, la comadrona participará normalmente en más de un centenar de partos. Si lo sumamos a los partos que asiste en cuanto se ha graduado, a menudo tiene tanta o más experiencia que un ajetreado obstetra para hacerse cargo de un embarazo normal.

Otras de las elecciones importantes que la mujer ha de hacer al principio del embarazo es cómo parirá a su hijo. Cuando, en los inicios de la década de los sesenta, yo era médico residente en Harvard, sólo existían fundamen-

mente dos opciones de parto: vaginal o por cesárea, ambos médicos. Todos los nacimientos tenían lugar en el hospital. Afortunadamente, esto ya no es así. Las mujeres que alcanzan la mayoría de edad a fines de los sesenta y principios de los setenta ingresaron en sus años fértiles con ideas muy claras acerca del significado del nacimiento y de quiénes debían ser sus principales beneficiarios. En la mayoría de los casos han logrado imponer sus ideas sobre obstetricia. Hoy se dispone fácilmente de varios tipos de preparaciones para el parto natural y de una amplia variedad de opciones de parto.

Como ya he dicho, no discuto el empleo de los partos médicos o por cesárea para la madre o el niño con alto riesgo físico. Sin embargo, para los partos normales, estoy firmemente a favor de algún tipo de nacimiento natural. Déjese el control en manos de aquellos a quienes corresponde: la mujer y su marido. La escala es humana y no está presente ninguno de los excesos técnicos que a menudo acompañan a un nacimiento médico. Y lo que es más importante aún, se da al niño una delicada y graciosa entrada al mundo. Dado todo lo que recientemente hemos aprendido sobre la importancia psicológica del nacimiento, este hecho basta para que el parto natural valga la pena.

Tan importante como el tipo de parto que una mujer escoge es la forma mental y física en que se prepara, y el mejor sitio para obtener una preparación correcta es un curso prenatal. No sólo instruye sobre el embarazo, el parto, el nacimiento y los cuidados del niño, sino que también actúan como una especie de familia ampliada donde los futuros padres pueden conocerse y compartir anhelos, temores y expectativas. Hay que escoger cuidadosamente las clases. Los diversos programas prenatales tienen su propia filosofía sobre el parto.

Por ejemplo, la mujer que desea un parto estructurado se sentirá, probablemente, muy cómoda con el método de Lamaze. Su hincapié en la disciplina y la maestría son ade-

cuados para alguien que quiere dominar la situación. De hecho, la mujer ideal para el Lamaze es como una atleta magníficamente entrenada que se ha disciplinado para actuar incluso sometida a intensas presiones. Esta analogía no es infundada. La gestante se entrena con el rigor y la dedicación de una atleta y enfoca el parto como si se tratara de un acontecimiento olímpico que está decidida a ganar (en su caso, ganar significa que no se le aplique ninguna droga, estar consciente y desempeñar un papel activo en el parto). Las clases recalcan el dominio de sentimientos como el miedo o el dolor, que podrían interponerse en la trayectoria de ese objetivo. La mujer que practica el Lamaze es adiestrada para manejar esos sentimientos de modo ordenado y disciplinado. Aprende a aliviar el dolor de las contracciones relajando los músculos a voluntad, a desviar la atención mediante ejercicios respiratorios, y a marcar el ritmo del parto frenándose psicológica y físicamente.

Debe conseguir la ayuda de otra persona —a ser posible su marido— para que la apoye en la consecución de su objetivo, una persona que asista a las clases con ella y que, durante el parto, actúe como su entrenador emocional. Por ejemplo, en los últimos momentos del parto, él asume el mando del paso del bebé por el canal de nacimiento y avisa a su esposa en qué momento debe empujar y cuándo ha de relajarse.

Otra forma popular de preparativo para el parto es el método Bradley. El acento se pone en que todos —madre, padre, bebé y médico— cumplan su cometido. Una de las películas instructivas del Bradley, *Happy Birth-Day*, recoge finalmente este espíritu. Presenta una bulliciosa banda sonora, a una resplandeciente madre como estrella y un reparto secundario de personas que usan camisetas; el médico queda identificado por la suya como «cogedor del bebé», y en la del padre se lee «entrenador». Las clases prepartatorias del Bradley recalcan la importancia de lo sensi-

ble más que de lo físico. Se estimula a maridos y esposas a que discutan abiertamente en clase sus problemas maritales y sexuales y a que hablen de sus expectativas ante la paternidad y cómo se ven a sí mismos en estos nuevos papeles. Se subraya enormemente la alimentación. Se enseñan algunos ejercicios pelvianos y abdominales, si bien, a diferencia del Lamaze, el Bradley no pone el acento en un riguroso condicionamiento físico o mental. El mejor modo de describir esta técnica es llamarla «relajada». Se aconseja a las mujeres que permanezcan emocionalmente abiertas durante el parto, a fin de expresar y aceptar lo que sienten en lugar de intentar intelectualizarlo y dominarlo.

Todo esto convierte el Bradley en un método singular y, en muchos sentidos, ideal para tener un hijo. Sin embargo, al igual que el Lamaze, no es adecuado para todas las gestantes, incluidas algunas primerizas. El Bradley deja a la mujer muy librada a sus propias decisiones durante el alumbramiento. Al no saber cómo reaccionará cuando esté realmente de parto, la primeriza podría asustarse un poco ante esa falta de estructuración. Candidata más lógica es la mujer que desea fijar sus propios objetivos respecto al parto, pero que, al haber tenido ya un hijo, está lo bastante segura de sus reacciones durante el parto como para volver a su favor la libertad que ofrece el Bradley.

La última de las tres grandes formas de parto natural, la técnica de Dick-Read, también es la más antigua. Modificada considerablemente desde que fue presentada a fines de los años cuarenta, sigue siendo la menos ideológica y la más sencilla. Totalmente práctica, no posee en absoluto el *élan* del Lamaze ni la calidad abierta y relajada del Bradley. Los partidarios de la técnica de Dick-Read gustan de considerarse prácticos y dan muchísima importancia al valor de la educación y a su capacidad para desterrar los temores y tensiones que provocan muchos de los dolores del parto. Los cursos de la técnica de Dick-Read enseñan habilidades para hacer frente a la realidad, como ejercicios

respiratorios, si bien la prioridad recae en la preparación. Las mujeres aprenden qué pueden esperar durante el parto, cómo ayudarse a sí mismas y cómo aceptar el apoyo de otros. El Dick-Read también recalca lo que sucede después del parto; a menudo, las parejas aprenden sobre los problemas y retos de la paternidad tanto como sobre el parto. En resumen, plantea un enfoque pragmático, sensato y no enjuiciador del nacimiento. La técnica de Dick-Read no exige el mismo grado de compromiso personal que otros tipos de adiestramiento. Creo que a la mujer que le guste explorar la idea del nacimiento natural en un entorno no dogmático encontrará en sus clases un buen punto de partida.

A pesar de todas sus diferencias, lo único que el Lamaze y el Bradley comparten con el Dick-Read es una visión del parto no limitada de antemano. La mujer tiene la libertad de elegir el método LeBoyer, o lo que se ha dado en llamar un «parto convencional delicado», una especie de híbrido que combina aspectos de los partos natural y médico. Cualquiera de los dos funciona con los tres tipos de preparación; de ambos, tal vez el LeBoyer sea el más popular —aunque no entre los obstetras— y sin duda el más conocido. En los últimos años, en cada revista que leo aparece un artículo sobre cómo modificó los nacimientos.

En pocas palabras, un parto LeBoyer se caracteriza por luces suaves, contacto de piel inmediato entre la madre y el recién nacido, demora en el corte del cordón umbilical y masajes y baño del infante por parte de su padre. Los partidarios del LeBoyer afirman que este tipo de «trato suave» permite que la llegada del niño al mundo sea lo más positiva y enriquecedora posible. Aunque estoy de acuerdo en que es así, creo que los beneficios no corresponden tanto a los «efectos especiales» del LeBoyer como el hecho de que el parto es natural y compasivo, de que la madre está entusiasmada y de que permite que los progenitores comiencen a vincularse inmediatamente con el recién nacido.

Como demuestran los resultados de un reciente estudio canadiense, otros tipos de parto natural también pueden ofrecer estos tres factores. Tras la publicación del libro del Dr. LeBoyer, *El nacimiento sin violencia*, súbitamente el obstetra Murray Enkin se vio acosado de peticiones de sus pacientes para hacer partos del tipo LeBoyer. Sin embargo, en ese momento, el método todavía no estaba comprobado de manera científica. Por eso decidió llevar a cabo su propio estudio con la ayuda de varios colegas y de sus pacientes (elegidas porque se esperaba que tendrían partos sin complicaciones).

Seleccionó al azar un grupo de mujeres que darían a luz según el método de LeBoyer. Otro grupo dio a luz según un método convencional delicado cuya mejor descripción consiste en decir que es como el LeBoyer, pero sin los adornos: el niño nace naturalmente y sin drogas, mas las luces no se suavizan, el cordón umbilical se le sujeta un poco antes y no se le baña ni se le masaja; tampoco tiene contacto de piel inmediato con su madre. Al analizar los resultados, el Dr. Enkin comprobó que, salvo una notable excepción, no existían diferencias significativas en los resultados de los dos grupos. Las mujeres de ambos grupos habían tenido prácticamente el mismo porcentaje de complicaciones, que, dicho sea de paso, era bajo, y existían las mismas posibilidades de que pidieran un anestésico para aliviar los dolores del parto. La única excepción fue la primera etapa, mucho más corta, del período de parto de las madres que emplearon el método de LeBoyer, hecho que el Dr. Enkin considera que no se debió al método de alumbramiento, sino al entusiasmo de las mujeres por éste.

Tampoco surgieron diferencias importantes entre sus hijos.

Al principio, los bebés de LeBoyer eran ligeramente más activos y enérgicos, pero, al tercer día, el otro grupo los alcanzó. Más significativa fue la imposibilidad del Dr. Enkin de encontrar pruebas que sustentaran las afirma-

ciones de que el método de parto de LeBoyer es más tranquilizador para el infante. A pesar del baño y de los masajes, los bebés del LeBoyer lloraban con tanta facilidad como los otros infantes. Su conclusión de que ambos métodos de parto son igualmente seguros y eficaces me parece justificada en todos los sentidos, así como su afirmación de que lo importante es que el nacimiento se adapte a las necesidades de cada pareja y cada bebé.

Lo antedicho supone algo más que la mera selección de una forma de parto adecuada. *El lugar* en que una mujer decide dar a luz a su hijo puede ser tan importante como el método de parto que escoge. El escenario debe hacer que se sienta cómoda y relajada; debe ser adecuado al acto de nacer y asimismo seguro. Cada vez son más las madres que opinan que, a pesar de que la sala de partos de un hospital cumple el último de estos requisitos, no satisface los dos primeros. Tales mujeres se han volcado cada vez más hacia lugares alternativos para dar a luz. Uno de los más populares y polémicos es el hogar.

«Para los partidarios del nacimiento en casa, éste es el sitio por antonomasia del parto. Coincidió en que el parto casero plantea verdaderas ventajas. El hecho de que el nacimiento —y la muerte— formasen parte de las vivencias cotidianas dio a nuestros antepasados una comprensión mucho más segura y sana que la que tenemos nosotros de los ritmos y revelaciones de la vida. El problema estriba en saber si los nacimientos en casa son seguros. Dentro de pocos años, a medida que se acumulen más datos, tendremos una idea mucho más clara; sin embargo, dado que ahora existen tan pocas estadísticas definidas sobre su seguridad, no me atrevo a recomendarlo, a pesar de que me gustaría hacerlo. Las investigaciones con que contamos sobre este tema son insatisfactorias. Una reciente, realizada en Oregon, ilustra los motivos. A primera vista, el informe parece ser una clara condena de los nacimientos caseros. Los investigadores descubrieron que la tasa de mortalidad de

los bebés nacidos en casa duplicaba casi la correspondiente a los infantes traídos al mundo en el hospital. Ahora bien, al hacer un análisis más profundo, resulta que dicha investigación tiene muchos defectos. En primer lugar, evidentemente, un alto porcentaje de los partos caseros no contaron con asistencia médica, y hasta los más fervientes partidarios del movimiento de partos caseros se oponen a los alumbramientos sin asistencia. En segundo lugar, el estudio sólo analizaba los nacimientos caseros *consignados*, y todos los indicios apuntan a que no se tenía en cuenta un número significativo de dichos alumbramientos. De cualquier modo, no debe pasarse por alto la parcialidad de estas cifras.

Dos alternativas que intentan combinar la protección médica del hospital con la atmósfera relajada del hogar son las habitaciones para partos dentro de un hospital y las maternidades o centros para parturientas. Las habitaciones para partos dentro del hospital suelen ser habitaciones privadas o semiprivadas pintadas y con cortinas, a fin de darles un toque de calidez. Como es previsible, nunca son tan cálidas como aparecen en los folletos del hospital, mas, a pesar de todo, ofrecen algunas ventajas definidas como escenario de nacimiento. Una de ellas consiste en que la pareja, y no el hospital, fija las reglas. Dentro de lo razonable, pueden recibir a quienes deseen en la habitación durante el parto, y prácticamente no se limita al tiempo que el bebé puede quedarse allí después de nacer. Muchas mujeres opinan que este hecho, por sí solo, supone una gran diferencia.

Una mujer me dijo: «Lo que más me molestó del nacimiento de mi primer hijo fue que se lo llevaran de inmediato. Yo estaba totalmente despierta y quería tenerle un rato en brazos. Pero me llevaron a mi habitación, que estaba a oscuras (mi compañera intentaba dormir y no quería que la luz estuviera encendida). En cuanto a mi marido salió para hacer unas llamadas telefónicas, ya no tuve a na-

die con quien hablar. De modo que allí estaba, media hora después de haber tenido un hijo, sentada a solas en una habitación sumida en la penumbra y sin nada para consolarme, salvo una bolsa de caramelos. Me sentí espantosamente mal.»

Por recomendación de su comadrona, dicha mujer decidió tener su siguiente hijo en una habitación para partos. Lo recordaba así: «La segunda vez, todo resultó mucho más sereno y gozoso. No tenía máquinas a mi alrededor, mi marido pudo estar conmigo y me quedé con el bebé hasta varias horas después del parto.» Incluso notó que el alumbramiento fue distinto: «Resultó mucho más sencillo; después, no podía creer lo maravillosamente bien que me sentía. Tras mi primer alumbramiento, durante un mes quedé convertida física y emocionalmente en un verdadero guñapo.»

Las maternidades independientes aún no son tan asequibles como las habitaciones para partos, si bien su número ha crecido rápidamente en los últimos años y creo que seguirán aumentando. De todas las posibilidades, estos centros son, en mi opinión, los que están más cerca de proporcionar un escenario ideal para el parto: una atmósfera cálida y hogareña combinada con un buen respaldo médico. Por ejemplo, en uno de los más famosos centros para parturientas —el Childbearing Center de Nueva York—, la mujer dispone de sala, cocina, jardín al exterior y dos dormitorios, uno para ella y otro para la persona que la asiste.

En los centros para parturientas, reglas e interferencias suelen reducirse al mínimo. Se permite que los familiares más próximos asistan al parto, y generalmente dejan que el bebé permanezca con su madre durante una hora, poco más o menos, después de nacer. Desde una perspectiva médica, los centros no se proponen competir con los grandes hospitales. Sólo aceptan madres de bajo riesgo (para reducir al mínimo las emergencias), y el personal se com-

pone principalmente de enfermeras-comadronas que proporcionan casi toda la asistencia, incluidos los partos. Por lo general, los centros disponen de un obstetra que se hace cargo de las emergencias y de un pediatra que examina al bebé en cuanto nace.

Su objetivo, al igual que el de los demás escenarios y técnicas analizados en este capítulo, consiste en rescatar al nacimiento de la tecnología y devolverle su lugar legítimo en el interior de la familia. Estoy convencido de que esto beneficiará a la madre, a su hijo y, a largo plazo, a todos nosotros.

Capítulo VIII

EL VÍNCULO VITAL

Comenzó a sentir las contracciones un atardecer del mes de abril, mientras ponía la mesa para la cena. Al principio, el dolor fue tan leve –en realidad, era un impreciso retortijón más que un dolor– que pensó que podía ser producto de su imaginación. Todavía faltaba un mes para que el embarazo llegara a término, y fácilmente podía tratarse de un falsa alarma. Supo que no era así cuando tres horas después la pusieron en camilla en la sala de partos. Ahora, las ráfagas de dolor se producían a intervalos de cinco segundos. Estaba lista para dar a luz, tan lista que ni siquiera habría tiempo para aplicarle anestesia, a fin de aliviar los dolores. El parto se produciría sin la administración de una sola droga.

No lo había planeado de esa forma, y para una mujer que normalmente se altera ante lo inesperado, eso pudo ser penoso en grado sumo. Sin embargo, el hecho de ver nacer a su hija ejerció un profundo efecto en ella. En las horas y días posteriores se dio cuenta de que estaba jubilosa. Se sentía mejor con respecto a sí misma de lo que recordaba haber experimentado alguna vez y mucho más cerca de Ann –nombre que recibió la niña– que lo que había estado de su primer hijo. De algún modo, al poder sostener en brazos y abrazar a su hija –lo que con su primer hijo no había podido hacer, por estar demasiado drogada– había disipado su ansiedad.

«La señora B.», nombre que el Dr. Lewis Mehl dio a esta mujer en una de sus ponencias, es real, lo mismo que su relato y los sentimientos y emociones que experimentó después del parto. Acariciar y abrazar al niño y vincularse con él plantea una diferencia decisiva. Incluso pasar tan poco tiempo como una hora juntos después del nacimiento puede ejercer un efecto duradero tanto en la madre como en el niño. Numerosos estudios han demostrado que las mujeres que se vinculan se convierten en mejores madres y que sus hijos casi siempre son físicamente más sanos, emocionalmente más estables e intelectualmente más agudos que los infantes separados de su madre inmediatamente después del parto.

El vínculo es fundamental. Todo lo que una mujer hace y dice a su hijo después del parto —los arrulllos, abrazos, caricias e incluso miradas aparentemente sin propósito— cumple un objetivo concreto; proteger y nutrir al niño. No sabemos con exactitud cómo opera este sistema, aunque nuevas evidencias indican que, al menos en este período, gran parte de lo que se denomina conducta materna está biológicamente regulada.

Dicha posibilidad surgió de una fascinante investigación realizada en la Rutgers University. Al experimentar con la química del organismo de las ratas de sexo femenino, un investigador reparó en algo que le llamó la atención: los instintos maternos de estos animales dependían de la producción de determinada hormona. Ésta aparecía en sus cuerpos hacia el final del embarazo, y mientras estaba presente en ellos las ratas eran madres ideales. Por sí mismo, este hallazgo ya fue importante.

No obstante, el investigador deseaba averiguar cómo se controlaba la aparición de dicha hormona. Descubrió que el mecanismo regulador era la presencia de los cachorros. Si éstos eran retirados inmediatamente después del parto, la hormona desaparecía del organismo de la madre y, con ella, el instinto materno. Una vez desaparecido, nada per-

mitía recuperar dicho instinto, ni siquiera el retorno de sus vástagos.

Las investigaciones con animales rara vez son concluyentes, aunque hay suficientes motivos para suponer que ésta podría serlo. Ya sabemos que la presencia del recién nacido es biológicamente crítica para la madre al menos en dos aspectos importantes: sus llantos estimulan la producción de leche y el roce de su piel contra el pecho materno libera una hormona que reduce la hemorragia posparto. ¿Es demasiado inverosímil sugerir que su presencia también podría dar rienda suelta a los instintos maternos? La mayoría de las pruebas biológicas y de conducta sugieren que no.

Podemos poner como ejemplo los malos tratos a los niños, que tienen lugar mucho más frecuentemente entre los pequeños que nacieron prematuros. Muchos profesionales sostienen que el aislamiento de los prematuros en unidades pediátricas especiales, durante semanas y a veces durante meses después del parto, ejerce un efecto psicológico devastador en sus madres y las torna más propensas a que más adelante maltraten físicamente a sus hijos.

Asimismo, las evidencias disponibles señalan que existe un período específico, inmediatamente posterior al parto, en que el vínculo o la falta de éste ejerce un efecto máximo en las madres y en los hijos. Las investigaciones discrepan con respecto a su duración: algunas la limitan a la primera hora o incluso menos, y otras a las primeras cuatro o cinco horas. Una investigación realizada por el Dr. John Kennel —pionero en el campo del vínculo— y su equipo indica que su límite más alto está muy por debajo de las doce horas. Descubrieron que el vínculo inmediatamente posterior al parto hacía que la madre se acercara más al hijo que el vínculo que se iniciaba doce horas después del alumbramiento. Las diferencias aparecieron casi inmediatamente. Al cabo de uno o dos días, las que llamaré madres de contacto temprano, ya sostenían en brazos, acariciaban y be-

saban a sus hijos sensiblemente más que el grupo de contacto tardío.

Esto no significa que las mujeres de contacto tardío serían malas madres. Los sentimientos maternos de la mujer son demasiado complejos y personales para reducirlos por completo a reacciones biológicas. Los millares de momentos íntimos que a lo largo de la vida unen a la madre y al hijo también son importantes. Sólo quiero recalcar que el vínculo confiere a la mujer una ventaja significativa. Como ya he dicho, toda ventaja es vital debido al patrón o actitud total que contribuye a formar. Por ejemplo, el equipo del Dr. Kennell advirtió que incluso tareas elementales, como cambiar los pañales y alimentar al bebé, plantean más dificultades a las mujeres no vinculadas. Valga como ilustración el caso de una joven que conozo y que fue separada de su hijo inmediatamente después del parto; transcurrieron cerca de veinticuatro horas hasta que volvió a verle. Dijo que, al principio, eso no la había preocupado mucho porque en el hospital se sentía cerca del niño. Un mes después, su actitud había cambiado. Dudaba de que el bebé le perteneciera y el niño le parecía un desconocido. Dicha mujer estaba convencida de que finalmente se crearía un vínculo entre ella y su hijo, y le aseguré que así ocurriría. De todas formas, podría haber surgido antes si, después del alumbramiento, hubiese podido pasar un rato con su hijo.

Casi siempre, las mujeres que se vinculan temprano se comportan de una manera distinta. Las mismas diferencias surgen en numerosos estudios, sean las mujeres blancas, negras u orientales, ricas, pobres o de clase media, norteamericanas, canadienses, suecas, brasileñas o japonesas. Incluso hasta tres años después, las madres vinculadas aun se muestran más atentas, entusiastas y sustentadoras. Al analizar a un grupo de mujeres un año después que die- ran a luz, los doctores Kennell y Klaus descubrieron que todavía tocaban, acariciaban y sostenían más tiempo en

brazos a sus hijos. Cuando los investigadores volvieron a visitarlas un año más tarde, las mujeres *hablaban* de una manera distinta a sus hijos. Muy pocas chillaban o gritaban. La madre podía sugerir delicadamente a su hijo que era la hora de dormir la siesta o que debería recoger los juguetes, pero siempre lo hacía con un respeto implícito; rara vez daba una orden. Además, los investigadores que- daron sorprendidos por la forma en que la charla de las mujeres parecía envolver a los niños en un rico y nutritivo remolino de palabras tranquilizadoras y forjadoras del ego. Esos niños, que daban sus primeros pasos, sabían que eran amados y deseados simplemente por el modo de ha- blarles.

Este tipo de lenguaje no se enseña en las clases prenata- les ni puede aprenderse en los manuales del Dr. Spock. Se produce de manera natural en las madres felices. Al igual que las madres primerizas de la película que he mencio- nado, tales mujeres actuaban de un modo totalmente in- consciente. La elección de las palabras, las pautas del habla y el tono de voz eran plenamente espontáneos.

La naturaleza ha realizado grandes esfuerzos para dise- ñar un sistema de vínculo que encaje de manera muy pre- cisa en las necesidades del recién nacido. No sólo altera es- pectacularmente la conducta de una mujer adulta que ya ha vivido de veinte a veinticinco años o más —dicho sea de paso, alteración que Freud insistió en que era imposible—, sino que lo hace precisamente de la forma y durante el lapso que mejor se adaptan al bebé. A fin de evolucionar emocional, intelectual y físicamente, el infante necesita el tipo de contacto y de asistencia amorosos específicos que sólo el vínculo desarrolla de manera plena en su madre.

El bebé también está preparado para desempeñar su pa- pel en el vínculo. Incapaz de alimentarse, vestirse o prote- gerse por su cuenta, los sonidos que emite, y supongo que hasta sus miradas, están específicamente destinadas a ob- tener una respuesta amorosa y protectora por parte de

aquellos que pueden alimentarle y vestirle. No hace mucho, el científico Carl Sagan mencionó el influjo específico que los seres de cabeza grande y figura pequeña parecen ejercer sobre nosotros. El Dr. Sagan pensó que podía deberse a que la enorme cabeza nos recordaba, subconscientemente, el predominio del cerebro sobre el cuerpo. Supongo que es más probable que estemos programados para responder amorosamente a todas las figuras con aspecto de bebé. Quizá pensemos que lo que tienen de atractivo personajes de historieta como los de «Peanuts» —por ejemplo, Charlie Brown y Linus— es su humor estoico; sin embargo, yo me pregunto, si, en realidad, no estamos respondiendo a la vulnerabilidad de esas figuras con sus enormes cabezas y sus pequeños cuerpos.

Sin duda, al ver por primera vez al recién nacido, la madre se estirará, instintivamente, para sostenerle. Se trata de la reacción más natural del mundo y, al igual que los demás aspectos del vínculo, también satisface una necesidad concreta y primordial del niño. Al nacer, el amor para el bebé no sólo es un requisito emocional, sino también una necesidad biológica. Sin el amor, y los mimos y abrazos que lo acompañan, se debilitaría y moriría. Esta enfermedad recibe el nombre de *marasmo*, el cual proviene de la palabra griega que significa «consumirse», y durante el siglo XIX acabó con más de la mitad de los niños nacidos; hasta los primeros años del siglo XX fue responsable de casi el ciento por ciento de las muertes ocurridas en las incubadoras. Dicho llano y brutalmente, tales niños murieron por la falta de un abrazo. En la actualidad existen menos casos de marasmo. No obstante, por desgracia todavía hay entre nosotros muchos bebés desatendidos. Los médicos los denominan infantes incapacitados de prosperar.

Como demostró un investigador en un estudio sobre infantes de poco peso al nacer, incluso unos pocos cuidados producen pequeños milagros en un niño privado de afecto. Sus tasas de desarrollo más lentas que la normal se

adjudican, por lo general, a problemas orgánicos, y el factor que se menciona más a menudo es una lesión cerebral leve. Este investigador supuso que podría existir otra explicación. Advirtió que, en las primeras semanas de vida, dichos bebés suelen estar aislados en unidades pediátricas de cuidados intensivos. Gracias a su tecnología de gran potencia, esas unidades pueden hacer todo lo necesario por un niño, salvo tenerle en brazos o amarlo.

Era en ese punto donde el investigador suponía que radicaba el fallo. En consecuencia, escogió un determinado grupo de niños de su unidad y pidió al personal que, durante diez días, los acariciaran cinco minutos cada hora a lo largo de las veinticuatro horas del día. Cinco minutos no es mucho tiempo y una enfermera no es una madre, mas, a pesar de todo, las caricias produjeron resultados espectaculares. Los bebés del experimento aumentaron de peso con más rapidez, se desarrollaron más de prisa y físicamente eran más robustos que los infantes que no habían sido acariciados.

Pocos años después, otro equipo llevó a cabo una prueba parecida, aunque introdujo un cambio que resultó decisivo. En lugar de enfermeras, se valieron de madres auténticas. En principio, esto no produjo ninguna sorpresa importante. Como la mayoría de los demás bebés vinculados, los infantes prosperaron. Sin embargo, cuando, cuatro años después, los investigadores examinaron a esos niños, había surgido otra diferencia considerable: por término medio, los pequeños acariciados sometidos a las pruebas del coeficiente de inteligencia tenían 15 puntos más que los niños que no habían sido tocados.

Desde luego, lo que les ocurrió a estos niños a la edad de uno, dos y tres años también fue decisivo. La inteligencia no está grabada en granito al nacer ni se desarrolla en el vacío. Exige un constante estímulo por parte de la familia, los amigos y los maestros del niño. Al unir a la madre y a su hijo, el vínculo no sólo proporciona a alguien que com-

prende y ama al bebé, sino también a una aliada que puede dar al infante el estímulo que necesita para desarrollarse emocional e intelectualmente. Esto es mucho más difícil de lo que parece.

En los recién nacidos sólo se registra un espectro muy reducido de estímulo. La mujer que quiera divertir, entretener o interesar a su hijo debe escoger con sumo cuidado las formas de juego. Sin saber exactamente cómo o por qué, eso es lo que la madre hace; parece que el vínculo incrementa su sensibilidad emocional, del mismo modo que aumenta su capacidad para alimentarle y cambiarle los pañales. Con frecuencia, la madre vinculada sabe intuitivamente qué retendrá la atención de su hijo.

Gran parte de lo que el recién nacido aprende en los primeros días de su vida tiene lugar a través de la vista. Acostado en la cuna, constantemente vuelve la cabeza a un lado y otro y escudriña su horizonte en busca de alguien o de algo que despierte su interés. Quiere ser entretenido, estimulado y posiblemente incluso aprender; sin embargo, dado que su alcance está tan gravemente circunscrito, el estímulo visual ha de ser de un orden muy concreto. Si es demasiado intenso, el niño se sentirá agobiado y se replegará; si no es lo bastante intenso, no lo percibirá. Por ejemplo, un rostro en reposo no le estimulará porque es demasiado débil, y a esas alturas sus rasgos no han adquirido la resonancia emocional que tendrán más adelante... aunque se trate de los de su madre. Pero enarcar las cejas, mover los ojos y echar la cabeza hacia atrás con falsa sorpresa —en resumen, todas las expresiones algo exageradas y tontas que las madres vinculadas practican de manera instintiva— encajan perfectamente en su espectro de estimulación.

Las madres japonesas, norteamericanas, suecas, samoanas, y casi todas las demás, juegan exactamente del mismo modo con sus bebés. Eligen formas de juego que se adaptan con precisión al espectro intelectual del recién nacido. Además, las evidencias demuestran que todas las conduc-

tas aparentemente azarosas y tontas que las madres utilizan en el juego no son ni lo uno ni lo otro, sino una serie de juegos muy definidos, cada uno de los cuales tiene su propio conjunto de reglas, reglamentos y marco de tiempo, y está destinado a ensanchar las habilidades intelectuales del niño.

«Hacer muecas» es un ejemplo de juego temprano y bastante sencillo. Sin embargo, al cabo de uno o dos meses, el infante reclamará algo más desafiante y estimulador. Incluso a las siete u ocho semanas tiene ideas claras acerca de lo que es un buen juego, cómo debe jugarse y durante cuánto tiempo. Uno de sus juegos preferidos es aquel que el doctor Daniel Stern, experto en vínculo, denomina «conducta de las palabras que contienen la clave del chiste». Recibe este nombre porque, al ver a las mujeres jugando con sus hijos, el doctor Stern se acordó del cómico que cuenta un chiste largo, complicado y gracioso ante un público receptivo. En principio, madre hijo se dan ánimo mutuamente. La madre interpreta el papel de cómico y hace una tontería, por ejemplo, bizquea. El bebé sonríe o agita, entusiasmado, brazos y piernas, en señal de que quiere más. Esto estimula a la madre a hacer algo aun más tonto. Gradualmente, ambos se entusiasman cada vez más hasta que, al final, el juego alcanza un clímax semejante al de las palabras que contienen la clave de un chiste. Los dos «rompen» a reír —la madre con frecuencia a las claras y el niño figurativamente—, el umbral de entusiasmo del pequeño alcanza la cumbre, y patalea y agita con frenesí brazos y piernas. Tras una pausa muy parecida al respiro que el cómico profesional concede al público entre un chiste y otro, el juego vuelve a comenzar.

Mejor dicho, el juego vuelve a comenzar si el niño quiere. Si está aburrido —y a esa edad se aburre de prisa—, puede demostrar que ha llegado el momento de un nuevo juego apartando la cabeza, reduciendo la intensidad de su

mirada o negándose a sonreír, formas en que, a esas alturas, expresa sus deseos y sentimientos.

Es igualmente hábil para percibir los sentimientos de otras personas hacia él. Los ojos le dicen mucho y el tacto aun más. Caricias, mimos y abrazos constituyen la fuente de información del infante, un modo de hacer algunas evaluaciones importantes sobre la otra persona y, lo que es más importante aún, sobre los sentimientos de ésta hacia él. Si alguien se acerca a un bebé de una manera fría, desinteresada, sofocante o colérica, esto le demuestra que no es amado y que incluso puede correr algún peligro. Por el contrario, si estar en brazos es cálido y sustentador, el niño capta los sentimientos de esa persona y reacciona en consecuencia.

Las madres vinculadas parecen saberlo. Al ver a madres primerizas coger y mimar a sus hijos, quedé sorprendido una y otra vez por las consecuencias que el vínculo tiene en el nacimiento. Ya sea porque están más seguras o más cómodas, las madres vinculadas casi invariablemente abrazan a sus hijos de una manera distinta. Las mujeres de la película que ya he mencionado constituyen un magnífico ejemplo. A pesar de que la mayoría eran primerizas, sostenían a sus hijos con aplomo y autoridad. Ninguna se mostraba nerviosa ni inquieta.

Volví a recordarlas al ver a una joven que no había tenido posibilidades de vincularse, mientras intentaba alimentar por primera vez a su bebé. Cuando la enfermera le entregó al niño, la mujer sonrió e intentó disimular su nerviosismo. Durante unos segundos, pasó incómoda al niño de un brazo a otro, para encontrar una posición adecuada. Finalmente la halló, cogió el biberón y lo introdujo torpemente en la boca del bebé. Lo que más me sorprendió fue su expresión en ese momento. Al ver que el pequeño chupaba vorazmente del biberón entrecerró los ojos, tensó la mandíbula y se mostró ceñuda y decidida. A fin de ser justo, diré que su reacción era totalmente inconsciente, y

estoy seguro de que, si alguien le hubiese acercado un espejo para que se viera, su propia expresión la habría sorprendido tanto como a mí. A pesar de todo, no podía evitarlo. La visión de la leche cayendo por la barbilla de su hijo la alteró.

En contraposición, la alimentación y sobre todo el amantamiento tienen lugar en las madres vinculadas de manera tan natural como los demás aspectos de los cuidados infantiles. Al comparar la experiencia de amantamiento de mujeres vinculadas y no vinculadas, un investigador de Seattle encontró algunas diferencias sorprendentes. A la octava semana después del parto, todas, salvo una de las mujeres no vinculadas, habían renunciado al amantamiento simplemente porque era demasiado molesto. Las mujeres vinculadas consideraron tan vigorizada la experiencia que todas amamantaron a sus bebés hasta que tuvieron, como mínimo ocho semanas de edad.

En un grupo de brasileñas ocurrió prácticamente lo mismo. Dos meses después del nacimiento, las tres cuartas partes de las mujeres vinculadas aún amamantaban a sus hijos. Entre las no vinculadas, sólo la cuarta parte habían seguido amamantándolos después del segundo mes.

Hemos de recordar que lo que estos estudios median era el efecto del vínculo en el lapso durante el cual la mujer amamantaba, no los beneficios psicológicos del amantamiento. Desde una perspectiva científica, aún está por demostrarse de manera concluyente, aunque yo estoy convencido de que pronto ocurrirá. La Naturaleza es sumamente económica. Cada uno de sus sistemas está destinado a satisfacer muchas necesidades distintas, y no hay motivos para suponer que el amantamiento sea una excepción a la regla. Si confiere beneficios fisiológicos muy reales—y los efectos de la leche materna en la salud e inmunidad de un niño son reales—, también es probable que conceda otros de tipo psicológico. De todos modos, ésta no es razón para que una mujer que no da el pecho a su hijo

—porque no puede o no quiere— se sienta culpable. Lo que psicológicamente cuenta de verdad son las emociones que se comunican al infante mientras se le alimenta. El niño puede sentirse amado ya sea alimentado con el pecho o con biberón.

El amor del padre es tan complejo e importante como el de la madre. Si se le da la oportunidad, el hombre puede ser tan «maternal» como la mujer: protector, dador, estimulador, sensible a las necesidades de sus hijos, cuidadoso. Debido sobre todo a los estereotipos y los conceptos erróneos sobre los padres, tan encarnados en nuestra cultura, nos ha llevado un tiempo excesivamente prolongado reparar en estos simples hechos de la vida. Incluso las personas que debieron saberlo, con frecuencia lo ignoran. La antropóloga Margaret Mead probablemente ironizaba cuando definió al padre como una necesidad biológica antes del nacimiento y un accidente social después de éste, aunque también expresaba una opinión ampliamente sustentada.

Por fortuna, se trata de una opinión que empieza a cambiar. En los últimos tiempos, los investigadores han descubierto que la visión del recién nacido desencadena en el nuevo padre el mismo repertorio de conductas amorosas que suscita en la madre: arrulla, mira a su hijo y habla con él con la misma frecuencia y ganas. Sin embargo, nadie había reparado en este hecho hasta que, pocos años atrás, el psicólogo Ross Parke y su equipo se dedicaron a recorrer el pabellón de maternidad de un pequeño hospital de Wisconsin. El doctor Parke descubrió que los hombres tardan apenas un poco más en entusiasmarse con sus hijos... sin duda porque no están tan biológica o culturalmente preparados como las mujeres. Sin embargo, hasta esta diferencia desaparecía cuando las horas de visita se ajustaban a los horarios de los padres. Éstos besaban, abrazaban, acunaban, acariciaban y sostenían en brazos a sus recién nacidos tanto como sus esposas.

El nombre clínico de este estado es «embelesamiento», y otro grupo de investigadores llegó a la conclusión de que el factor que lo produce en las mujeres también lo provoca en los hombres: el contacto temprano con el infante. Según este informe, cuanto antes podían ver los padres a sus bebés, más absortos e interesados estaban, y más deseosos de acariciar a sus hijos, tenerlos en brazos y jugar con ellos. Si dicho contacto temprano incluía estar presente durante el parto, también sabían distinguir a su niño de los demás (los padres que no asistieron al parto no dieron pruebas de este hecho) y se sentían más cómodos teniéndolos en brazos.

De todos modos, los investigadores descubrieron que los hombres jugaban de un modo distinto con sus bebés. En general son más activos y despliegan mayor cantidad de movimientos físicos que las madres, pero hasta esta diferencia desempeña su papel en el desarrollo del vínculo, ya que la interacción padre-hijo parece volver más receptiva a la mujer. El doctor Parke y sus colegas advirtieron que, cuando el padre estaba presente, su esposa sonreía con más frecuencia al niño y estaba más atenta a sus necesidades. Puesto que otros estudios descubrieron diferencias similares de conducta, son muchos los investigadores que, en la actualidad, creen que cada progenitor —según su manera de relacionarse con el niño— aporta una contribución singular pero complementaria al desarrollo físico, emocional e intelectual del infante. Resulta imposible decir si este hecho está determinado genética o culturalmente. A juzgar por las pruebas de que disponemos, supongo que el condicionamiento social puede desempeñar el papel más importante. Padres y madres actúan con sus bebés prácticamente como se espera que actúen hombres y mujeres. De manera casi invariable, la mujer asume el papel de guardiana y se preocupa más por los deberes considerados tradicionalmente «femeninos»: la alimentación, el cambio de pañales y el consuelo del niño. Los pa-

dres suelen ser mucho más agresivos y juguetones con sus hijos.

Es posible que el mejor ejemplo de la profundidad de estas diferencias sea la investigación realizada hace poco por un equipo de imaginativos investigadores de Boston. De diseño sencillo, consistía en poner a madres, padres e hijos en un cuarto de niños y ver cómo actuaban entre sí. Las semejanzas entre personas del mismo sexo eran sorprendentes. En general, las madres eran serenas, protectoras y delicadas con sus hijos. Rara vez decaía su interés o se encolerizaban. Tanto si los tenían en brazos como si los abrazaban, charlaban o jugaban con sus bebés, casi siempre eran tiernas y serenas. Por contraste, los padres eran mucho más exaltados, volubles y estrepitosos. Las mujeres hablaban más, mientras que los hombres hurgoneaban de-licadamente al bebé con un dedo o lo levantaban por los aires.

Lo más sorprendente de este experimento es la forma en que cada progenitor se complementa con el otro. De todos modos, la seguridad en sí mismo y la autoimagen del niño son resultado de *todos* los mensajes que recibe de sus padres. El hecho de que se produzcan a través de las caricias, abrazos y delicadezas de su madre o del juego enérgico de su padre —o a la inversa—, no es realmente importante. Lo fundamental es que reciba conjuntamente de sus progenitores el estímulo para ser él mismo.

Como he dicho antes, supongo que el condicionamiento social determina quién le enseña qué al niño. El doctor T. Berry Brazelton, de Harvard, ofrece una explicación distinta, pero no necesariamente contradictoria: «Me parece que el bebé fija con todo cuidado trayectorias distintas para cada progenitor... En mi opinión, esto significa que el bebé quiere como padres a personas distintas a causa de sus propias necesidades. Tal vez, el niño recalca las diferencias que son decisivas tanto para él como para ellos.»

El mayor de los misterios es el que explica la adhesión padre-infante. En última instancia, se trata del amor. Sin embargo, al principio están ausentes los evidentes vínculos psicológicos y fisiológicos que unen al niño con la madre. Los padres no llevan a los niños en su seno durante nueve meses, jamás los amantan, sólo ocasionalmente les dan el biberón, y rara vez pasan con ellos tanto tiempo como sus esposas. No obstante, el vínculo que finalmente se forja entre ellos y sus hijos puede ser tan fuerte y vital como el vínculo madre-hijo.

Una de las formas en que lo hemos demostrado ha sido estudiando las horas de comer del niño. Para éste, comer es un acto tanto emocional como físico. Si está iracundo o receloso, no comerá. En consecuencia, si cuando su padre le da el biberón, el bebé ingiere la misma cantidad de leche que cuando se lo da su madre, es un buen indicio de que valora por igual a ambos progenitores. Es lo que ocurre cuando se pidió a un grupo de padres y madres que alimentaran alternativamente a sus hijos. El consumo de leche conservó el mismo nivel, cualquiera que fuese el progenitor que se ocupaba de alimentar al niño.

Una medida aun mejor de los sentimientos del bebé hacia sus progenitores consiste en ver su reacción cuando alguno de los dos abandona la estancia. «Protesta de la separación» es el nombre bastante severo que ha recibido esta reacción, y a lo largo de los años se han llevado a cabo docenas de estudios con madres. A nadie se le había ocurrido incluir a los padres hasta que, en 1960, un investigador joven y emprendedor llamado Milton Kotelchuck organizó algo que resultó ser su estudio más importante. El diseño del experimento era sencillo. Kotelchuck midió las reacciones de 144 bebés cuando sus madres o sus padres salían del cuarto de los niños y los dejaban a solas con un desconocido. Descubrió que la partida del padre trastornaba al infante tanto como la de la madre. Reflejando las actitudes de nuestra sociedad ha-

cia la paternidad, muchos de los científicos que estuvieron presentes en la reunión en la que Kotetchuck leyó su ponencia se mostraron abiertamente escépticos ante sus descubrimientos. Mas, como corresponde, esto también está cambiando.

Deseo finalizar este capítulo con una carta que recibí hace poco. Expresa mejor en qué consiste realmente el vínculo que todas las investigaciones que he citado y las observaciones que he llevado a cabo:

Cuando le vi a usted por televisión, tenía yo en brazos y daba el biberón a mi nietecita de tres meses, que está pasando una temporada con nosotros, ya que su madre trabaja. Sus ojos me miraban y experimenté una poderosa y muy conmovedora sensación de intimidad hacia ella y desde ella; no es algo que pueda describir fácilmente, pero considero que fue muy fuerte. Supongo que, por mucho tiempo que pase, esta sensación de intimidad jamás desaparecerá. Entre nosotras hubo un contacto, y sé que mi nieta lo sintió dentro de sí misma sin poder traducirlo con palabras. Con los ojos me hizo saber que lo sentía.

Hace años, la misma sensación surgió entre su madre y yo, cuando ésta era muy pequeña; ambas todavía lo sentimos cuando nos encontramos después de una jornada de trabajo o cuando nos saludamos por la mañana. «Eso» —póngale el nombre que quiera— es un vínculo, una unión entre nuestras almas, y es de lo más fuerte y hermoso.

El contraste es la falta de «eso» entre mi madre y yo. Sé que no estuvimos vinculadas, desconozco realmente los motivos, pero nunca estuvimos unidas de ese modo. Las preguntas acerca de qué era lo que lo provocaba me hicieron sufrir mucho, porque durante largo tiempo supuse que quería decir que yo te-

nía algún problema. Veía «eso» entre mis amigas y sus madres (en diversos grados, pero indudablemente superior al que había entre mi madre y yo), y esto hacía que me sintiera aun más sola.

Ahora comprendo que «eso» no se dio y mi mente puede racionalizarlo mucho mejor. Había guerra. Nací en febrero de 1939. Mi madre vio cómo mi padre se alistaba inmediatamente. Nuestro padre no estuvo en casa durante aquellos primeros meses de vida. Estaba recibiendo instrucción para incorporarse al ejército. No tengo ningún recuerdo de él hasta que, a fines de 1945, regresó de la guerra. Era bueno conmigo pero distante. Tenía y tiene mucha más intimidad con otros dos niños nacidos en los años posteriores a su regreso. Yo solía dejar la casa cuando le veía abrazar y coger en brazos a la hermana que nació en 1954. Tenía 15 años y sentía celos y sufría.

Ahora tengo 41 y es muy poco lo que siento por mis padres en ese sentido «íntimo». Existe un respeto por los cuidados físicos que entonces me prodigaron, pero entre nosotros no existe «nada más». Por otro lado, los dos niños nacidos en 1952 y 1954 sienten por ellos algo totalmente distinto. Existe una indudable intimidad y, cuando la observo, algunas veces no puedo creer que seamos hijos de los mismos padres.

No recuerdo haber compartido tanta intimidad con alguien, salvo con mi abuela, que me quería muchísimo. Aún lo recuerdo. Todavía recuerdo cómo olía a jabón y a lilas. Recuerdo sus cabellos sobre mi rostro, el roce de su piel y su suave acento escocés. Incluso hoy, cuando oigo ese acento específico del norte de Escocia, se me llenan los ojos de lágrimas. No recuerdo haber pasado un solo momento con ella que no fuera cálido y amoroso. Era natural y normal

generar amor hacia la abuela. Era casi como un imán. Existía una «atracción» de ella hacia mí y, cuando mi madre no estaba o no miraba, yo hacía todo lo posible por acercarme a la abuela, para compartir con ella «ese sentimiento». La abuela siempre reconoció la existencia de «eso» entre nosotras y aprovechó tantos contados y preciosos momentos para realizar su importancia. Si me lavaba la cara, se demoraba unos segundos para pasarme la mano por el pelo, me hacía cosquillas o jugábamos a algo. Mi madre hizo todo lo posible por hundir a mi abuela, pero no logró destruir la relación que existía entre nosotras. ¿Eso se produjo en las primeras semanas de vida? Jamás lo había pensado hasta que comencé a escribirle estas líneas. Tal vez se originó en las primeras semanas de mi vida, cuando me llevaron a su casa.

Hace poco, cuando visitamos Toronto, sucedió algo extraño. Mi marido y yo fuimos a visitar por primera vez la sepultura de mi abuela, que murió hace algunos años, cuando nosotros estábamos en Columbia Británica.

Mientras buscábamos su tumba, oí en mi mente una «nana»... toda mi vida he oído en mi mente fragmentos de esa canción sin saber de qué se trataba... pero la percibí con muchísima intensidad mientras buscaba su tumba. Cuando la encontré, no quería tener cerca a mi marido... y me molestaba sentirme así por el hecho de que él estuviera allí, ya que durante toda la mañana me había ayudado a buscar la sepultura de la abuela. Pero sentía que quería estar a solas con ella, volver a conectar una vez más con esa sensación especial que habíamos compartido. Sabía que «ella» no estaba en aquella sepultura... pero igualmente sentía todas esas cosas hacia la abuela y la canción resonaba con toda su fuerza en mi mente. Desconozco cuál es el significado de esa «nana». Es una

música muy suave, muy ligera y hermosa, y ese día recorrió todo el cementerio.

Hasta que conocí a mi marido, la abuela fue la única persona que *con los ojos* me demostró que me quería.

Espero que esta carta le sirva de ayuda.

Capítulo IX

EL PRIMER AÑO

En la década precedente, el infante irreflexivo que estudié en la facultad de medicina a finales de los años cincuenta, de repente ha dado paso a un ser sorprendentemente flexible e inventivo que sale del útero con aquello que, para los médicos de mi generación, parece una impresionante colección de capacidades emocionales, intelectuales y físicas. Lejos de ser la criatura insensible representada en nuestros textos, este niño puede ver, sentir, tocar, degustar y jugar; puede responder y se le puede responder de diversas formas complejas, e incluso tiene preferencias verificables en lo que respecta a alimentos, juegos y conversación.

Al nacer y en las semanas inmediatamente posteriores, no sólo es consciente, sino que también asimila pequeñas cantidades de estímulo visual. Por ejemplo, basta con acercarle o alejarle un juguete para que se dé cuenta. Los contrastes también llaman su atención; de hecho, la atracción que siente por ellos es uno de los motivos por los cuales la madre puede tener problemas para establecer un contacto ocular directo. Su mirada se desvía naturalmente hacia el estimulante contraste que le proporciona el límite del pelo de su madre. A veces, esto altera a la madre, que ha de perseguir la mirada de su infante para establecer un contacto ocular directo.

Junto a la vista, el sonido es la principal herramienta del

recién nacido para explorar su nuevo mundo y, de todos los ruidos que lo pueblan, la voz humana es el único exclusivamente adecuado para su capacidad auditiva. Al hablar con bebés, los adultos elevan instintivamente el tono y hablan a intervalos de cinco a quince segundos; nuevas pruebas demuestran que esta combinación específica de tiempo y sonido llama y mantiene el cortísimo lapso de atención del recién nacido más que cualquier otro.

Es menos lo que se sabe sobre la capacidad olfativa del infante, aunque informes recientes señalan que como mínimo existen cuatro olores que dejan una fuerte impresión en él. Los tres primeros corresponden al regaliz, el ajo y el vinagre; el cuarto pertenece a su madre... como demostró la doctora Aidan Macfarlane con una pequeña ayuda por parte de algunas madres que dan el pecho a sus hijos. Como parte del experimento, la doctora Macfarlane pidió a las mujeres que se pusieran una almohadilla de gasa dentro del sostén entre una comida y otra. A continuación colocó la almohadilla usada a un lado de la cabeza de cada niño y otra nueva y sin estrenar del otro lado. La doctora Macfarlane razonó que, si el niño se volvía hacia la almohadilla que había estado en contacto con la madre, esto significaba que reconocía su olor. En las pruebas, hasta los crios de cinco días mostraron preferencia por las almohadillas usadas por su madre.

La personalidad es mucho más difícil de medir, lo cual podría explicar que generaciones de saber médico convencional hayan sostenido que el recién nacido carecía de ella. Se suponía que era una página en blanco cuyo estilo personal sólo comenzaba a emerger cuando tenía a sus espaldas alguna experiencia de la vida. Nuevas investigaciones han puesto en tela de juicio esta afirmación. Prácticamente, la totalidad de los 141 infantes analizados en un estudio mostraban claras diferencias de estilo y de temperamento muy poco después de nacer. A pesar de que los investigadores no exploraron dónde y cómo se originaban dichas

diferencias, su informe es digno de estudio porque se trata de una de las pocas investigaciones a largo plazo que se han llevado a cabo sobre la personalidad. A lo largo de los diez años en que se siguió a los niños, el equipo realizó muchas observaciones penetrantes sobre la delicada interacción entre la herencia y el ambiente en la formación de la personalidad. Parte de los datos más estimulantes nacieron de la conducta de los sujetos en la primera infancia.

En ese período, las reacciones del recién nacido son abruptas y unidimensionales y pueden transmitir varios significados distintos y contradictorios, lo que al observador le dificulta saber exactamente qué siente el bebé, ya que éste puede patear cuando está contento, triste, asustado o ansioso. De todos modos, el hecho de que patalee mucho es significativo, pues el nivel de actividad del niño es uno de los primeros indicadores importantes de su futura personalidad. Algunos infantes se mueven relativamente poco y sólo lo hacen de manera deliberada, mientras que otros están siempre en movimiento. Aunque este tipo de actividad excesiva no siempre se considera equivalente a una gran ansiedad, las pruebas sugieren que en ocasiones es indicativo de ansiedad interior.

Un ejemplo elocuente lo constituye un niño al que los investigadores llamaron Donald. El equipo escribió: «Donald mostró un nivel sumamente alto de actividad casi desde el nacimiento. A los tres meses, informaron sus padres, “se meneaba y movía” mientras dormía. A los seis meses “nadaba como un pez mientras le bañábamos”. A los quince meses, los padres descubrieron que “siempre le estábamos persiguiendo”.» A los tres años, el niño todavía era un aprendiz en movimiento constante. Ni siquiera la disciplina obligada de la escuela logró moderar su actividad. Con humor y afecto, la maestra de su parvulario expuso que Donald «se colgaba de las paredes y trepaba por el techo». Pocos años después, los maestros ya no consideraron tan simpática su hiperactividad. El equipo observó

que, a los siete años, «Donald tenía dificultades en la escuela, pues era incapaz de quedarse quieto el tiempo suficiente para aprender y molestaba a los demás niños moviéndose... por el aula». Desde luego, no todos los bebés superenérgicos están destinados a convertirse en un Donald. La actividad sólo es un índice de la personalidad futura. Además, si la energía del niño es correctamente canalizada por sus padres y sus maestros y se le permite expresarse según su propio estilo, puede convertirse en una persona activa, dichosa y extrovertida.

La reacción del bebé ante el cambio —alimentos, personas, lugares o rutinas nuevos— también revela muchas cosas sobre él. Por su naturaleza misma, el cambio altera a todos los infantes; sin embargo, los médicos que realizaron esta investigación descubrieron que algunos bebés, a pesar de desconcertarse momentáneamente, se adaptan con facilidad a una rutina o alimento nuevos. Otros son un poco más difíciles: patalean, chillan, gritan y generalmente arman un jaleo terrible que, para las madres, suele ser inquietante. La edad y la experiencia no siempre liman las asperezas de su cólera. Los investigadores descubrieron que, a la edad de uno, dos y tres años, muchos de los niños exaltados del experimento reaccionaban de manera exagerada ante incidentes insignificantes, hecho que me hace pensar que, en realidad, respondía a experiencias anteriores, natales o uterinas.

Algunas de estas características tempranas sólo son expresiones transitorias de una etapa, que se superan cuando ésta concluye. Otras parecen permanentes, aunque, dado que los impulsos y deseos que comienzan a surgir en el útero no adoptan una forma definitiva hasta el tercer o cuarto año, también son modificables. De hecho, lo que ocurre en ese período intermedio influye en su forma definitiva tanto como lo que sucedió en el útero.

Como guía, compañero e intérprete del nuevo mundo del infante, el progenitor no sólo le ayuda a establecer su

percepción de dicho mundo, sino también, en grado significativo, al éxito de su funcionamiento en él. Su inteligencia, su lenguaje y sus impulsos —todas las capacidades que necesita para dominarlo— están significativamente influidos por su madre y su padre, y por la calidad de los cuidados que le prodigan. La cantidad de atención (vínculo) que el bebé recibe incluso en las horas inmediatamente posteriores al nacimiento, sin duda opera una diferencia importante en el tipo de persona en que se convierte. En los meses posteriores, las respuestas de sus padres —o su ausencia— le marcan de otras maneras decisivas. En realidad, junto a la herencia genética, la calidad de la atención de los padres es el factor más importante en la formación de la profundidad y la extensión del intelecto. Los tipos de juegos a que el niño es expuesto, la forma de hablarle y el modo de tratarle desempeñan un papel importante en este proceso.

Todavía no está clara la forma en que estos factores se funden con las características que ya han comenzado a formarse en el útero y las influyen, sobre todo porque es muy difícil definir en un experimento una abstracción como el «yo». En el Capítulo III vimos que existen buenas razones para creer que en el útero comienza a surgir un sentido rudimentario del «yo». A diferencia del feto, el recién nacido vive en un pequeño universo en constante expansión. El alimento, los juguetes, los ruidos y su madre sólo existen mientras pueda degustarlos, tocarlos, oírlos, sentirlos o sostenerlos. Aún no sabe qué son las personas y, menos aún, cómo actuar con respecto a ellas. Incluso una actividad tan simple como las cosquillas, que, como ha dicho Burton White —psiquiatra de Harvard—, no sólo son un fenómeno físico, sino también social, están fuera de su alcance en ese momento. El Dr. White afirma: «Para

1. La mejor explicación de la conciencia del infante —y la que ha influido más profundamente en mi pensamiento— corresponde a *Infantis: The New Knowledge*, el meditado e informativo libro del Dr. Robert McCall.

que las cosquillas logren su objetivo, el niño debe percibir la proximidad de quien se las hace. Se puede hacer cosquillas a un bebé de dos meses, pero no pasará nada... el ser humano no se vuelve cosquilloso hasta que tiene, como mínimo, tres meses y medio. Parece ser una señal de la aparición de la conciencia social.»

Es posible que uno de los motivos por los cuales un niño de dos meses no ha desarrollado con anterioridad la conciencia social se deba, simplemente, a la falta de tiempo. En los primeros meses, el infante está ocupadísimo explorando su entorno y adquiriendo las habilidades que más adelante necesitará para aprender. Al nacer, la mayoría de estas habilidades —vista, oído, gusto, olfato y tacto, herramientas indispensables de aprendizaje— ya están presentes y en funcionamiento. Lo mismo ocurre con la memoria. Teniendo en cuenta todas las prácticas que ha realizado en el útero, no es sorprendente que el recién nacido sobresalga en este campo, como demostró hace pocos años el Dr. Steven Friedman. Sus sujetos sólo tenían unos pocos días de edad y, evidentemente, no podían decirle lo que recordaban. Puesto que un objeto nuevo despierta incluso el interés de un bebé muy pequeño, el Dr. Friedman supuso que, si a la tercera o cuarta aparición, un tablero de damas ya no despertaba la curiosidad de sus sujetos, esto significaba que lo recordaban. Y eso fue lo que ocurrió. Después de verlo varias veces, los recién nacidos se apartaron aburridos, aunque recordaron el diseño del tablero lo bastante bien como para responder cuando el doctor Friedman intentó ser más listo que ellos: cada vez que el tablero se sustituyó por otro con un número distinto de cuadros, los sujetos recuperaban rápidamente el interés.

Desde luego, el infante puede encontrar modos más prácticos de utilizar su memoria, y aprende a hacerlo de prisa. En el espacio de un mes, poco más o menos, es capaz de recordar el rostro de su madre, pero dado que mira, sobre todo, sus ojos y su frente, probablemente la imagen

que tiene de ella se parece más a una de las figuras abstractas de Picasso que a una cara humana. Otra de las funciones útiles de la memoria consiste en recordarle la hora de comer. Sólo necesita unas pocas semanas para aprender a conocer su horario y, de acuerdo con un nuevo informe, no le gusta que se produzcan alteraciones inesperadas. Según este experimento, los bebés acostumbrados a comer cada tres horas se ponían inquietos y molestos si dicho período se alargaba. Por otro lado, al igual que los adultos, los niños pueden sentir hambre antes de la hora fijada para comer. Cuanto antes aprendemos a respetar las necesidades individuales del infante, más le ayudamos a desarrollar su autoestima.

Quizá, la mejor medida de la agilidad mental del infante en ese período sea su capacidad de imitación. Ésta exige el dominio de muchas habilidades bastante complejas. En primer lugar, el niño ha de comprender que el adulto que le hace morisquetas quiere ser imitado; en segundo lugar, tiene que aprender a imitar esas expresiones y, por último, ha de ser persuadido de que participe en este juego por lo que, en realidad, es una recompensa puramente abstracta: la gratificación de la persona que imita. Por estos motivos, hasta hace poco los psicólogos infantiles consideraban que los niños menores de nueve meses eran incapaces de imitar. Varios estudios nuevos han demostrado que incluso los niños de unos pocos días son capaces de imitar. En una investigación que hizo época, los investigadores lograron tener una sección de recién nacidos llena de bebés que los imitaban. ¡Algunos de los bebés sólo tenían una hora de edad! Cuando un investigador sacaba la lengua, hacía una morisqueta o agitaba los dedos delante del bebé, el pequeño solía responder de igual manera. Este experimento (y otros semejantes) demuestra, de manera concluyente, la presencia de un proceso de pensamiento bien desarrollado (uno podría decir adulto) en el recién nacido, incluyendo el manejo de ideas abstractas.

Al cabo de uno o dos meses, el infante puede dominar incluso actividades más complejas. Digo que puede por que varias autoridades –incluidos los Dres. Burton White, de Harvard, y John Watson, de la Universidad de California– opinan que muchos bebés fallan en el aprendizaje no porque no sean lo bastante inteligentes o no se les haya enseñado, sino debido a que no se les ha enseñado correctamente. Enseñar a un niño muy pequeño es a la vez un arte y una ciencia. Los padres pueden leer todos los libros pertinentes, proporcionarle todas las indicaciones adecuadas, mas fallarán si no captan las habilidades y ritmos del niño. Como el resto de los mortales, los infantes aprenden mejor cuando lo que se les enseña apela a sus facultades naturales; puesto que un niño de seis o siete semanas de edad lo que mejor hace es mirar, asir, succionar y vocalizar, las cosas que aprende mejor y con más rapidez son las que se relacionan con dichas actividades. Todo lo que sea más complicado no sólo lo eludirá, sino que también puede hacerle daño, sobre todo si es insistentemente repetido por un progenitor demasiado ambicioso.

A veces, los padres olvidan que, en ese período, el lapso de respuesta de su hijo no es mucho más prolongado que un largo suspiro. Las investigaciones han demostrado que las indicaciones que estimulan actividades como el habla deben estar precisamente cronometradas. El niño necesita un estímulo instantáneo –es decir, en un plazo de cinco a seis segundos– o, de lo contrario, no lo asociará con su conducta, que en este caso significa que no se sentirá estimulado a hablar más.

En parte esto es, simplemente, una cuestión de práctica: a medida que cualquiera de los dos progenitores conoce mejor los ritmos y reacciones de su hijo, sus propias respuestas se vuelven más afinadas. Idealmente, también deberían tornarse más frecuentes. El juego a solas y la comunicación diaria a intervalos de treinta a cuarenta y cinco minutos puede ser adecuada (aunque, en mi opinión, no

demasiado). Sin embargo, existe una progresión casi geométrica entre la cantidad de tiempo significativo dedicado a un niño y el desarrollo intelectual y emocional de éste, como se demostró hace pocos años en el Proyecto Preescolar de Harvard, un singular e innovador estudio sobre aprendizaje temprano dirigido por el Dr. White. Aunque más adelante me extenderé sobre este tema, diré que una de las cuestiones interesantes que él y sus colegas descubrieron fue que los indicadores corrientes del rendimiento del niño –como ingresos de los padres, nivel educativo y posición social– eran mucho menos importantes que la calidad de la atención materna. Los infantes y los niños que dan sus primeros pasos más listos y socialmente más atractivos del proyecto eran de diversa extracción, pero todos tenían madres receptivas, entusiastas, comunicativas y generosas con su tiempo y emociones.

La psicóloga infantil Mary Ainsworth, de la Universidad de Virginia, denomina «madres sensibles» a estas mujeres. Afirma: «La madre sensible es capaz de ver las cosas desde la perspectiva de su bebé. Está sincronizada para recibir... [sus] señales y... responde rápida y adecuadamente a ellas. Aunque casi siempre parece darle lo que quiere», agrega la Dra. Ainsworth, incluso al negar sus deseos «reconoce discretamente sus señales y propone soluciones adecuadas. Hace depender sus respuestas... [de sus] deseos y comunicaciones. Por definición, ella no puede ser rechazadora, entremetida ni ignorarlo».

De todas las cualidades que la distinguen de la madre insensible, la Dra. Ainsworth opina que la más significativa es la capacidad de empatía con su hijo y la visión del mundo desde la perspectiva de éste. Dice la psicóloga: «La madre insensible dirige sus intervenciones e iniciaciones de la acción basándose casi exclusivamente en sus propios deseos, humores y actividades.» Al actuar así, a menudo ignora o interpreta erróneamente las señales de su hijo; en ambos casos, el niño sufre. Con frecuencia, el infante

pierde la confianza en sí mismo. Hasta un niño de cinco o seis semanas necesita sentir que sus acciones influyen en su entorno. Cada éxito le estimula para intentar algo un poco más ambicioso y sentirse seguro, en la certeza de que sus deseos se respetan. Puesto que en ese período mide el éxito según las respuestas de su madre, si ésta ignora o interpreta mal sus esfuerzos, finalmente el niño dejará de intentarlo. Los psicólogos denominan esta situación «desvalimiento forzoso», y sus consecuencias pueden verse en el niño de tres años que no sabe abrocharse la camisa, en el de siete que aún no sabe la hora y en el ser de treinta años que cree que sus fracasos se deben a circunstancias que están fuera de su control.

Aunque las raíces de esta conducta pueden remontarse al útero, la insensibilidad hacia el recién nacido en las primeras semanas de vida puede transformar lo que sólo era una tendencia en una característica fija, que puede perjudicar gravemente al niño cuando se dispone a dar el siguiente gran salto del desarrollo emocional e intelectual que tiene lugar entre el final del segundo y el séptimo mes. Durante la mayor parte de este período, la distinción básica entre sí mismo y el mundo sigue eludiendo al infante; éste sigue siendo, satisfactoriamente, el centro de su pequeño universo. Como se ha desarrollado bastante tanto física como intelectualmente, está mucho mejor preparado para abordar la realidad objetiva que le rodea. Ahora ve mejor; de hecho, su visión es casi tan buena como la de un adulto. Se encuentra en condiciones de asir, recoger, jugar con y desechar objetos de mayores dimensiones y más complejos. Esto tiene importantes consecuencias para su desarrollo intelectual, dado que su nuevo despliegue le permite partir de la fundamental pregunta de «¿qué es esto?» para llegar a la más complicada de «¿qué puedo hacer con esto?».

Idealmente, tanto los juguetes que se le dan como los juegos que practica en esa etapa deben dar respuesta a esa

pregunta. Una pelota está bien, pero la pelota que hace «paf» o «bang» cuando se la aprieta o se la arroja es aun mejor; un padre que dice «puf» cuando le tocan la oreja es infinitamente más interesante que el que se limita a sonreír. Este tipo de juego también contribuye al sentimiento de maestría del bebé. Sus toques y apretones hacen que ocurran cosas, y su éxito al provocar un cambio esta vez le estimulará a intentar algo más aventurado la próxima. Quizá esta sensación de maestría explique la popularidad del juego de las palabras que contienen la clave del chiste del Dr. Stern. Incluso en el papel de espectadores, los bebés llegan a sentir que afectan la conducta materna.

A pesar de esta destreza recién descubierta, el niño de tres o cuatro meses aún no está preparado para avanzar más allá de los elementos básicos. Física y emocionalmente, de momento sólo puede jugar con pelotas, sonajeros y cubos, y como sólo existen con relación a él, todos son utilizados del mismo modo. Más adelante, en cuanto empieza a distinguir entre él y el mundo, los objetos asumirán un carácter individual y su juego se ajustará a los requisitos de cada juguete. Las pelotas serán lanzadas y aprehendidas con más frecuencia que los cubos, y los sonajeros serán agitados al menos con la misma frecuencia con que son mordidos.

Una de las pocas cosas que el niño percibe en ese período es la textura. El gusto y el tacto —al igual que la vista y el oído— siguen siendo sus modos primarios de aprender a conocer el mundo. Morderá, mascarará, chupará y mirará prácticamente cualquier cosa siempre que ésta tenga color, forma u olor interesantes. Correctamente dirigida, esta amplia curiosidad puede convertirse en una forma de juego. Jugador nato, el infante no necesita mucha vigilancia. El juego es un buen escape para la agresividad natural. También constituye un magnífico modo de ampliar los horizontes intelectuales del niño. Transcribo algunos ejemplos de cómo puede lograrse:

- **TACTO:** Colóquese al niño en superficies distintas —una alfombra o una manta—, para que pueda explorar y percibir las texturas.
- **VISTA:** Hágase un móvil con figuras de cartón de colores y cuélguese encima de su cama. Disfrutará mirando los colores y las figuras y pronto comerá a estirarse hacia ellas.
- **OLFATO:** Colóquese al niño en un asiento para bebés mientras se le prepara el almuerzo. La presencia de la madre no sólo le proporcionará compañía, sino que también el hecho de estar en la cocina le permitirá descubrir nuevos olores.
- **OÍDO:** Póngase la radio o un disco mientras el niño está despierto. Los nuevos sonidos le estimularán. (De todos modos, la música debe ser relativamente tranquila... nada de rock martillante. No hay que permitir que la radio se convierta en un sustituto de la presencia de la madre.)

El ejercicio es otra actividad que se presta al aprendizaje. A los bebés les encanta moverse, y todos sus retorcimientos, pataleos y balanceos les proporcionan información útil acerca de las dimensiones de sus cuerpos y de cómo funciona cada parte. Imponer alguna disciplina a estos movimientos azarosos en forma de ejercicios equivale a acelerar el ritmo de aprendizaje. Por ejemplo, para que el niño conozca mejor sus brazos, puede acostarse boca arriba, cruzar un brazo sobre su pecho y después el otro. Háganse los mismos movimientos con sus piernas. Cuando está boca arriba, ofrézcasele los dedos; cuando los haya cogido, elévese al niño suavemente hasta que quede sentado y bájelele despacio. Un niño de tres o cuatro meses puede carecer de fuerza para este juego, pero uno de seis o siete meses —sea niña o varón— debe estar en condiciones de lograr un fuerte asimiento de los dedos de su padre o de su madre.

Aunque las diferencias de fuerza relacionadas con el sexo no surgen hasta mucho después, en este período niños y niñas comienzan a actuar de un modo que consideramos claramente masculino o femenino. La primera visión de lo que tradicionalmente se han considerado cualidades femeninas —empatía, receptividad, sentimentalismo, altruismo y sensibilidad— aparece ya en la sección para recién nacidos. Las niñas lloran más que los niños y al parecer lo hacen por motivos distintos. Los experimentos demuestran que las niñas son más propensas a llorar en respuesta al llanto de otro bebé. Las niñas sonríen más y responden de un modo distinto ante el rostro humano. A todos los bebés les agrada, pero a las niñas parece que les gusta más. La visión de un rostro casi siempre desencadena un torrente de cháchara satisfecha en la niña, mientras que la respuesta del varón es menos entusiasta. En una investigación, las niñas de tres meses preferían mirar fotos de caras que de objetos. Por su parte, los varones se muestran igual de satisfechos con unas que con otras.

Aunque ignoramos cuántas de estas diferencias se deben a la biología, las investigaciones recientes dejan pocas dudas acerca de que lo que puede comenzar como diferencias constitucionales significativas pero secundarias, después de años de condicionamiento social se convierten en importantes diferencias de personalidad. Una de las razones principales por las cuales hombres y mujeres actúan de manera distinta corresponde a que desde la infancia se les ha enseñado a hacerlo. Por ejemplo, una cualidad como la confianza en sí mismo —que en líneas generales nuestra sociedad considera que es más una característica masculina— se sabe que se origina temprano y que se basa en la dosis de atención que recibe una persona. En consecuencia, si los hombres la tienen en mayor medida que las mujeres, parecería que incluso de bebés fueron objeto de mayor atención. Esto es exactamente lo que las investigaciones demuestran. Los bebés de sexo masculino reciben más

palabras, abrazos y estímulos que las niñas, y esta diferencia persiste a lo largo de la infancia y la adolescencia. La capacidad de aventura es otro rasgo adjudicado sobre todo al estereotipo masculino que parece surgir, de manera parcial, de un aprendizaje temprano. Nuevas investigaciones muestran que los varones tiene más libertad que las niñas para explorar y que, cuando lo hacen, son menos supervisados.

Lo que en líneas generales se consideran como características emocionales típicamente masculinas y femeninas también exhibe las fuertes marcas de la experiencia temprana. Considerando que a los bebés varones se les enseña a refrenar sus sentimientos mientras que las niñas son estimuladas a expresar los suyos, ¿es asombroso que los hombres adultos sean más moderados y controlados y las mujeres más dadoras y receptivas? Creo que no. Tampoco me parece una buena idea seguir perpetuando estas diferencias aprendidas. Este tipo de condicionamiento social ha aplastado innecesariamente y, en ocasiones de manera cruel, el espíritu de millares de niños.

Cada niño debería poder seguir su propia inclinación natural, y si ésta no encaja dentro de un estereotipo social conveniente... modifiquemos entonces el estereotipo. El lugar en el cual hay que comenzar a modificar nuestro sistema, que ahora está fuertemente dirigido a la realización y el éxito masculinos, es la sección para recién nacidos, donde las niñas deberían recibir el mismo aliento, estímulo y atención que los varones. En ningún momento, esta imparcialidad se torna más importante que entre el séptimo y el decimotercer meses.

Al principio de ese período, el niño lleva finalmente a cabo la distinción crucial entre él mismo y el mundo. Los bebés comienzan a notar que madres, padres, alimentos, juguetes, vistas y sonidos llevan una existencia independiente; esto tiene importantes repercusiones en su pensamiento. La mejor ilustración del profundo cambio que

durante este período se produce en la inteligencia humana es un experimento realizado hace varias décadas por el psicólogo suizo Jean Piaget.

Gran parte de lo que sabemos sobre el desarrollo del intelecto se debe a los experimentos que Piaget llevó a cabo sobre el desarrollo de sus propios hijos. En este caso concreto, intentaba determinar exactamente en qué momento personas y objetos comenzaban a asumir una vida separada para el niño; con este propósito inventó una prueba a la que sometió por separado a sus hijos cuando tenían cinco o seis meses de edad.

Ante la mirada de cada pequeño Piaget, cogió un juguete y lo ocultó parcialmente bajo una colcha. Eso no planteaba problemas; mientras una parte del juguete estuviera a la vista, el infante gateaba de prisa y lo cogía. A continuación, Piaget dio un giro inesperado al experimento y tapó todo el juguete, en lugar de una parte. Para recuperarlo, el niño sólo tenía que gatear y retirar la colcha, que seguía estando ante su vista. Esta única diferencia resultó ser decisiva. A pesar de que repitió varias veces la prueba, todos los pequeños Piaget perdieron el interés por el juguete escondido. Seguían absortos en su propio mundo; en cuanto el juguete desaparecía de su vista, para ellos dejaba de existir, lo mismo que padres y otros objetos cuando no estaban directamente accesibles a la vista o al tacto. Piaget realizó el mismo experimento por segunda vez cuando cada uno de sus hijos tenía unos meses más. En ese momento, eran capaces de entender que el juguete tenía una existencia independiente de ellos y, en lugar de perder el interés por él cuando quedaba oculto, los pequeños se acercaban gateando, retiraban la colcha, cogían el juguete y se alejaban sosteniéndolo firmemente en la mano.¹

1. En años posteriores a la experiencia aquí citada, Jean Piaget completó su búsqueda de los estadios perceptivos, emocionales, de simbolización y desarrollo de la inteligencia en el niño. Con relación a los bebés y la primera infancia puede verse Jean Piaget: *Las explicaciones causales*, Ed. Barral, Barcelona, 1973. (N. del T.)

En lo que se refiere a la conducta, este cambio perceptivo desencadena una profunda alteración en la relación del niño con las personas que le rodean. Hasta ese momento, no ha discriminado mucho entre los adultos que pasan por su mundo. Los padres reciben más sonrisas que los desconocidos y su partida los altera más. Sin embargo, como afirma el Dr. Robert McCall —ex director de psicología y jefe del Desarrollo perceptivo-cognoscitivo del Instituto de Investigaciones Fels—, lo que a los cuatro o cinco meses parece que tiene más importancia para el bebé es la presencia de personas, más que la presencia de determinadas personas. Los desconocidos reciben grandes sonrisas y, si se queda solo, el niño de esta edad recibe todo rostro nuevo casi tan cálidamente como recibiría el de su madre o el de su padre. Esto comienza a cambiar alrededor del séptimo mes (y, en algunos pequeños, en el sexto). El niño se vuelve cauteloso, si no directamente receloso; ahora, su semblante se tensa en presencia de una persona extraña. El desconocido es analizado con todo cuidado y seriedad y, si se acerca a la cuna demasiado de prisa o inesperadamente apoya una mano en ella, es probable que desencadene un torrente de lágrimas.

Planteado de este modo, parece que el niño reacciona atemorizado y, teniendo en cuenta las circunstancias, ésta sería la explicación lógica. Sin embargo, el Dr. McCall opina que estas confrontaciones producen en el infante la sensación algo más sutil de incertidumbre. Dado lo confusa que la incertidumbre es como emoción, incluso para un adulto con todos sus años de experiencia social, cabe imaginar lo perturbadora que es para un infante. El Dr. McCall apunta que, si los desconocidos representaran una amenaza indiscriminada, su mera presencia provocaría alarma. Ahora bien, si se le aborda lentamente o incorporado a un juego conocido, generalmente el infante se siente cómodo. Dicho sea de paso, ambas conductas también liberan la ansiedad desencadenada por la incertidum-

bre: la primera dando tiempo al bebé para adaptarse a la nueva situación, y la segunda permitiéndole hacer algo con la nueva persona.

Puesto que, prácticamente, todos los niños entre los siete y los veinticuatro meses de edad reaccionan del mismo modo ante los desconocidos, ambas conductas deberían incorporarse a todas las presentaciones del niño. Es necesario dar un tiempo al bebé para que examine a la nueva persona antes de acercarlo a ella; si el infante está en edad de hablar, es una buena idea enseñarle alguna expresión social elemental, como «hola» y «adiós», que le permitirá hacer algo con dicha persona.

La nueva conciencia del niño también provoca otros problemas. Ahora que comprende que su madre lleva una existencia independiente, ya no necesita esperar, desvalido, a que ella aparezca. El hecho de que la pueda llamar, combinado con su nuevo conocimiento de las cosas, constituye la base de una serie de juegos innovadores y, sospecho que para las madres, en ocasiones exasperantes. Un juego favorito eterno es «dejar caer el juguete». Mientras que en una etapa anterior, cuando desaparecía de su vista, lo olvidaba y su madre podía recogerlo cuando quería, ahora no sólo ha descubierto que dejar caer un juguete es divertido, sino que este juego puede repetirse una y otra vez. Lo único que necesita es un juguete que haga ruido al chocar contra el suelo y una madre dispuesta a recogerlo.

Alrededor de este período realiza el descubrimiento algo más práctico de que puede recordar nombres para las cosas. A pesar de que aún no puede pronunciarlos, reconoce palabras sencillas y su propio nombre. Junto al descubrimiento de que el mundo existe fuera de él, éste es el mayor adelanto intelectual que lleva a cabo en el primer año. El lenguaje es el valor corriente de todo reconocimiento humano y hasta su comprensión silenciosa abre nuevos reinos de aprendizaje. Expresiones como «mamá», «papá», «hola» y «adiós» finalmente desembocan en una

comprensión del lenguaje rudimentario y de la capacidad social.

La confirmación de este hecho corresponde al Proyecto Prescolar de Harvard, en el que los bebés y niños que daban sus primeros pasos con la mejor captación del lenguaje casi siempre eran los que puntuaban más alto en las pruebas de rendimiento. Dichas puntuaciones no son tan importantes, porque los resultados de una prueba infantil suelen variar ampliamente hasta que, alrededor de los tres años, la inteligencia del niño se estabiliza. Sin embargo, los cimientos básicos se establecen en el período que culmina en el tercer año y, como ya he dicho, lo que distinguí a los niños del Proyecto que obtuvieron la mayor puntuación durante sus primeros años fue la calidad de la atención maternal. La receptividad emocional formaba parte del Proyecto, pero sus madres también eran receptivas intelectualmente. Hablaban con sus hijos: cuando les entregaban un objeto, pronunciaban su nombre; cuando advertían que sus hijos miraban algo, lo nombraban... toda ocasión se convertía en una oportunidad para que madre e hijo conversaran. Dichas mujeres no aprendieron una habilidad especial, sino que disfrutaban naturalmente de sus hijos: de estar con ellos, de mostrarles cosas, de dejarlos recorrer libremente la casa, de permitir que lo exploraran todo. Desde la más tierna edad, sus bebés se habían convertido en participantes activos y respetados de la vida familiar y tenían libre acceso a todos los miembros de la familia en cualquier momento del día o de la noche. Esta rica vida social era la segunda característica distintiva de los niños más inteligentes del proyecto.

Uno de los motivos por los cuales estos pequeños prácticamente no podían fracasar era la cantidad de adultos sustentadores y nutritivos que el ambiente inmediato les proporcionaba como modelos. Como es lógico, el niño quiere ser como las personas que ama. En consecuencia, si ve que su madre o su padre disfrutan de la lectura, la mú-

sica o el deporte, intentará desarrollar su interés por dichas actividades. Sin embargo, esta regla contiene dos importantes corolarios: no debe obligarse al niño a hacer algo simplemente porque se supone que es bueno para él, y los padres no deben simular intereses que no tienen realmente. Presento otras pistas útiles sobre la paternidad que conviene recordar:

- **SED RESPETUOSOS.** No cometáis el error de pensar que lo que hacéis o decís delante de vuestro hijo no tendrá importancia hasta que tenga dos o tres años. Como ya hemos visto, importa mucho desde el embarazo en adelante. El niño es muy perceptivo y, si siente que no se le trata con respeto, es posible que ambos acabéis pagando por ello en el futuro.
- **DISFRUTAD DE VUESTRO PEQUEÑO.** No intentéis crear un niño perfecto. Sólo lograréis hacer desdichado a todo el mundo. A pesar de las afirmaciones en sentido contrario, no existe una técnica perfecta para criar niños. Aunque es importante aprender tanto como se pueda de libros, autoridades y amigos, a la larga tendréis que ser expertos a vuestra manera. Haced lo que os parezca correcto e ignorad todo lo demás.
- **DISCIPLINA.** Poca disciplina es tan mala como demasiada. Esta debe ser moderada, adecuada y coherente. No castigéis al niño por algo que el día anterior le permitisteis hacer. Si una conducta o actividad se declaran prohibidas, deben seguir estando prohibidas. No tengáis miedo de expresar vuestros sentimientos. Si el niño os ha encolerizado, mostrádselo con firmeza, pero evitad los gritos. Cercioraos también de que la cólera corresponde a la situación con el niño: no descargéis vuestras frustraciones en él.

● FOMENTAD LA INTIMIDAD. En general, a las madres es necesario recordarles esto menos que a los padres, sobre todo a los padres de hijos varones. Abrazar, acariciar o besar a un hijo varón no tiene nada de afeminado.

● SED VOSOTROS MISMOS. La abnegación no se convierte en una buena paternidad. Vuestra vida y vuestro matrimonio también son importantes. No deben quedar menoscabados sólo porque habéis tenido un hijo. Además, es más fácil ser buenos padres si estáis satisfechos y seguros de vosotros mismos. De lo contrario, existe la tentación de vivir el matrimonio a través de los hijos, y creo que no hay receta más segura que ésta para el desastre.

Capítulo X

RECUPERACIÓN DE RECUERDOS TEMPRANOS

Según la ciencia médica tradicional, antes de los dos años de edad, los niños no pueden recordar nada por-que las grandes vías nerviosas todavía no están plenamente mielinizadas —es decir, cubiertas por una vaina grasa de tejido conjuntivo— y, en consecuencia, no pueden trasladar mensajes. Se ha demostrado que esto es inexacto. La ausencia de mielina reduce la conducción de impulsos nerviosos, pero no les impide el paso.

Aunque por otro motivo, la opinión psiquiátrica tradicional también creía que los niños menores de dos años no podían pensar. Se basaba en la aseveración freudiana de que sólo con la adquisición del lenguaje los niños comienzan a emplear símbolos y a establecer engramas de memoria.

Tales tradicionalistas probablemente rechazarían relatos como los siguientes:

Cuando nací, en diciembre de 1960, mi madre me dio en adopción tras ponerme el nombre de Illeen. Fui enviada a una casa de maternidad y adoptada a la edad de cuatro meses.

Mis padres adoptivos decidieron cambiar mi nombre de pila por el de Cheryl, pues consideraron que, dada mi tierna edad, no tendría importancia. Lo extraño es que un día que regresé del parvulario, re-

pentinamente y sin motivo, me enfadé mucho con mi madre adoptiva. Me preguntó qué me ocurría y en medio de las lágrimas le dije que estaba enojada porque mi padre y ella me habían puesto el nombre de Cheryl. Intentó consolarme diciendo que pensaban que Cheryl era un nombre bonito para una niña, y luego me preguntó qué nombre habría preferido tener. Mi respuesta fue: «¡Illeen! ¡Illeen! ¡Sólo me gusta ese nombre!» (Jamás me habían dicho que alguna vez me llamé Illeen.)

Le saluda atentamente,
Sra. CHERYL YOUNG

Dr. Thomas Verny:

En respuesta a la petición que solicitó hoy a través de *Take 30* [un programa local de televisión], deseo hacerle saber que tengo recuerdos anteriores a mi nacimiento. Recuerdo una sensación de calidez y comodidad... tenía la sensación de oír sonidos amortiguados fuera de mi entorno y a mi alrededor podía ver una envoltura roja y brumosa. No me acuerdo de mi nacimiento (ocurrido el 28 de agosto de 1913), pero, exactamente un año después, recuerdo que estaba en el andén de la estación de Creston, en Colombia Británica (mi lugar de nacimiento), y veía un tren lleno de soldados agitando banderas... que se dirigía hacia el este. Tengo una foto (encontrada recientemente) que confirma lo que digo.

Le saluda atentamente,
RON GIBBS

Hoy sabemos que a partir del sexto mes de embarazo, y sobre todo desde el octavo, se establecen plantillas de memoria que siguen pautas identificables. En ese momento, el cerebro y el sistema nervioso del niño están lo bastante desarrollados como para que esto ocurra, y el hecho de

que los recuerdos recuperados de este período tengan una configuración y formas reconocibles tienden a confirmar la idea de que, en el tercer trimestre, el cerebro funciona a niveles próximos a los de los adultos normales.

Si nuestras primeras evocaciones de los acontecimientos prenatales son modeladoras tan potentes de la conducta, ¿por qué motivo recordamos tan pocos? Nuevas investigaciones han dado varias respuestas a esta pregunta, y es posible que cada una por separado o, lo que es más probable, una combinación de todas, ejerza un efecto sobre la memoria.

Nuestra incapacidad para recordar acontecimientos o situaciones específicas no significa que dichas experiencias y las emociones que suscitan estén irrecuperablemente perdidas. Incluso los recuerdos muy enterrados siguen resonando emocionalmente. Uno de los factores que puede hacer que escapen a la evocación consciente es un proceso que se relaciona con la presencia de la oxitocina, que, como hemos visto, es la hormona que controla el ritmo de las contracciones del parto. La oxitocina es, fundamentalmente, un regulador muscular, pero ejerce un efecto concreto. Investigaciones recientes han demostrado que una gran cantidad de oxitocina provoca amnesia en los animales de laboratorio; sometidos a su influencia, incluso animales profundamente entrenados pierden la capacidad para realizar tareas. Aunque se desconoce a qué se debe esta respuesta, sabemos que la oxitocina de la parturienta inunda el sistema de su hijo. En consecuencia, si pocos de nosotros somos capaces de recordar lo que sucedió durante el parto, ello podría deberse parcialmente a que nuestros recuerdos del nacimiento —al igual que los de los animales de laboratorio— están lavados por la oxitocina a que estuvimos expuestos durante el alumbramiento.

Nuestra capacidad de recuperarlos más adelante también puede depender, en parte, de otra sustancia que se produce naturalmente, la ACTH (hormona adrenocortico-

cotrofa). Nuevas investigaciones demuestran que la ACTH ejerce el efecto contrario al de la oxitocina: ayuda a retener los recuerdos, hecho que podría explicar los numerosos recuerdos prenatales y natales que se centran en torno a hechos traumáticos o inquietantes. Cuando la embarazada o la parturienta está tensa, preñada o temerosa, su cuerpo responde liberando hormonas de la tensión, y la sustancia que regula su producción es la ACTH. Lo mismo ocurre cuando cualquiera de nosotros se asusta o está ansioso. Sin embargo, en la gestante esto también influye en su hijo. Cada vez que algo la asusta, grandes cantidades de esta hormona inundan el sistema del niño y le ayudan a retener una clara y vívida imagen mental del contratiempo de su madre y del efecto que ejerce en él. Este fenómeno podría explicar el motivo por el cual Ricky Burke, al que ya nos hemos referido, tenía un recuerdo tan gráfico de su nacimiento. La noche en que Ricky nació, su madre estaba sometida a una terrible tensión emocional: el parto se había adelantado peligrosamente, sufría graves dolores y la estaban tratando en una situación de emergencia. La ACTH que su cuerpo produjo en respuesta a las tensiones contribuyó, sin duda, al asombroso recuerdo que su hijo tenía de la plegaria en latín que el sacerdote había pronunciado y de las coléricas palabras de los frustrados médicos.

Este caso contrasta con las circunstancias en que surgió el recuerdo natal de una de mis pacientes, a la cual ya me he referido. Se trata de la mujer de edad madura que, en medio de una sesión agotadora, de pronto recordó vívidamente el temor de su madre durante el parto. El hecho de que su madre estuviera asustada —es decir, tensa— en ese momento decisivo, indica que la ACTH contribuyó a producir su intensidad de memoria. No obstante, dado que su nacimiento había sido bastante normal, supongo que un fenómeno denomi-

nado «aprendizaje dependiente de la situación» también pudo contribuir a la recuperación del recuerdo.

En pocas palabras, el aprendizaje dependiente de la situación alude al hecho de que, a veces, un suceso como el nacimiento, que experimentamos en un estado de apertura física y emocional, pasa a formar parte de un entorno mental que abarca el recuerdo del acontecimiento mismo, así como las emociones y sensaciones físicas que lo acompañan. En estos casos, a menudo somos incapaces de evocar el acontecimiento, a menos que otra circunstancia recree las emociones que suscitó. El poder de este fenómeno ha sido demostrado de manera concluyente en pruebas de laboratorio. En un experimento, los investigadores emplearon dos sensaciones muy corrientes —miedo y hambre— para conectar y desconectar la memoria. Se asustó a un grupo de animales y, a continuación, se les enseñó un determinado conjunto de tareas; mientras sólo estaban asustados, podían recordar a la perfección cómo realizar dichas tareas. Sin embargo, el hecho de añadir un segundo elemento —el hambre— obnubilaba sus memorias y, en consecuencia, su rendimiento. Ignoramos por qué motivo un segundo elemento provoca la supresión de la memoria. De todos modos, este experimento demuestra que la memoria de una cosa, persona o acontecimiento está influida por la presencia de un entorno mental concreto y muy específico.

Dicho fenómeno podría explicar sin dificultades por qué motivo el recuerdo que mi paciente tenía de su nacimiento surgió subitamente durante una sesión conflictiva. En la psicoterapia profunda, el individuo está obligado a abrirse paso a través de un campo minado de recuerdos con carga emocional, y en el transcurso de ese arriesgado recorrido, sin darse cuenta —como le ocurrió a mi paciente—, puede hacer estallar una de las minas. No es necesario que la persona esté hablando sobre un tema determinado para recuperar instantáneamente un recuerdo relacionado

con él. Mi paciente hablaba de su marido cuando surgió el recuerdo natal. En el aprendizaje dependiente de la situación, lo que cuenta no son las circunstancias, sino el «entorno» emocional o fisiológico que desencadena. Algún elemento de nuestra charla sobre su marido -ignoro cuál- recreó el «entorno» que la mujer había experimentado cuando su madre se asustó durante el parto, y así liberó un recuerdo de ese miedo materno.

La capacidad que ciertos agentes farmacológicos (drogas) tienen para producir recuerdos natales puede deberse al fenómeno del aprendizaje dependiente de la situación. Se demostró en un experimento clásico, en el cual se inyectó una droga a los animales de laboratorio y a continuación se les enseñó a recorrer un complicado laberinto de pasillos comunicados entre sí. Cada vez que se les volvía a dar la droga, los animales recorrían el laberinto como viajeros experimentados que avanzan por un camino conocido; ahora bien, si se utilizaba un agente distinto, su conocimiento del laberinto se quebraba. Eran capaces de recordar algunas vías, pero no las suficientes para llegar sanos y salvos a la salida del laberinto.

Creo que este descubrimiento explica el motivo por el cual muchos de los recuerdos que surgen en los experimentos con la memoria se relacionan con el nacimiento. La mayoría de los sujetos de dichas pruebas nacieron en una época en que los partos con medicación eran corrientes. Evidentemente, los agentes que se les suministran en los estudios sobre la memoria crean un «entorno» semejante al que produjeron los medicamentos para el parto. Quizá, algunas de las sustancias utilizadas en dichos experimentos se parecen químicamente a los analgésicos y sedantes que la obstetricia empleaba hace veinte, treinta y cuarenta años. Otra posibilidad reside en que determinadas drogas puedan recrear química o fisiológicamente el «entorno» que una persona experimentó en el útero o al nacer, lo cual desencadenaría un recuerdo temprano.

Tal vez éste sea el motivo por el cual un paciente que ya he mencionado sólo era capaz de recordar el sonido de las trompetas festivas que había oído en el útero sólo después de ingerir cierta droga, y por el cual otro paciente sólo recordaba cuando estaba medicado el incidente de la fiesta en el que su madre embarazada fue humillada. Sospecho firmemente que, en el último caso, la ACTH pudo desempeñar un papel importante: en primer lugar, porque la situación que la madre afrontó la noche de la fiesta estuvo profundamente cargada de tensión, de modo que en su sistema debió de haber una gran cantidad de ACTH durante la reunión e inmediatamente después; y en segundo lugar, a causa de la intensidad de la impresión. Creo que sólo una ayuda a la recuperación de la memoria muy específica, como la ACTH, pudo provocar evocaciones prenatales tan claras.

Los psiquiatras y psicólogos que mediante drogas, hipnosis, asociación libre y otros medios hacen regresar regularmente a sus pacientes a los tiempos natales y prenatales, a menudo dan cuenta de experiencias que parecen remontarse incluso a la concepción. Comentarios como los siguientes no son excepcionales:

«Soy una esfera, un balón, un globo, estoy hueco, no tengo brazos, ni piernas, ni dientes, siento que no tengo pecho ni espalda, pies ni cabeza. Floto, vuelo, giro. Las sensaciones llegan de todas partes. Es como si fuera un ojo esférico.»

Al margen de las sugerentes metáforas, esta descripción no contiene muchos elementos que parezcan tener sentido... al menos tal como esperamos que lo tengan los recuerdos. Sin embargo, he oído muchos comentarios parecidos por parte de mis pacientes y de los de otros psiquiatras y, más concretamente, he descubierto que, si se analizan con atención, estos recuerdos corresponden a

menudo a acontecimientos de las primeras etapas del embarazo. No puedo afirmar que representen auténticos recuerdos prenatales, pero, dada la lógica interna que suelen tener, creo que es un tema digno de explorar en el futuro.

El hecho de que no recordemos algo conscientemente no significa que no haya quedado registrado. Dicho sea de paso, esto también se aplica a las personas, sometidas a una anestesia general. Con ayuda de la hipnosis, las personas hipnotizables recuerdan con gran claridad todo lo que se dijo e hizo durante sus intervenciones quirúrgicas. Si re-tornamos entonces al estudio de la memoria del niño no nacido, podemos deducir con seguridad que, a partir del sexto mes posterior a la concepción, su sistema nervioso central es capaz de recibir, procesar y codificar mensajes. Casi sin duda, la memoria neurológica está presente al comienzo del tercer trimestre, momento en que la mayoría de los bebés, si nacen, pueden sobrevivir gracias a la ayuda de la incubadora.

Del mismo modo que en mi capítulo sobre el vínculo intrauterino tuve que postular la existencia de una tercera vía de comunicación —es decir, la simpática—, además de las dos vías fisiológicas, a fin de explicar el conjunto de observaciones realizadas, aquí nos encontramos de nuevo con una situación paralela. Ocurre que hay personas, mi-lares de personas, que a través de sus sueños, actos, síntomas psiquiátricos u otras circunstancias, evidencian «recuerdos» que se remontan a antes del último trimestre de gestación.

Las pruebas sobre un tipo de sistema de memoria extra-neurológico van en aumento. El hecho de que poseemos dicha facultad se ve mejor corroborado por casos bien documentados de experiencias próximas a la muerte (véanse las obras de Kübler-Ross y otros), en las que personas a las que los médicos han declarado muertas retornan a la vida y explican cada detalle de lo que ocurrió en el sitio en que se encontraban. A menudo no sólo saben lo que se dijo,

sino lo que se les hizo, la expresión de los rostros de los presentes, las prendas que usaban, etc., cosas que no podrían haber visto aunque hubiesen tenido los ojos abiertos... y no los tenían.

En el pasado, la adquisición o expresión de dichos conocimientos recibió el nombre de intuitiva. La comunicación simpática entre la madre y su hijo intrauterino o la existente entre dos personas que tienen una relación emocional muy estrecha —como los gemelos— constituyen una buena muestra de la intuición o percepción extrasensorial.

Puesto que, al igual que los mensajes que recorren los sistemas nerviosos central y autónomo (SNC-SNA), los mensajes simpáticos han de llegar a alguna parte y ser codificados en algún sitio, planteo la hipótesis de que se depositan en células individuales; llamo a la memoria obtenida de este modo «memoria orgánica». Esto permitiría que incluso una sola célula, como el óvulo o el espermatozoide, contuviera «recuerdos» y estableciera una base de explicación fisiológica para el concepto jungiano del inconsciente colectivo.

En consecuencia, lo que postulo son dos sistemas separados pero complementarios que sirven a nuestras facultades de memoria. El funcionamiento de uno depende del establecimiento de las redes neurológicas maduras que comprenden los sistemas nerviosos central y autónomo, y comienza a operar a partir del sexto mes después de la concepción. Este sistema obedece a las leyes de la física y la química. El otro es un sistema paraneurológico. Todavía no conocemos las leyes que lo rigen.

En mi opinión, la modalidad simpática predomina al comienzo de la vida y luego disminuye gradualmente. Reaparece en momentos de gran tensión, como pueden ser los peligros que corre un ser querido o una muerte inminente. También puede manifestarse en estados alterados de conciencia provocados, por ejemplo, por alucinógenos, la hipnosis o la psicoterapia. Creo que, provisionalmente,

si aceptamos este modelo bipolar de memoria —al menos como hipótesis de guía—, podemos explicar no sólo la existencia de recuerdos prenatales y natales, sino también el desarrollo en el útero de las predisposiciones hacia determinadas actitudes y asimismo el de las vulnerabilidades.

Capítulo XI

LA SOCIEDAD Y EL NIÑO INTRAUTERINO

Es posible que, preocupado por los misterios de la relatividad en su despacho de la Oficina Suiza de Patentes, Albert Einstein practicara ciencia pura, pero no operaba en el vacío. Realizaba su trabajo dentro de los límites de una sociedad fuertemente estructurada y, como ocurre con los principales descubrimientos científicos, resultó que tenía importantes consecuencias sociales, éticas, morales y legales para dicha sociedad. Lo mismo se aplica a la obra de todos los grandes científicos: modifica de manera fundamental la sociedad en que surge. Casi con toda seguridad, la obra de los hombres y mujeres que han desfilado a lo largo de este libro tendrá las mismas consecuencias.

A causa de ellos, será distinto el modo de considerar al feto y al recién nacido, y nuestro pensamiento sobre cómo y cuándo se origina la vida. Esto planteará algunas provocadoras controversias legales y morales para todos nosotros... seamos médicos, abogados, legisladores o padres. El aborto es un claro ejemplo. A la luz de lo que recientemente hemos aprendido sobre el feto, ¿cómo debemos considerarlo? La producción de vida en probeta constituye otro ejemplo. Dado lo que ahora sabemos sobre las necesidades emocionales del niño intrauterino, ¿es acertada? En este capítulo me gustaría analizar en qué forma los conceptos y hallazgos de la psicología pre y pe-

rinatal afectarán a nuestras instituciones sociales y nuevas actitudes hacia algunas de las cuestiones aquí planteadas.

ABORTO

En un sentido estricto, ninguna de las posiciones del debate sobre el aborto puede extraer mucho apoyo inmediato de los nuevos descubrimientos de la fetología y la psicología prenatal. Dicho debate se limita sobre todo a la utilización del aborto en los primeros meses del embarazo, y la mayoría de los nuevos descubrimientos se centran en el feto a partir del sexto mes. Sin embargo, la problemática del aborto no puede eludirse, aunque no sea más que por el hecho de que el progreso de nuestros conocimientos se dirige constantemente hacia los orígenes de la vida.

Hace una o dos décadas, la idea de que un feto de seis meses tenía conciencia habría sido risible. En la actualidad, muchos la consideran un hecho aceptado. Dentro de una década, a medida que nuestras técnicas de investigación sean más sutiles, es posible que esa línea pueda trazarse a los tres y quizá incluso a los dos meses. *From Conception to Birth* («De la concepción al nacimiento») —uno de los mejores y más actualizados libros de consulta sobre embriología—, de los Dres. Robert Rugg y Landrum Shettles, sostiene que, «al final del primer trimestre, el feto ha desarrollado todos los sistemas principales y virtualmente es un organismo que funciona», lo cual significa que, al final del tercer mes, el niño intrauterino está plenamente formado; sus brazos, piernas, ojos, orejas, corazón y vasos sanguíneos han adquirido, en miniatura, la forma que tendrán a lo largo de toda la vida. Y, lo que es aun más decisivo, en ese período aparecen las primeras señales discernibles de actividad cerebral.

Según palabras de un investigador, las ondas cerebrales, que normalmente comienzan en la octava o novena semana (han sido detectadas incluso en la quinta semana), asumen rápidamente «una pauta claramente individual». Lo mismo se aplica a los movimientos corporales, que se inician en esta época. Los primeros revuelos —en general ligeros cambios de posición —son discernibles ya en la octava semana, aunque el movimiento activo no suele comenzar hasta la décima o undécima. A continuación, el niño domina de prisa una sucesión de movimientos complejos y cada vez más individuales; se han fotografiado bebés intrauterinos mientras se rascaban la nariz, se chupaban el pulgar, alzaban la cabeza y se estiraban. Puesto que el feto de diez u once semanas no sólo se mueve, sino que también lo hace con un propósito, se plantea la posibilidad de que los débiles trazos del electroencefalograma —ondas cerebrales— del segundo y tercer mes sean indicativos de una actividad mental significativa.

Si el feto ya hubiese nacido, la interpretación arriba apuntada sería la acertada. Como sostiene el Dr. Bernard Nathanson en su excelente obra *Aborting America* («La América de los abortos»), el niño no nacido satisface todos los criterios de vida establecidos por la Facultad de Medicina de Harvard. Estos, conocidos sencillamente como Criterios de Harvard, fueron redactados a finales de los años sesenta para ayudar a los médicos a redefinir, a la luz de los nuevos adelantos de la tecnología médica, la línea divisoria entre la vida y la muerte. Las cuatro pautas de muerte son: ninguna respuesta a los estímulos externos; ningún reflejo profundo; ningún movimiento espontáneo ni esfuerzo respiratorio, y ninguna actividad cerebral. Estas guías fisiológicas son las mejores de que disponemos, ya que el ego, el espíritu, el «yo» o el alma —o cualquier nombre que uno elija para definir la vida humana— están más allá de nuestros instrumentos de medición. El hecho de que el no nacido resulte «vivo» según los cuatro crite-

rios plantea cuestiones significativas acerca de nuestras actitudes actuales con respecto al aborto.

Esto no quiere decir que me oponga al aborto. La disminución de las restricciones legales al aborto a principios de la década de los setenta fue, sin lugar a dudas, sensata. Creo que la decisión de tener o no un hijo debe corresponder a la mujer. Se trata de su cuerpo y su mente, y la opinión final en la decisión de cómo han de utilizarse debe ser la suya. Además, obligar a una futura madre reacia a llevar a término el hijo que tiene en su seno es, en última instancia, contraproducente, pues es posible que la experiencia acabe siendo perjudicial tanto para ella como para el infante. La legalización también ha permitido sustraer el aborto de los bajos fondos y situarlo donde corresponde: en manos de los profesionales de la medicina.

Sin embargo, me perturba la forma en que el fácil acceso a este procedimiento ha afectado algunas de nuestras actitudes hacia la vida. Un indicador es la gran cantidad de abortos que se realizan por falta de métodos anticonceptivos. A menudo, más que a un descuido, se debe a una falta de preparación, ya que la mayoría de las mujeres que recurren a este procedimiento para poner fin a un embarazo no deseado son muy jóvenes, muy pobres o ambas cosas. Una mayor y mejor educación sexual en la escuela, el hogar y el dispensario podría evitar buena parte de estos embarazos. Ahora bien, debido a que, con frecuencia, los que más la necesitan no cuentan con esa educación, los estudios muestran que un número perturbadoramente elevado de abortos se practican por falta de métodos anticonceptivos. La cifra a la que llegó la Dra. Marlene Hunter después de analizar a más de seiscientas mujeres que solicitaron hacerse un aborto en el hospital de una pequeña comunidad, fue del 70 %. La psiquiatra Eloise Jones registró una cifra parecida. De las quinientas mujeres que trató, el 80 % no utilizaba ningún método contraceptivo cuando quedó embarazada.

Aun más perturbadora es la utilización del aborto como medio de selección de sexo. Gracias a los recientes adelantos tecnológicos, ahora podemos conocer el sexo del niño poco después de iniciado el embarazo. Según lo que los asesores genéticos de varios centros médicos comunicaron al *Journal of the American Medical Association*, algunas parejas comenzaron a utilizar este conocimiento con el fin de elegir el sexo de sus hijos (solicitaban un aborto si el feto no era del sexo «adecuado», generalmente masculino).

Afortunadamente, esta actitud es aún poco corriente. He asesorado lo suficiente como para saber que el aborto es una decisión que la mayoría de las mujeres no toman a la ligera; supone un análisis de conciencia y muchos sufrimientos. Familiares, amigos, médicos y comunidad deben hacer todo lo posible para aliviar esa angustia; sin embargo, también considero que la mujer debe ser plenamente informada de que lo que está en juego no es un grupo de células inertes, sino los comienzos de la vida. Las fuerzas proabortistas sostienen que esto influye en el asesoramiento y que es injusto. ¿Injusto con quién? Si una mujer se sometiera a una intervención que pone en peligro su vida, sería minuciosamente informada de los riesgos de dicho procedimiento. Ese consentimiento informado es un derecho por el cual los pacientes han luchado durante más de una década. ¿Acaso el consentimiento informado no debe aplicarse también a los abortos? Si el médico puede dedicar varios minutos a explicar cómo piensa extirpar un órgano superfluo como el apéndice, ¿no debería estar dispuesto —no deberíamos estar dispuestos— a dedicar el mismo tiempo a este tipo de decisión?

Esto no significa que no existan razones legítimas para solicitar un aborto, ni que la responsabilidad del abuso de este procedimiento corresponda exclusivamente a las mujeres. Los hombres se interesan muy poco por el asunto y rara vez se consideran responsables de las consecuencias de sus actividades sexuales. En su mayoría, los hombres

esperan que la mujer cargue con la responsabilidad de la anticoncepción y, si es necesario, también del aborto. Sólo cuando el hombre está casado o profundamente comprometido con una mujer suele estar dispuesto a asumir un papel activo en la decisión del aborto. Eso no es lo bastante adecuado.

Las fuerzas en pro y en contra del aborto ofrecen asesoramiento a las mujeres que han de tomar solas la decisión, pero con harta frecuencia están más interesadas en conversar que en ofrecer consejos objetivos. Para lograr el equilibrio, la mujer podría visitar a ambas y después tomar una decisión. Idealmente, la mejor fuente de apoyo y guía es un médico de cabecera, un obstetra, un psiquiatra o una comadrona receptivos y comprensivos. Sin embargo, como es sabido, no son fáciles de encontrar.

Tras haber decidido someterse a un aborto, la mujer debe comprender que, en líneas generales, el procedimiento está exento de importantes complicaciones emocionales y físicas. Según un reciente estudio norteamericano, menos de un aborto de cada mil provocaba graves alteraciones emocionales. Un informe inglés presentó una cifra aun más baja, situando la incidencia de un síndrome denominado psicosis postaborto a un 0,3 por millar de abortos legales. Se trata no sólo de una cifra extraordinariamente baja por sí misma, sino también muy inferior a la incidencia de la psicosis posparto, que se produce 1,7 veces por cada mil nacimientos.

BEBÉS DE LA CADENA DE MONTAJE

La inseminación artificial de una madre sustituta es una opción a la que desde hace poco acceden los matrimonios sin hijos en los cuales la esposa es estéril. Por un costo de hasta veinte mil dólares, el Dr. Richard Levin —que dirige la Asociación de Padres Sustitutos de Louisville— dispon-

drá que una mujer sea fecundada por el marido (mediante traspaso del espermia), lleve en su seno a término el niño resultante y se lo entregue a la pareja cuando nazca. El primero de estos niños nació en noviembre de 1980. Sin lugar a dudas, en los próximos años aparecerán muchos más.

Clínicamente, todos los problemas están resueltos: el traspaso de espermia es sencillo, barato y seguro. Sin embargo, legalmente plantea algunas cuestiones complicadas. En primer lugar, no se sabe con claridad a quién pertenece el niño: ¿al matrimonio o al marido y la madre sustituta? El contrato existente exige que el niño sea entregado en adopción al matrimonio, pero, al margen de lo que éste estipula, muchas autoridades legales afirman que los tribunales no separarían a un niño de su madre. Angela Holder, directora del Programa de Leyes, Ciencia y Medicina de la Universidad de Yale, afirma: «En Estados Unidos no hay un solo tribunal que confirme este contrato si la madre sustituta quiere quedarse con el niño.» George Annas, profesor de leyes y medicina de la Universidad de Boston, está convencido de que una pareja que decidiera no aceptar el nacimiento de su bebé porque es deforme o retrasado, o por cualquier otro motivo, podría romper el contrato con la misma facilidad.

Aunque pudieran resolverse estos enredos legales, ¿es sensata la utilización de una madre sustituta? Es verdad que proporciona al matrimonio sin hijos un niño que, biológicamente al menos, es suyo en un cincuenta por ciento, y comprendo que algunas parejas prefieran esta opción a la adopción. De todos modos, uno debe poner en tela de juicio los motivos de la mujer que elige convertirse en sustituta. ¿Lo hace porque le gusta estar embarazada o exclusivamente por dinero? Sospecho que, en la mayoría de los casos, la respuesta es que lo hace por dinero. De forma natural, la madre sustituta rechazaría el comprometerse emocionalmente con el niño que lleva en su seno. Si no lo hiciera, renunciar más adelante a él sería demasiado dolo-

roso. ¿Qué tipo de sacrificio estaría dispuesta a hacer dicha madre por su infante? ¿Dejaría de fumar y de beber y sería cuidadosa con su dieta? ¿Elegiría un parto natural aunque quizá más doloroso, o escogería la solución fácil en forma de analgésicos y anestesia, sin tener en cuenta el efecto que pueden ejercer en el bebé? Dadas las circunstancias, ¿se permitiría amar o respetar la vida que lleva en su seno?

Sin lugar a dudas, los defensores de esta práctica sostendrían que una cuidadosa selección y control de las candidatas a madres sustitutas podría eliminar dichos riesgos. Es posible, pero creo que hasta que no haya sido demostrado de manera científica, deben ponerse algunos reparos a este fenómeno.

Cuestiones semejantes plantea un segundo desarrollo reciente, los «niños probeta». Louise Brown fue la primera niña que inició su vida de este modo, con la ayuda de los Dres. Patrick C. Steptoe y Robert Edwards y sus colegas de la Universidad de Londres. A pesar de que Louise nació hace pocos años, los progresos en este campo han sido tan veloces que probablemente a finales de los años ochenta existirán miles de niños probeta. Clínicamente es un procedimiento sencillo. Supone la extracción quirúrgica de los óvulos humanos maduros del cuerpo de la madre, que a continuación son fertilizados en probeta con los espermatozoides del padre; cuando se produce la fertilización, se lleva a cabo la implantación en la futura madre. Así, el niño alcanza la madurez en un ambiente uterino normal, lo cual parece convertir este procedimiento en la solución ideal para una de las principales causas de infertilidad femenina (trompas de Falopio enfermas o de forma anormal). En muchos sentidos lo es: la mujer no sólo es embarazada por su marido, sino que también puede llevar al bebé en su seno durante el embarazo. Asimismo, el bebé está protegido por una madre cálida y amorosa que, dada su

historia, es probable que haga todo lo posible por su bienestar.

Pese a lo loable que esta práctica resulta, contiene algunos elementos que me preocupan profundamente. La fabricación de vida representa una intervención en gran escala contra la naturaleza y, si la experiencia pasada nos sirve de guía, nos esperan riesgos que ni siquiera sabemos cómo prevenir. Esto no suele corresponder a la intervención, sino al modo de utilizarla. Dada la predilección de la medicina por la manipulación mecánica y biológica, ¿seremos capaces de resistir la tentación de utilizar esta técnica de manera general? La historia del control fetal no es nada edificante en este sentido. Diseñado concretamente para los infantes de alto riesgo, la aplicación del monitor a todos los nacimientos ha provocado un acentuado aumento del porcentaje de cesáreas. La utilización del parto inducido, los fórceps y las incubadoras también se ha incrementado innecesariamente. La producción de niños probeta podría seguir el mismo camino. Puesto que representa una intervención de enormes proporciones, su potencial daño es mucho mayor. Por ejemplo, ¿cómo sabemos si los genes trasladados en un óvulo fertilizado no quedan irrevocablemente dañados durante el traspaso? Hasta que no sepamos sobre sus riesgos lo mismo que sabemos acerca de sus ventajas, esta técnica no debería emplearse en gran escala.

OBSTETRICIA

No hace mucho, el Dr. John B. Franklin —director médico del Booth Maternity Center de Filadelfia— describió la asistencia y tratamiento de la embarazada sana como «el gran campo de batalla» de la obstetricia actual. Preguntaba: «¿La tratamos como enferma hasta que se demuestra que está sana o como sana hasta que se demuestra que está

enferma?» Añadía que en muchos casos se la trata como «enferma hasta que se demuestra que está sana». Como ya he dicho, a causa de esta actitud millares de mujeres e infantes sanos han sido innecesariamente puestos en peligro. No todas las personas que ingresan en la planta obstétrica han de ser medicadas, controladas o intervenidas quirúrgicamente, y creo que, al fin, un número cada vez mayor de obstetras comprende este hecho. Impulsados por sus pacientes y por su propio sentido de lo que es clínicamente correcto, muchos han comenzado a reducir los aspectos tecnológicos de su práctica... y a reservarlos para casos de verdadera necesidad. De hecho, en los grandes centros metropolitanos de hoy existe una creciente sensación de cambio dentro de esta especialidad. Se advierte en la manera de hablar de los obstetras, en su mayor disposición a participar en partos naturales, a trabajar al lado de las comadronas y a asistir partos en centros alternativos para parturientas y otros escenarios no clínicos.

Aunque esto resulta estimulante, todavía no es suficiente. Si de verdad queremos aprovechar al máximo las experiencias del embarazo y el parto, también necesitamos un nuevo tipo de asistencia prenatal que recalque el carácter digno, humano y natural de estos acontecimientos, que haga hincapié tanto en las necesidades psicológicas de la mujer como en las físicas, y que conceda a ella y a su familia una voz en *todas* las decisiones. En concreto, necesitamos un amplio programa de asistencia (si es posible, bajo un mismo techo, como un centro médico o determinado dispensario) que trate a la mujer globalmente, proporcionándole una variada serie de servicios médicos, psicológicos y de apoyo social. Es aconsejable que entre ellos figuren:

- **UN ASESOR DE NATALIDAD.** Como consejero experimentado y comprensivo, el asesor —que podría ser un médico o una comadrona— ayudaría a la

mujer a planificar sus objetivos de embarazo y parto. También contribuiría a llevar a cabo esos objetivos enviando a una mujer a los profesionales e instituciones que proporcionan el tipo de asistencia que ella desea.

- **SERVICIOS MÉDICOS.** Aquí se incluirían asistencias de trámite, como análisis físicos periódicos y pruebas de laboratorio, así como servicios especiales para la madre de alto riesgo y para asesoramiento genético.
- **CLASES PRENATALES.** Instruirían a sus participantes en educación sexual y nutrición, en la anatomía y la fisiología del parto, y enseñarían ejercicios de respiración y relajación.
- **ASESORAMIENTO PSICOLÓGICO.** Se trata de un servicio suplementario que ofrecería terapia a las personas con problemas específicos, como pueden ser las madres solteras y las parejas que tienen dificultades para adaptarse al embarazo. De todos modos, su objetivo principal —una prueba de análisis psicológico— es válido para *todas* las gestantes.

Estas pruebas, que ya han sido utilizadas con mucho éxito en Suecia, la República Federal de Alemania y otros países europeos, a fin de detectar a las mujeres de alto riesgo emocional, incluyen preguntas que giran en torno a campos potencialmente reveladores de vulnerabilidad emocional, como, por ejemplo, la relación de la mujer con su madre, su autoimagen, sus sentimientos y temores con respecto al parto, la relación con su marido y su padre, y su historial psiquiátrico.

El gran valor de estos servicios reside en que funcionan como una especie de dispositivo temprano de alarma. Por ejemplo, la prueba psicológica debería realizarse durante la primera o segunda visita prenatal; si la

gestante alcanza una puntuación alta en alguna o varias áreas, aún hay tiempo suficiente para intervenir y aplicar medidas correctoras. Normalmente, la naturaleza de dichas medidas quedará determinada por las vulnerabilidades emocionales de la mujer, aunque casi siempre supondrá algún tipo de terapia psicológica. Si el problema es una relación marital tensa, podría recurrirse al asesoramiento matrimonial, y si los temores se centran en el embarazo, podría realizar terapia de grupo con otras gestantes.

Otra ventaja menos notoria de estas pruebas es que fomentaría que obstetras y psiquiatras trabajasen más unidos, hecho que los beneficiaría a ellos tanto como a las madres y a sus hijos.

PSIQUIATRÍA

De momento, obstetras y psiquiatras son algo así como miembros de la misma familia con un parentesco lejano. El contacto entre ellos es amable pero poco corriente, y en su mayor parte se limita a un intercambio de información sobre pacientes comunes. El hecho de que podrían compartir intereses y capacidades mutuas que se unen en una coyuntura decisiva de la experiencia humana no ha sido lo bastante apreciado por la mayoría de los miembros de ambas profesiones. Los obstetras se han dado por satisfechos trabajando sin ayuda en su coto y, en general, la única vez que el psiquiatra ve por dentro un pabellón de obstetricia, concluido su período como internista, es cuando nacen sus hijos o cuando le llaman para tratar a una mujer que sufre de depresión posparto. Esta actitud debe cambiar, y si el primer paso para modificarla es el desarrollo de una obstetricia más orientada hacia la psicología, el segundo sería el surgimiento de una psiquiatría más orientada hacia la obstetricia.

Basta con hojear al azar cualquier publicación psiquiátrica para encontrar artículos sobre nuevos tranquilizantes, antidepresores, tratamiento electroconvulsivo y terapia de conducta para esquizofrénicos. En tales publicaciones, rara vez se verá que alguien se aplique a las consecuencias de las tensiones y ansiedades provocadas por el embarazo, y jamás a la psique del niño intrauterino. A pesar de todo, el compromiso activo de la psiquiatría en las cuestiones emocionales relacionadas con la obstetricia podría beneficiar a miles de mujeres y a sus hijos. La atención y la investigación deberían dedicarse a problemas como la gestante de alto riesgo. Ya la hemos visto bajo tres aspectos: la mujer que se preocupa desmesuradamente por su imagen corporal, la que tiene una mala relación con su propia madre y la que tiene problemas con su marido. Probablemente, también presenta otros aspectos. Una candidatura lógica para este análisis es la embarazada que manifiesta a la familia. Otra es la mujer que se ve obligada a desarraigarse y mudarse durante el embarazo. Las pruebas indican que las actitudes de la mujer hacia el nacimiento predeterminan el tipo de parto que tiene; pero hemos de saber más sobre esas actitudes para poder reconocerlas pronto y tratarlas.

La psiquiatría también debería ofrecer un programa de terapia breve y orientado hacia los problemas durante el embarazo. Toda mujer que ha visto cambiar su cuerpo, que se preocupa por la forma en que esto afectará los sentimientos de su marido, que tiene pesadillas relacionadas con dar a luz un niño deforme o retrasado, o que se preocupa por su eficiencia como madre, experimenta una tensión relacionada con el embarazo. Dichas ansiedades son comunes y a menudo inofensivas; sin embargo, en algunos casos están peligrosamente a punto de desquiciarse a algunas mujeres. Estas gestantes no son necesariamente más débiles que las demás ni deben considerarse como tales. Según mi propia experiencia, su problema más común es

la falta de un sistema de apoyo en forma de marido, amigos o familiares con quienes compartir sus temores. Los miedos no expresados crecen a medida que pasa el tiempo. Con frecuencia, el único tratamiento real que tales mujeres necesitan es la posibilidad de charlar con alguien. En general, sus preocupaciones pueden resolverse mediante unas sesiones con un asesor profesional comprensivo. Las presiones que el embarazo añade también pueden ser profundamente perturbadoras para el futuro padre. Muchos de ellos también se beneficiarán con unas visitas al psicoterapeuta.

Ahora, esto sucede con poca frecuencia; el obstetra inteligente repara en una paciente que le parece perturbada y le aconseja la conveniencia de una evaluación psiquiátrica, o el psiquiatra descubre que una de sus «pacientes regulares» que ha quedado embarazada recientemente no se adapta bien a su nuevo estado y ahonda en el tema. Sin embargo, lo que propongo es algo mucho más profundo: un sistema estructurado que abarque un mecanismo de referencia semejante al que utilizan obstetras y pediatras, y un curso de asistencia psiquiátrica que gire concretamente en torno a la gestante y sus problemas.

Esta y otras sugerencias que hasta ahora he hecho son difíciles de llevar a la práctica. Para lograr que la psiquiatría sea realmente receptiva y eficaz, habrá que conjugar los descubrimientos de la psicología prenatal y la fetología con su tratamiento de los trastornos emocionales de la infancia y la edad adulta, lo cual supondrá algunos cambios fundamentales y quizá dolorosos para los psiquiatras.

Afortunadamente, la encuesta que realicé entre mis colegas de la Asociación Psiquiátrica de Ontario revela una sorprendente y estimulante receptividad a muchas de las ideas propuestas en esta obra. Ignoro si se debe a sus experiencias personales en el tratamiento de recuerdos prenatales y natales espontáneos o a sus conocimientos de las in-

vestigaciones recientes, pero más de la mitad de los encuestados opinaron que las experiencias del nacimiento influyen en la personalidad; las tres cuartas partes estaban convencidos de que los recuerdos comienzan a desarrollarse antes de los dos años de edad, y un porcentaje significativo estaba seguro de que los recuerdos también se forman antes del nacimiento. Este último hallazgo muestra que los descubrimientos de la psicología prenatal están llegando a mis colegas. Quizá parezca absurdo que muchos de los encuestados confesaran que todavía no habían incorporado esa nueva conciencia al trabajo con los pacientes. Esto se debe, en parte, a la dificultad de modificar hábitos profundamente arraigados y, en parte, a problemas técnicos: hay que encontrar la manera de incorporar cualquier descubrimiento a una modalidad realista de tratamiento.

En el caso de la psicología prenatal, el proceso acaba de comenzar, aunque las pocas técnicas innovadoras que ha producido ya se muestran muy prometedoras. El escenario de una de las más promisorias es la encantadora población marítima de Cagnes-sur-Mer, situada en la Riviera francesa, a pocos kilómetros al oeste de Niza. Niños perturbados de toda Europa son trasladados a esa clínica insólita para ser sometidos al tratamiento creado por el otolaringólogo Alfred Tomatis.

La otolaringología es una especialidad muy poco corriente para un hombre profundamente interesado por la experiencia del nacimiento. Sin embargo, fue el trabajo del doctor Tomatis con los problemas del habla y auditivos de niños perturbados lo que despertó su interés por el tema. Observando la conducta de sus pequeños pacientes, el doctor Tomatis llegó a dos conclusiones importantes: primera, la audición y la emoción se asientan en la misma zona cerebral, y segunda, debido a esa proximidad, los trastornos auditivos son, a menudo, un reflejo de dificultades emocionales producidas por traumas del embarazo o

del nacimiento. El doctor Tomatis razonó que, para tratar con eficacia los primeros, era necesario empezar tratando las segundas; esto condujo a la creación de su clínica de París, así como de otras en Europa Occidental y Canadá. La edad de los pacientes de la clínica abarca de un mes a doce años,¹ y padecen una amplia variedad de problemas emocionales; en cierto sentido, casi todos se parecen: son víctimas de embarazos o partos traumáticos.

Durante la visita que en 1980 realicé a Cagnes-sur-Mer, quedé sorprendido por la escrupulosidad con que el personal de la clínica había recreado las experiencias uterina y natal. El objeto central del programa es una pequeña habitación en forma de huevo, donde cada niño se somete a varias sesiones de «renacimiento» o «repaternidad». Todo lo que contiene este espacio singular está destinado a reproducir sensaciones cálidas, tranquilizadoras y uterinas. Antes de entrar, el niño es masajeado con aceite de coco, y mientras está en la habitación se encuentra dentro de una bañera llena y calentada a la temperatura del líquido amniótico. Además, la estancia y el niño están bañados por la luz ultravioleta que simula la luz que el niño intrauterino ve cuando su madre toma baños de sol (esta luz puede adaptarse al problema concreto del niño en particular: un azul tranquilo si es hiperactivo y un rojo estimulante si es apático).

El sonido es otra característica importante de dichas sesiones. La grabación de la voz de su madre, que durante cada sesión suena en la estancia, al principio se distorsiona para imitar el sonido que tiene en el útero. A medida que el tratamiento avanza, la distorsión se reduce gradualmente hasta que el niño oye su voz normal. Inmediatamente después de cada sesión, el pequeño es trasladado al cuarto infantil que existe dentro de la clínica, el cual da a un hermoso jardín, y se le estimula a jugar, pintar o esculpir. Esta

1. El Dr. Tomatis también trata a adultos perturbados en su centro de París.

faceta del tratamiento intenta ayudar al paciente a que reviva y exprese viejos traumas.

La directora de la clínica, la psicóloga infantil Ann Marie Saurel, me dijo que el 70 % de sus jóvenes pacientes abandonan la clínica curados o mejorados. A fin de ilustrarlo, me contó el caso de un niño de dieciséis meses llamado Claude, que llegó a ella con un espasmo de cabeza que hacía que la mantuviera pegada al hombro izquierdo y con una limitación tan poderosa del movimiento del brazo izquierdo que apenas podía gatear. El pequeño rehuía todo contacto corporal con su madre, a la que esto inquietaba tanto como el problema físico. Un detallado historial del niño reveló que, durante el octavo mes de embarazo, su madre se había sometido a una amniocentesis durante la cual la aguja rozó el lado izquierdo del cuello de Claude. Esto explicaba la actitud protectora que había adoptado con esa parte de su cuerpo así como la grave desconfianza hacia su madre. El niño se recuperó totalmente tras seis meses de tratamiento en la clínica. La terapia del doctor Tomatis constituye el único tipo de tratamiento con métodos no verbales que puede ayudar a los niños que padecen problemas psicológicos, lo cual, en mi opinión, lo convierte en un singular progreso sobre los enfoques terapéuticos actuales.

Los tanques de aislamiento para adultos popularizados en varias partes de Estados Unidos tienen un parecido superficial con el estanque de renacimiento del doctor Tomatis. Llenos de agua tibia y de sales de magnesio, aparentemente crean una atmósfera uterina para los clientes que pagan quince o más dólares a cambio del privilegio de flo-tar en ellos durante una hora. No dudo de que son un lugar de *relax* agradable. Sin embargo, su parecido con una auténtica técnica médica es absolutamente casual.

Al igual que los obstetras, los pediatras, en las últimas décadas, han avanzado años luz en lo que a tecnología se refiere. Ahora, dicha tecnología salva rutinariamente a prematuros y a infantes enfermos que unos años atrás habrían perecido. Asimismo ha originado un dilema para esta especialidad que, en muchos sentidos, es tan doloroso como el que afrontan los obstetras: el establecimiento de unidades de cuidados intensivos para neonatos ha creado sus propios riesgos. Los estudios demuestran que, mientras está aislado, el niño es propenso a desarrollarse con más lentitud, si bien esos riesgos palidecen en comparación con el alejamiento que la separación, obligada a veces, produce en padres e hijos. Como ya he dicho, la interrupción del mecanismo del vínculo puede influir en la actitud de la mujer hacia su hijo... y el aislamiento en una unidad representa una interrupción en gran escala. No es extraño que el porcentaje de malos tratos a niños y -según datos provenientes de la Unión Soviética- la tasa de los dados en adopción sean significativamente superiores entre los prematuros que entre los bebés llegados a término.

Puesto que estos problemas surgen claramente de la separación que las unidades de cuidados intensivos imponen a la madre y al niño, la solución evidente es abrir las puertas de las unidades a los padres, a fin de que hagan visitas regulares. Todas las pruebas disponibles muestran que, en tal caso, a las madres y a los niños les iría mejor. Como ya he dicho, una investigación reciente descubrió que los prematuros que habían sido visitados y acariciados de manera regular presentaban un coeficiente de inteligencia significativamente superior al de los pequeños que se habían mantenido aislados. Además, el aislamiento no tiene justificación clínica. Cuando la unidad de la Universidad de Stanford se abrió a los padres, los pediatras supusieron que se produciría un aumento de la tasa de infección-

nes de la unidad, aumento que jamás se materializó. De hecho, según los investigadores que estudiaban las consecuencias de la liberalizada política de visitas, las personas más diligentes y minuciosas que entraban en la unidad eran las madres de los infantes... lo cual resulta lógico, ya que eran sus hijos los que corrían riesgos.

Una proporción excesiva de los profesionales de la salud que dirigen dichas unidades aun da prioridad a una administración eficaz más que a la salud emocional de los pacientes. Según una investigación reciente, sólo un tercio de las unidades de Estados Unidos acepta en la actualidad a los padres. Hace poco conocí el caso del hijo de una joven madre que, por desgracia, no se encontraba en una de esas unidades de fácil acceso. Nacido antes de los siete meses, fue trasladado inmediatamente a una unidad y permaneció aislado en ella durante varias semanas mientras se debatía entre la vida y la muerte. La mayor parte de ese tiempo, su madre permaneció en la recepción de la unidad. Cuando, al fin, pudo llevarse a casa a su hijo, tardó semanas en aprender a tratarle como si fuera un bebé normal. Esto no es necesario. Los padres pueden y deben insistir en participar en los cuidados de sus prematuros aunque éstos estén en una unidad. Es de esperar que la tendencia hacia una mayor participación de la madre en la asistencia de su prematuro, incluso mientras está en la incubadora o en el respirador mecánico, sea apoyada por pediatras, neonatólogos y demás personas que se ocupan del tratamiento de prematuros.

No obstante, la gestante siempre debe recordar que quizá necesite una cesárea y/o dé a luz a un prematuro. Por lo tanto, además de organizar el tipo de parto que desea, debe cerciorarse de que la unidad de cuidados intensivos a la que su hijo prematuro sería trasladado tenga una política liberal en lo que se refiere a visitas y a relaciones con el niño. Si esta preocupación no se toma antes del alumbramiento, puede ocurrir que, más adelante, la madre no esté

en condiciones de acceder a su prematuro. Mis comentarios sobre los prematuros también se aplican a los bebés enfermos, en el sentido de que no deben escatimarse esfuerzos para ofrecer muchas oportunidades de que los padres se relacionen con ellos, a fin de profundizar el desarrollo de la adhesión padres-hijos y de que se beneficien tanto las necesidades físicas y emocionales del niño como las de los progenitores.

El doctor Justin C. Call —profesor y jefe de psiquiatría del infante, el niño y el adolescente de la Universidad de California, en Irvine— sostiene que, a la edad de seis meses, el infante es capaz de sentir depresión en respuesta a una pérdida como la separación permanente de su madre; lógicamente, estoy de acuerdo con esta afirmación. El infante expresa su depresión mediante trastornos del sueño, problemas gastrointestinales, como negarse a comer, vómitos y diarrea, y retraimiento de las personas. Espero que más pediatras y psiquiatras infantiles reconozcan estos síntomas como indicios de un problema emocional y traten consecuentemente al niño.

Algunos problemas de conducta son pronosticables en la etapa prenatal y pueden aparecer inmediatamente después del parto, como ocurre con los hijos de madres alcohólicas o drogadictas. Asimismo, los bebés cuyas madres han sufrido una grave tensión —como ya he dicho en capítulos anteriores— deberían recibir una atención especial en el período posnatal inmediato. Todo bebé que se retrae cuando le cogen en brazos, que llora constantemente y que no aumenta de peso, podría estar comunicando su aflicción emocional por esos cauces.

La hiperactividad a menudo se inicia en el útero, y la madre de este tipo de niño puede decir que, antes de nacer, el chiquillo era un «agitado salvaje» y que jamás le permitía descansar. El doctor Reginald S. Lourie, decano de la Facultad de Medicina de Irvine, afirma: «Si esta pauta de actividad no se reconoce y se trata, sufren tanto el niño

como los padres. El infante incapaz de frenar su propio motor de carreras se siente desvalido y fuera de control. Simultáneamente, sus padres se inquietan porque no pueden calmarlo.» En lugar de dar tranquilizantes al niño y a la madre, los clínicos deberían *hablar* con ella y ayudarla a comprender y afrontar las necesidades concretas de ese niño, al tiempo que le aseguran que su problema es transitorio y tratable.

Al principio de este libro cité la investigación sobre las consecuencias de poner una cinta con la grabación de los sonidos cardíacos maternos en la sección de recién nacidos de un hospital. Como se recordará, el grupo expuesto a los sonidos cardíacos maternos ganó más peso y dormía más (actividades evidentemente interrelacionadas) que el grupo de control. ¿Existe algún motivo por el cual este procedimiento tan simple no pueda adoptarse a escala universal?

La doctora Michele Clements, del City of London Maternity Hospital, informó del caso de un bebé que, tras un nacimiento difícil y a pesar de todos los intentos clínicos corrientes por revivirle, no respiraba. Desesperada, conectó su cinta de «música uterina» que por casualidad tenía a mano, y el bebé boqueó milagrosamente y comenzó a respirar.

La misma cinta, producida comercialmente por un científico japonés, también es utilizada por la doctora Clements para someter a prueba la audición del recién nacido. Basándonos en lo que ahora sabemos sobre la importancia del vínculo y el papel que la madre desempeña en este proceso, por el bien del niño es absolutamente imprescindible reconocer cualquier problema auditivo que pueda tener. El mismo criterio se aplica a las deficiencias visuales. En ese período, casi nadie controla la visión y la audición del niño hasta que, alrededor de los dieciocho meses o más tarde, surgen complicaciones graves. Aunque, en sí mismo, éste no es un problema psicológico, sin

regirán su vida, el niño necesita la atención, el apoyo y el nutrimento de la madre. El mejor modo de proporcionárselos consiste en una larga excedencia por embarazo que abarque el último trimestre (la mujer que trabaje en una atmósfera ruidosa o cargada de ansiedad debe dejar de hacerlo lo antes posible) y el primer año después del parto. Comprendo que es mucho tiempo y que muchas mujeres, por motivos económicos y de otro tipo, no están dispuestas a aceptarlo. En tales casos, no se deben escatimar esfuerzos para dar en calidad lo que se pierde en cantidad de tiempo. Un uso acertado y meditado de las noches y los fines de semana puede contribuir en gran medida a satisfacer las necesidades del niño. Un número cada vez mayor de padres también dedican tiempo a sus hijos durante los primeros años. A la luz de lo que hasta ahora hemos dicho, veo que todo apunta a que esta tendencia persista.

La preocupación primordial —para padres, médicos, educadores, para todos nosotros— debería ser la crianza de un niño sano. Nuestras esperanzas, nuestros sueños y nuestro saber colectivo residen en él; él es nuestro futuro, y para que sea un futuro libre de la espantosa confusión y los sufrimientos innecesarios que tan a menudo han afectado nuestro pasado, ese niño debe ser tratado con el amor y el respeto que todo ser humano merece.

duda puede influir rápidamente en el modo en que el infante percibe su mundo y la forma en que reacciona o deja de reaccionar ante éste, con los consecuentes cambios negativos en la actitud de los padres y de los demás hacia el niño. Si el bebé no nos mira ni se vuelve hacia nosotros cuando le hablamos, acabaremos por considerarle raro, retraído, difícil, etc., y empezaremos a tratarle de manera distinta. A largo plazo, esto se convertirá en una profecía que por su propia naturaleza contribuye a cumplirse: el niño que comenzó con un problema físico también acabará con un trastorno emocional. Se trata de un campo que exige la estrecha cooperación de pediatras, psiquiatras infantiles, audiólogos y padres muy observadores.

Si se sospecha que el bebé puede tener el más leve de los problemas, hay que hablar con el médico. Sé de muchas madres y padres que no quieren «molestar» al médico con «temores imaginarios». Mas se le debe molestar. Ése es el trabajo del médico y por hacerlo se le paga bien. Si se trata de la salud de un hijo, hay que actuar como una fiera y no como un ratón.

EMBARAZO Y TRABAJO

El trabajo se ha convertido en una realidad para millones de mujeres, si bien, a diferencia de sus colegas varones en las fábricas y oficinas, a menudo se ven acosadas por las demandas opuestas de maternidad y empleo. Aunque la mayoría de las mujeres acomodan con admirable destreza ambas responsabilidades, la nueva conciencia que tenemos sobre la sensibilidad y capacidad del infante y del niño intrauterino añade una dimensión adicional a los dos cometidos; los tres últimos meses de embarazo y el primer año después del nacimiento representan un período de rápido aprendizaje para el niño. A medida que comienzan a formarse los imperativos psicológicos y emocionales que

ÍNDICE

Prefacio	7
I. La vida secreta del niño intrauterino	11
II. Los nuevos conocimientos	29
III. El yo prenatal	51
IV. El vínculo intrauterino	73
V. La experiencia del nacimiento	97
VI. La formación del carácter	119
VII. La celebración de la maternidad	131
VIII. El vínculo vital	151
IX. El primer año	171
X. Recuperación de recuerdos tempranos . . .	191
XI. La sociedad y el niño intrauterino	201