

Maternidad y Salud

Ciencia, Conciencia y Experiencia

Maternidad y Salud

Ciencia, Conciencia y Experiencia

Documentos elaborados por:

Alba Romero, Concepción

Aler Gay, Isabel

Olza Fernández, Ibone

Colaboraciones:

Blázquez García, María Jesús

Pallás Alonso, Carmen Rosa

Marín Gabriel, Miguel Ángel

Gil Sánchez, Alfonso



Edita y distribuye:

© MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA

CENTRO DE PUBLICACIONES

PASEO DEL PRADO, 18 - 28014 Madrid

NIPO en línea: 680-12-110-X

Imprime: Gráficas Naciones, S.L.

C/Guadiana, 8

28110 ALGETE (Madrid)

Maternidad y Salud

Ciencia, Conciencia y Experiencia



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

Índice

Introducción	11
Capítulo I. Neurobiología del parto	13
1. El cerebro maternal:	14
1.1. Cambios en el cerebro de la madre al final del embarazo	14
2. El parto como evento neurobiológico:	20
2.1. Neurohormonas maternas y fetales y su papel en el parto: oxitocina, endorfinas, catecolaminas y prolactina	20
2.2. Postparto inmediato: periodo sensitivo, sincronía y lactancia materna	22
3. Alteraciones neurobiológicas perinatales: modelo etiopatológico	25
3.1. Parto prematuro y/o efecto del estrés durante la gestación	25
3.2. Omisión del trabajo de parto	26
3.3. Manipulación neurohormonal durante el parto	27
3.4. Separación neonatal en postparto inmediato	28
3.5. El escenario biológico de la lactancia artificial	29
4. Bibliografía	30
Capítulo II. Funciones básicas de los seres vivos, relación, nutrición y reproducción	37
1. Introducción	37
2. Piel con piel: dentro del útero	39
2.1. Material genético, el cerebro y su plasticidad. La epigenética	40
2.2. Desarrollo de las competencias y relación con el medio	43
2.3. Nutrición: placenta y líquido amniótico	45
3. Piel con piel y parto: las primeras horas	46
3.1. Lo que el niño espera al nacer, la importancia del periodo postparto	46
3.2. Nutrición: brazos, calostro y leche materna	50
4. Piel con piel: ¿hasta cuándo?	53
4.1. La lactancia materna, un estímulo multisensorial	53

5.	Separación, estrés y llanto	57
6.	Riesgos de no recibir una alimentación normal	59
7.	Resumen	61
8.	Bibliografía	62
Capítulo III. Sociología de la maternidad en España		71
1.	Salud y cuidados de las madres trabajadoras en la sociedad española	71
1.1.	Salud reproductiva y cuidados de las madres trabajadoras	71
1.2.	Complejidad sociológica de la maternidad como proceso social	75
2.	Maternidades en crisis entre trayectorias complejas y discursos estereotipados	77
2.1.	Experiencias de maternidad y discursos normativos bipolares	77
2.2.	Crisis del modelo hegemónico reproductivo: menos hijos/as con más tecnología	80
2.3.	Entrañables y extrañadas: maternidades en la encrucijada actual de género	83
2.4.	Desmadres, enmadres y comadres entre las mujeres españolas en democracia	86
2.5.	La maternidad como contratiempo entre la vida cotidiana y las políticas públicas	91
3.	Maternidades y ciencia: la experiencia de las madres como madre de la ciencia	101
3.1.	La maternidad en la ciencia: un proceso social entre la biología y la cultura	101
3.2.	La agencia investigadora de las madres trabajadoras	105
4.	Corresponsabilidad de género y trabajo de cuidados	110
4.1.	La corresponsabilidad materna y paterna entre la equidad y la empatía	110
4.2.	De la ciudadanía a la “ciudadanía” en la organización social del bienestar	118
5.	Resumen	121
6.	Bibliografía	123

Capítulo IV. Experiencias propias vividas y narradas.	
Escriben madres y padres	127
Presentación	127
1. En ningún instante hubo sufrimiento	131
2. Mi cuerpo en el vaivén de las olas y mi hijo latiendo fuerte	132
3. Los cambios se notan. Parto vaginal después de cesárea	133
4. Parir, amamantar, coleccionar, portear. Amar	135
5. Se me olvidó todo lo soñado con respecto a mi parto	137
6. Uriel en neonatos	141
7. Ese momento tan especial	143
8. Como bandera la intuición y como escudo la atención	144
9. Huele a mamá	146
10. Parir dos veces	148
11. Colecho	151
12. Ser padre	152
13. El instinto me ayudó a confiar	154
14. El papel del padre en el parto	155
15. No hemos sido unos padres al uso	157
16. Tomamos la decisión de que yo me quedara en casa	160
17. Habla una madre, escribe una mujer	162
18. Terribles contradicciones en tiempos de cría	164
19. Lactancia simbólica. Lactancia y adopción	166
Bibliografía	167

Introducción

Los temas que se abordan en esta publicación responden al compromiso adquirido en las últimas Jornadas y Talleres formativos organizados en torno al desarrollo de la Estrategia de Atención al Parto Normal y de Salud Reproductiva, que lidera el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. El interés manifestado por colectivos profesionales y de usuarias en demanda de más información y mayor difusión sobre los temas que presentamos, ha sido el principal motivo que nos ha llevado a pedir a las expertas autoras el esfuerzo añadido al desarrollado en sus habituales y respectivas tareas.

La Estrategia de Atención al Parto Normal, primero, y la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva después, señalan la importancia de una atención sanitaria que difiere sensiblemente de otros procedimientos médicos ya que está dirigida a la población sana durante un proceso fisiológico importante y trascendente en la vida de las mujeres, sus parejas, bebés y familias.

También resaltan el respeto a la fisiología del embarazo, parto, nacimiento, lactancia y puerperio, que debe presidir toda atención sanitaria, y que cualquier intervención debe ser valorada para ser aplicada sólo si ha demostrado beneficio y está de acuerdo con las necesidades y deseos de cada mujer. Se trata de ofrecer una atención de excelencia, científica, personalizada, que contemple la identificación de riesgos psicosociales y necesidades específicas, que contribuya a capacitar a las mujeres para tomar decisiones informadas, a mejorar su conocimiento acerca del proceso y a proporcionar preparación maternal y paternal, ofreciendo apoyo continuado y por profesionales capacitados/as.

Muestran amplia evidencia sobre la atención de calidad a la maternidad que permite elaborar recomendaciones e identificar aquellas cuestiones que requieren nuevas investigaciones. De la misma manera que citan la evidencia para evitar la realización de una serie de pruebas y prácticas clínicas que han demostrado ser ineficaces e incluso perjudiciales para la salud física y psíquica de madres e hijos/as.

Ambas Estrategias **representan el marco de actuación** para profesionales, instituciones y población usuaria. Su diseño y elaboración ha contado con la participación de todos los sectores implicados, y por ello, su implementación y desarrollo precisa del compromiso de todas las partes. Nuestro reconocimiento y gratitud a Concha Colomer, Directora del Observatorio de Salud de las Mujeres 2006-2011, impulsora de estas políticas en defensa de la salud de las mujeres; y a todas las personas que han colaborado y hacen que sea posible llevarlas a la práctica día a día.

Este documento en su conjunto representa, como su título indica, la suma de aspectos -no demasiado conocidos y/o reconocidos- basados en la evidencia científica, en el mejor conocimiento disponible, en las buenas prácticas existentes, *-ciencia-*. También muestra la evolución y complejidad sociológica de la maternidad como proceso social en los últimos años; la sensibilidad y concienciación sobre el proceso vital más importante en la vida de las mujeres y hombres *-conciencia-*, que representa el acto sanitario de mayor prevalencia en los hospitales del Sistema Nacional de Salud. Y cuenta además con los testimonios de mujeres madres que escriben sus propias *experiencias* (también padres), aportando realidad vivida: gozosa, satisfactoria, dolorosa, angustiada, con gran sufrimiento; escala y variabilidad que nos ofrece las claves más importantes para una atención de calidad con calidez, en respuesta a las familias que acuden al Sistema Nacional de Salud porque quieren tener a sus hijas e hijos en las mejores condiciones, buscando la ayuda de profesionales y con el deseo de vivir este proceso como una experiencia única, de especial trascendencia y cargada de significado. Una atención a **la maternidad enfocada desde la salud**.

Como las anteriores publicaciones y documentos de acompañamiento para el desarrollo de la Estrategia, “Maternidad y Salud, Ciencia, Conciencia y Experiencia” se encuentra a disposición general en la Web: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02_t04.htm

Observatorio de Salud de las Mujeres
Subdirección General de Calidad y Cohesión
Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación
MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

Capítulo I.

Neurobiología del parto

Ibone Olza Fernández. Psiquiatra Infantil. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid. Profesora Asociada Facultad de Medicina Universidad Autónoma de Madrid.

Miguel Angel Marín Gabriel. Neonatólogo. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid.

Alfonso Gil Sanchez. Ginecólogo. MIR Psiquiatría Unidad Docente de Salud Mental de la región de Murcia. Hospital General Universitario Santa María del Rosell de Cartagena, Murcia.

El parto es un evento neurobiológico en el que se produce un diálogo neuroquímico constante e irreplicable entre el cerebro materno y el del bebé. De hecho son las neurohormonas fetales las que dan la señal que desencadena el parto a término en condiciones fisiológicas.

Tradicionalmente se han estudiado a fondo los cambios fisiológicos del embarazo, la adaptación de los sistemas circulatorio, respiratorio, renal y del aparato genital y muy especialmente la dinámica del parto y sus aspectos mecánicos. Esto ha permitido entender la etiología de algunas enfermedades, así como su fisiopatología y posibles tratamientos.

Sin embargo, se presta poca atención a la bioquímica del embarazo y del parto a nivel del sistema nervioso central, a pesar de los avances en la comprensión de los mecanismos moleculares que regulan el parto, la lactancia, la respuesta al estrés y el comportamiento materno a nivel neuroendocrino. De igual modo, los efectos de la mayoría de las intervenciones o manipulaciones obstétricas a nivel neurohormonal o cerebral no han sido estudiados y por tanto no se han tenido en cuenta.

Los resultados obstétricos tradicionalmente se han medido a corto plazo y en términos de morbilidad materna y neonatal, indicadores que posiblemente no sean válidos para estudiar las hipotéticas consecuencias de las alteraciones de la neurofisiología del parto en el cerebro infantil o adulto. Tratar de entender estos procesos neurobiológicos nos permite profundizar en la comprensión de algunas alteraciones mentales que ocurren después de embarazos y partos en apariencia normales. En última instancia se pretende así poder mejorar la atención obstétrica con el fin de garantizar resultados óptimos para la madre y el bebé y prevenir patologías.

En el presente artículo se presenta un posible modelo explicativo de la neurobiología del parto así como de sus posibles alteraciones y fisiopatología de las secuelas en la especie humana.

1. El cerebro materno

1.1. Cambios en el cerebro de la madre al final del embarazo

La teoría del apego, inicialmente propuesta por el psiquiatra infantil británico John Bowlby hace más de cuarenta años, se ha convertido en el modelo teórico más aceptado del desarrollo emocional y social de los humanos para los investigadores de una enorme variedad de disciplinas. Bowlby describió el vínculo como un instinto biológico de máxima importancia y afirmó: “*Consideramos esencial para la salud mental, que el bebé y el niño pequeño experimenten una relación cálida, íntima y continuada con la madre (o sustituto materno permanente), en la que ambos hallen satisfacción y goce*”. El vínculo es precisamente esa relación cálida e íntima que se establece entre el bebé y su madre y cumple la función biológica de promover la protección, la supervivencia y en última instancia la replicación.

Bowlby ya especuló con que probablemente el sistema de apego, un mecanismo evolutivo común a los humanos y los animales destinado a garantizar la supervivencia de la especie, se ubicaría en última instancia en algunas áreas cerebrales específicas. En la actualidad sabemos gracias a la neurobiología del apego que existe una correlación directa de la teoría del apego con el desarrollo neuronal del lactante, y con cambios en sistemas neuroendocrinos de la madre que permiten finalmente que se inicie el vínculo entre ambos y la formación del proceso de apego. Las alteraciones de este proceso generan alteraciones neuroanatómicas que predisponen a diferentes patologías mentales (Vargas-Rueda & Chaskel, 2007).

Se sabe que conforme avanza la gestación, el cerebro materno se va transformando para preparar el drástico cambio en la conducta que conlleva cuidar de un recién nacido. La culminación de los cambios que sufren los circuitos neuronales maternos al final de la gestación (controlados por las hormonas del embarazo) se traduce en que tras el nacimiento las madres sanas normalmente cuidan, protegen y defienden a sus criaturas y además dichos cuidados les resultan placenteros y satisfactorios, es decir, se establece una relación amorosa entre madre y bebé. No obstante conviene hacer un inciso para recordar que en la especie humana los aspectos sociocultura-

les, psicológicos y personales (lo que se conoce como transmisión intergeneracional del apego) también pueden interferir notablemente en dicho proceso, aunque en el presente artículo nos limitaremos a revisar los aspectos más biológicos de la conducta maternal.

Como mencionábamos anteriormente, mientras que los cambios en el cuerpo de las embarazadas son evidentes y muy estudiados por los profesionales de la salud, los cambios cerebrales son más sutiles y sobre todo desconocidos para la mayor parte de los obstetras y matronas.

El periodo perinatal es un momento de gran neuroplasticidad tanto en la madre como en el bebé que puede verse muy afectado por el ambiente. Los cambios cerebrales que conlleva la maternidad son neuroquímicos, morfológicos y funcionales y están destinados a garantizar la crianza y supervivencia del recién nacido, lo cual acontece a través del establecimiento del vínculo materno filial mediante los procesos de apego. Recientemente se está comprobando como también acontecen cambios importantes en el cerebro de los varones (Atzil, Hendler, Zagoory-Sharon, Winetraub, & Feldman, 2012) cuando se convierten en padres, lo cual merecería un capítulo aparte ya que no ha sido el objeto de esta revisión.

El cerebro maternal se va modificando extraordinariamente durante la gestación y esos cambios afectan al resto de funciones corporales. Progresivamente cambian las secreciones hormonales, especialmente las neurohormonas cerebrales, y se produce un escenario hormonal particular exclusivo durante el embarazo, el parto y la lactancia. Todos estos procesos se van reflejando en la psicología materna y en el estado anímico del embarazo.

Cambios psíquicos durante el embarazo

Desde el punto de vista psíquico el embarazo se caracteriza por una creciente sensibilidad emocional y una necesidad de revisar y comprender los vínculos primarios para poder vincularse afectivamente con el recién nacido. Monique Bydlowski (psiquiatra francesa que ha pasado más de treinta años trabajando con embarazadas y puérperas en una gran maternidad parisina) ha acuñado el término: “**transparencia psíquica**” (Bydlowski, 2007) para describir el estado psíquico que se desarrolla gradualmente para alcanzar un grado de sensibilidad creciente durante el embarazo y especialmente al final. Según esta autora la transparencia psíquica se caracteriza por un resurgir de recuerdos del pasado, que afloran del inconsciente a la consciencia. Esta transparencia permite que la embarazada pueda pasar mucho tiempo fantaseando y recordando su propia niñez. Si la infancia fue grata este recuerdo permite imaginarse como será la infancia del bebé en camino. Pero, señala Bydlowski, si la infancia fue traumática, marcada por los abusos

o el abandono emocional la fuerza de esas “angustias primitivas” (que también mencionaba Winnicott) puede incluso llevar a pedir una interrupción del embarazo, o manifestarse por una angustia o una depresión importantes.

Así, la transparencia psíquica del embarazo equivale a, o conlleva, una reactivación de procesos psicológicos anteriores no resueltos y puede llevar a una reagudización de duelos anteriores pendientes. Los psicólogos del desarrollo también coinciden en esta afirmación de que la gestante necesita regresar de alguna manera a sus recuerdos infantiles para poder luego vincularse eficazmente con su futuro hijo. Bibring (Bibring, Dwyer, & Huntington, 1961)(Bibring et al., 1961; Bibring & Valenstein, 1976) describe el embarazo como una crisis que revuelve identificaciones y conflictos no resueltos y ofrece una oportunidad para encontrar soluciones más adaptadas mediante una nueva organización de la personalidad.

A partir del segundo trimestre los movimientos fetales (el sentir las patadas del bebé) actúan como un estímulo proyectivo a partir del cual las madres elaboran las fantasías derivadas de su relación con su propia madre (Zeanah, Keener, & Anders, 1986) lo que se conoce con el nombre de “**representaciones maternas**”. Según las investigaciones psicoanalíticas, el como la mujer se imagina a si misma, a su feto y a su madre durante el embarazo evoluciona de manera que refleja su historia relacional y los conflictos asociados. La dificultad materna para elaborar una representación organizada de función parental durante embarazo predice y pronostica situación de riesgo perinatal por la ausencia de modelo maternal con el que la mujer se pueda identificar.

Daniel Stern (Stern & Bruschweiler-Stern, 1988; Stern, 1997) señaló como las intervenciones psicoanalíticas madre-bebé destinadas a cambiar las representaciones maternas producen cambios en la conducta de la madre con el bebé. Como señala Klaus, el vínculo empieza a formarse en el embarazo y está afectado por una serie de factores interpersonales y ambientales como son la calidad de la relación de pareja, el apoyo social, la presencia de estresores, la dinámica intrapsíquica sobre como se concibe el bebe y sobre todo, la manera en que la madre fue criada por sus propios padres (Klaus & Kennell, 1982).

Una consecuencia de esta transparencia psíquica puede ser que el embarazo suponga un momento privilegiado en el que resolver mas rápidamente conflictos psíquicos que en otros momentos de la vida. Las mujeres que han tenido infancias traumáticas o abandonicas pueden sentir una intensa angustia (que se manifieste con síntomas somáticos) al estar embarazadas; pero, precisamente por eso, la psicoterapia centrada en comprender y asumir la propia historia previa vincular puede ser especialmente eficaz. Algunos autores como Fraiberg y col. (Fraiberg, Adelson, & Shapiro, 1980) ya señalaron hace 30 años que la diferencia entre padres abusados que eran

capaces de superar sus traumas y tratar bien a sus bebés y los que repetían el trauma estaba en la capacidad de recordar el dolor y no utilizar defensas como la evitación, la negación, la represión o la desconexión. Así revisar la infancia a lo largo del embarazo puede servir para incrementar la consciencia y la empatía con el futuro hijo o hija. Sostener a la futura madre será el papel no solo del padre y la familia sino también de los profesionales sanitarios. Si la embarazada tuvo una infancia muy dolorosa o una vida muy difícil es probable que durante el embarazo no pueda apenas imaginar a su bebé o que incluso viva el embarazo con intensa angustia.

Neurohormonas cerebrales y embarazo

Curiosamente durante el embarazo en el cerebro de la madre se crean nuevas neuronas en algunas áreas específicas como son el hipocampo o el bulbo olfatorio, que facilitarán a su vez la transición a la conducta maternal tras el parto (Kim et al., 2010). Esta neurogénesis en áreas olfativas también se ha observado en los padres en otras especies mamíferas biparentales (Levy, Gheusi, & Keller, 2011). Todos estos cambios durante el embarazo están destinados a producir en la madre un estado de gran sensibilidad tras el parto y respuesta a las demandas del recién nacido. Hacia el final del embarazo el cerebro materno está muy influido por las siguientes hormonas:

- **La prolactina** que eleva sus niveles unas quince veces durante el embarazo. Prepara el alveolo mamario para la producción de leche, produce un aumento temporal del apetito para proveer nutrientes al feto y energía extra para la madre así como para su almacenamiento en forma de grasa para la lactancia. Además, la prolactina también actúa reduciendo la respuesta del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HAA) al estrés, estimulando la neurogénesis, inhibiendo la ovulación e interviniendo en el desarrollo y mantenimiento de la conducta maternal. En estudios realizados con ratas vírgenes a las cuales se les había extirpado la hipófisis (no podían producir prolactina), un régimen hormonal consistente en la administración de estradiol y progesterona a niveles similares a lo que tienen lugar cerca del parto, no era capaz de producir cambios en el comportamiento que indujeran una actitud maternal en las mismas. Sin embargo, cuando a estas mismas ratas se les administraba prolactina sintética, eran capaces de llevar a cabo conductas maternas (Mann & Bridges, 2001).
- **La progesterona y las hormonas esteroideas** que juegan además un papel crítico en el neurodesarrollo fetal. El embarazo está caracteri-

zado por un incremento de los niveles de hormonas esteroides femeninas, en particular estradiol y progesterona. Las acciones clásicas de estos esteroides en el cerebro maternal durante el embarazo han sido bien establecidas, especialmente en la preparación de los circuitos neuronales que permiten la expresión de la conducta materna tras el parto (Bridges, 1984; Numan, 2007) Además, la alopregnenolona, un metabolito activo de la progesterona, actúa inhibiendo la respuesta al estrés del eje HHA (Douglas, Johnstone, Brunton, & Russell, 2000) e impidiendo la liberación de oxitocina antes del parto, a través de la potenciación del efecto inhibitorio que tienen los receptores GABA sobre las neuronas oxitocínicas (Brunton & Russell, 2010). Los cambios hormonales protegen al bebé que se está gestando del estrés que podría dañar su desarrollo. Una exposición al estrés durante el embarazo podría “programar” el cerebro del recién nacido de forma adversa, incrementando a nivel basal y como respuesta a estresores la actividad de su eje HHA. Esto tendría como consecuencia unos niveles superiores de glucocorticoides en la edad adulta y una mayor predisposición a padecer patologías afectivas, metabólicas y cardiovasculares (Brunton & Russell, 2010). La alteración en la producción de neuroesteroides desencadena el parto prematuro (Paris, Brunton, Russell, Walf, & Frye, 2011).

- **La Oxitocina (Oxt)** y la vasopresina (muy similares: ambas moléculas tan sólo se diferencian en dos aminoácidos) son cruciales en la transición que supone pasar a cuidar del recién nacido, mediante la activación de cambios en expresión de genes en el cerebro maternal (Caughy et al., 2011). La oxitocina es producida en el cerebro por dos tipos de neuronas, unas que se proyectan a la hipófisis posterior y secretan oxitocina a la circulación sistémica y otras que se proyectan dentro del cerebro y que regulan algunas conductas, especialmente el comportamiento materno, además de ejercer una función homeostática. Aunque el cerebro es la mayor fuente de Oxt, también se puede producir en el útero, las gónadas, el corazón y el timo. Hay receptores de Oxt y vasopresina en todo el tronco cerebral, interviniendo en todas las conductas reproductivas, sociales y adaptativas, así como en la regulación del sistema nervioso autónomo. A diferencia de otras sustancias, la Oxt solo tiene un tipo de receptor (mientras que la vasopresina tiene tres). La Oxt activa el sistema parasimpático, disminuye la ansiedad, la obsesividad y la reactividad al estrés, y puede servir para contrarrestar el sistema defensivo asociado al estrés. Durante la gestación, la premisa es que es importante que estas neuronas se mantengan en reposo, con el fin de que puedan acumular oxitocina, sin que el parto se produzca prematuramente (Brunton & Russell, 2010). Se sabe que el número de receptores

de oxitocina aumenta conforme avanza el embarazo (Insel, 1986) y que las hormonas esteroideas, incluyendo estrógenos, progestágenos, andrógenos y glucocorticoides pueden influir tanto en la densidad como en el patrón de distribución de los receptores de oxitocina y vasopresina (Young, Muns, Wang, & Insel, 1997) (Liberzon & Young, 1997). La estimulación cervical durante el parto, la estimulación del pezón durante la lactancia, así como señales sociales, incluyendo señales táctiles y olfativas presentes en la interacción madre-bebé, producen una liberación de oxitocina (Uvnas-Moberg, 1998) indicando que la oxitocina juega un papel central en la integración de la respuesta fisiológica y conductual en la reproducción femenina (Russell & Leng, 1998). El estrés materno durante el período fetal puede condicionar el desarrollo emocional y conductual del niño incluso hasta el inicio de la edad adulta. Los acontecimientos vitales estresantes durante el primer trimestre del embarazo aumentan el riesgo de tener un aborto espontáneo (Nepomnaschy et al., 2006) o de alteraciones congénitas por una alteración del desarrollo de la cresta neural, como por ejemplo el labio leporino (Hansen, Lou, & Olsen, 2000). Los efectos más conocidos del estrés materno son el parto prematuro y bajo peso (Hedegaard et al., 1993; Hedegaard, Henriksen, Sabroe, & Secher, 1993; Lou et al., 1994). Más de catorce estudios prospectivos independientes han hallado una relación entre la ansiedad materna prenatal y alteraciones cognitivas, conductuales y emocionales en los hijos (Van den Bergh, Mulder, Mennes, & Glover, 2005). La ansiedad materna en la segunda mitad del embarazo puede producir cambios persistentes en el sistema de adaptación al estrés del niño (a nivel del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal), cambios que lo harán más vulnerable e incrementarán considerablemente el riesgo de que padezca trastornos de conducta, emocionales o de hiperactividad. Por ello es importante prevenir, diagnosticar y tratar precozmente los trastornos de ansiedad en el embarazo. La ansiedad en el embarazo se asocia con un mayor número de visitas al obstetra, visitas relacionadas con miedo al parto y a las contracciones (Andersson, Sundstrom-Poromaa, Wulff, Astrom, & Bixo, 2004).

2. El parto como evento neurobiológico

2.1. Neurohormonas maternas y fetales y su papel en el parto: oxitocina, endorfinas, catecolaminas y prolactina

En los días previos al parto se dan los pródromos. La señal del inicio del parto parece que viene del cerebro fetal (Nathanielsz, 1994). Durante estos días se produce en la madre una caída rápida de los niveles de progesterona, y un aumento de los niveles de estradiol. Este cambio en el balance de estradiol y progesterona produce, por un lado, un aumento de la prolactina en las 24-48 horas previas al parto (niveles que se mantienen durante la lactancia) y por otro lado, inicia la liberación de oxitocina a nivel central. En ratas se ha visto como esta liberación de oxitocina actúa sobre el receptor GABA_A de las neuronas oxitocínicas, desensibilizándolos a la alopregnenolona (que ejercía un efecto inhibitorio para la secreción de oxitocina). De esta forma, se desencadena la liberación masiva de oxitocina desde la hipófisis materna, en pulsos, que actúa a muy diversos niveles.

El efecto más conocido es el de incrementar las contracciones uterinas con una retroalimentación positiva, que van a culminar con el reflejo de eyección materno, definido como un mecanismo fisiológico innato, que explicaría los partos rápidos, aparentemente fáciles y/o precipitados. Un reflejo de expulsión fetal auténtico tiene lugar cuando un bebé humano nace después de una corta serie de contracciones irresistibles, que no dejan espacio para los movimientos voluntarios (Odent, 2009). Este reflejo de nacimiento espontáneo es el proceso fisiológico (que une biología y psicología) que hace de un parto un acontecimiento mecánicamente exitoso, físicamente tolerable para la madre y seguro para el bebé. La evidencia científica apoya esta hipótesis y señala que los pujos dirigidos durante el parto no se asocian a resultados óptimos (Hanson, 2009)(Brancato, Church, & Stone, 2008).

Sin embargo, la oxitocina no sólo va a favorecer el inicio y mantenimiento de las contracciones o la eyección láctea (liberación sistémica), sino que además ejerce su labor como neurotransmisor. En las ratas por ejemplo se ha visto como la oxitocina materna cambia durante el parto el efecto del GABA, pasando de ser excitatorio a inhibitorio, lo que protege el cerebro del bebé de la hipoxia. Es decir, la oxitocina materna prepara el cerebro fetal para resistir mejor el parto (Khazipov, Tyzio, & Ben-Ari, 2008; Tyzio et al., 2006)(Brown & Grattan, 2007). Las neuronas de los núcleos supraóptico y paraventricular del hipotálamo, emiten sus conexiones a diversas áreas del

cerebro de la madre y es su acción en estas áreas la responsable del inicio de la actitud maternal. En estudios realizados con roedores, la inyección intraventricular cerebral de oxitocina a ratas no gestantes desencadena en éstas actitudes maternales, y del mismo modo, la inyección de antagonistas de la oxitocina a este mismo nivel, produce una inhibición de este tipo de comportamiento (Numan, 2006). También en ratones se ha visto que el incremento en la densidad de los receptores de oxitocina se correlaciona con la intensidad del comportamiento maternal y con la experiencia que tuvieron de crías con sus madres, lo que podría explicar la transferencia epigenética transgeneracional de la calidad del comportamiento materno (Champagne, Diorio, Sharma, & Meaney, 2001) y en última instancia del apego.

En humanos, niveles altos de oxitocina endógena a nivel cerebral producen sensación de bienestar (Ishak, Kahloon, & Fakhry, 2011), confianza (Baumgartner, Heinrichs, Vonlanthen, Fischbacher, & Fehr, 2008) (Keri & Kiss, 2010), vivencia amorosa, memoria social (Heinrichs, von Dawans, & Domes, 2009), e incluso vivencia mística. Esto se correlaciona bien con los estudios que han analizado la vivencia del parto en madres de muy diversas culturas. Mujeres de todo el mundo necesitan compartir su historia de parto con otras madres en las semanas que siguen al mismo, y refieren frecuentemente sentimientos de vivencia amorosa, vínculo transpersonal e incluso experiencias transcendentales o místicas durante el parto (Callister, Semenic, & Foster, 1999; Callister, 2004). Además en la madre la oxitocina endógena produce también la liberación progresiva de endorfinas y un característico estado alterado de consciencia propio del parto, que ha sido poco estudiado (Colman & Colman, 1973).

En cuanto al bebé, según Lagercrantz en el útero el feto permanece sedado por la baja tensión de oxígeno de la sangre fetal y por el efecto anestésico e hipnótico de los neuroesteroides pregnanolona y la prostaglandina D2 (respectivamente), ambos producidos por la placenta. El paso de la cabeza del bebé por el canal del parto se acompaña de una liberación masiva de catecolaminas que van a hacer entre otras cosas que los bebés pasen las dos primeras horas de vida en estado de alerta tranquila. Nada más nacer los niveles de catecolaminas en la sangre de recién nacido son altísimos: llegan a ser veinte veces mayores tras el parto normal que en un adulto, y todavía son más elevados tras un parto instrumental y/o asfixia. Esa descarga tan alta de adrenalinas ha sido llamada por algunos autores “el estrés del parto” (activación del sistema simpático) que además han aclarado que se trata de un **estrés beneficioso y necesario** para los recién nacidos (Lagercrantz & Slotkin, 1986). Este estrés se resuelve tras el nacimiento por una estimulación vagal producida por el contacto piel con piel y la succión temprana, como veremos más adelante.

A nivel del sistema nervioso central nada más nacer el recién nacido tiene el cerebro con niveles altos de oxitocina y catecolaminas, lo que produce ese estado de alerta tranquila descrito que dura unas dos horas. Esto se ha correlacionado con la existencia del llamado periodo sensitivo (Bystrova et al., 2009). Dejadlos en contacto piel con piel ininterrumpido con la madre, los recién nacidos guiados por el olfato, como consecuencia de la estimulación catecolaminérgica y de oxitocina endógena a nivel del bulbo olfatorio (Porter & Winberg, 1999) buscan el pezón e inician espontáneamente la lactancia en la primera hora de vida en la mayoría de los casos (Varendi, Porter, & Winberg, 2002). Las contracciones uterinas maternas durante el parto facilitan el aprendizaje olfatorio del recién nacido. El olor del pecho materno ayuda al bebé a iniciar la lactancia. Previamente suelen establecer contacto visual con la madre, mirándola fijamente y escuchándola con atención, lo que es indicador de altos niveles de oxitocina intracerebral, que presumiblemente va a quedar grabado dado el efecto en la memoria de los también elevados niveles de catecolaminas cerebrales en la criatura recién nacida.

La comprensión de los efectos de las neurohormonas nos permite deducir que el recién nacido sano probablemente experimente una **intensa sensación amorosa en las primeras horas de vida que quedará profundamente grabada en varias áreas de su cerebro**. Y algo similar debe de suceder en la madre, como nos demuestran los relatos de las madres, las observaciones realizadas en sala de partos y la interpretación de los hallazgos neurobiológicos.

2.2. Posparto inmediato: periodo sensitivo, sincronía y lactancia materna

Este periodo neonatal sensitivo da paso, tras el inicio espontáneo de la lactancia en las dos primeras horas de vida, al desarrollo continuo de la **sincronía materno-filial** (Winberg, 2005) que persistirá todo el tiempo que dure la lactancia materna, cuya duración, conviene recordar, se estima fisiológicamente en la especie humana oscila entre dos años y medio y siete años de vida (Detwyler, 1995).

Parece razonable asumir que nosotros, como otros mamíferos, tenemos una agenda innata que regula la interacción mutua entre la madre y la/el recién nacido. Para nuestros antepasados prehistóricos que vivían en condiciones ambientales muy duras esto parece haber sido necesario para promover la supervivencia del bebé. Los estudios controlados aleatorios sugieren que el cuerpo de la madre es el hábitat natural para la/el recién nacido desnudo (Bergman, 2005; Winberg, 2005).

El contacto piel con piel inmediato postnatal conserva la energía, ajusta el balance ácido base y la respiración, y calma al bebé. Pero el contacto estrecho no solo influye al bebé, también ayuda a la madre: adapta su sistema digestivo, y cambia la conducta materna (Winberg, 2005). Sin lugar a dudas existen programas innatos, aunque varios de estos deben de ser “programas abiertos” que pueden ser modificados por la experiencia.

Desde una perspectiva evolutiva, la aparición de la lactancia definió una nueva clase de vertebrados: los mamíferos. Su estrategia reproductiva incluía producir una secreción nutritiva desde una glándula exocrina en la piel, y animar a la cría a consumirla. Esto permitió la nutrición de la cría después del nacimiento; así el periodo de invertir esfuerzos en la cría se prolongó mucho más allá de la gestación, lo que aportó numerosos beneficios, entre los que destaca la oportunidad de un mayor desarrollo cerebral en la cría. Pero la supervivencia de la especie requería mucho más que la producción de leche. Se necesitaban cambios evolutivos en las madres para afrontar los cambios metabólicos y sociales de ser madre mamífera, incluyendo cambios conductuales complejos.

Parece lógico pues que la naturaleza utiliza las mismas hormonas para producir la leche que para producir los cambios adaptativos a nivel cerebral que facilitarán la conducta materna. En los últimos años se está descubriendo cómo las mismas hormonas que intervienen en el parto y en la lactancia tienen efectos muy importantes a nivel del sistema nervioso central y muy especialmente en la conducta materna.

Existen estudios que sugieren que la lactancia en humanos y en otros mamíferos reduce la reactividad fisiológica a varios estímulos estresantes. Las madres que lactan describen con mayor frecuencia un estado de bienestar y menor ansiedad (Carter & Altemus, 1997) interactuando de forma más positiva con sus bebés, dirigiéndoles más caricias y sonrisas, que aquellas que utilizan lactancia artificial (Duna J. & Richards, 1977). De igual forma se observa una reducción de la respuesta autonómica (frecuencia cardíaca y conductancia de la piel) ante el llanto de los bebés en las madres lactantes frente a las no lactantes (Wiesenfeld, Malatesta, Whitman, Granrose, & Uili, 1985). Esta reducción en la respuesta al estrés asociada a la lactancia, podría verse como una respuesta adaptativa que protege a las madres de una respuesta exagerada a los estímulos estresantes que garantiza una lactancia exitosa (Carter & Altemus, 1997).

La **sincronía** en el contexto madre-bebé se ha definido como la coordinación temporal de conductas sociales al micronivel, es decir, de sucesos puntuales en un sistema global que regula la expresión de sus diversos componentes. Los humanos nacemos preparados biológicamente para establecer interacciones coordinadas desde las primeras horas de vida, como ya descubrieron Brazelton y col. al describir la organización rítmica y repetitiva de la interac-

ción cara a cara mama-bebe y la cuidadosa adaptación de cada individuo a los ritmos del otro (Brazelton, Koslowski, & Main, 1974).

La conducta materna espontánea tras el parto incluye mirar a los ojos del bebe, vocalizar en tono alto, expresiones positivas, tacto afectivo, caricias... de forma muy similar al lamido y grooming descritos en otros mamíferos.

Tras el periodo sensitivo los recién nacidos presentan conductas esporádicas de alerta y las madres dirigen su estimulación a los momentos en que el bebé está alerta, así empieza la contingencia, que incrementa progresivamente la alerta del bebe. La cantidad de conducta materna postparto predice la sincronía con la madre y con el padre a los 3 meses y el desarrollo cognitivo y conductual durante el primer año (Feldman, 2007a). Las interacciones coordinadas con la madre proveen el input crítico para la maduración del cerebro social (Feldman, 2007b).

Los lactantes tienen una capacidad remarkable de navegar sistemas sociales complejos, pueden simultáneamente coordinar su conducta con el padre que interactúa con ellos y percibir la coordinación de la conducta entre ambos progenitores y responder inmediatamente (Feldman, 2007b).

Las bases biológicas de la sincronía que permiten la formación y mantenimiento de vínculos se sostienen en osciladores fisiológicos como son los ritmos biológicos (sueño vigilia) y el marcapasos cardiaco que proveen la formación de los ritmos sociales. La maduración de estos osciladores provee el sustrato biológico del nivel de alerta y el registro en tiempo real de micro cambios en los estados internos de hambre, presión arterial y fatiga (Porges, 2003).

Ya desde el embarazo, el reloj biológico y ritmo cardiaco maternal y fetal predicen el nivel de sincronía materno-bebe a los tres meses. A esta edad en un estudio con 122 madres, en cara a cara de la madre con el bebé se comprobó como en las parejas mejor sincronizadas, el latido cardiaco se sincroniza con menos de un segundo de diferencia entre el bebe y la madre (Feldman et al., 2009). La cuidadosa adaptación materna a las claves sociales del lactante regula su latido cardiaco: es el correlato biológico de la sensación de seguridad emocional que interioriza el lactante.

Las hormonas del vinculo intervienen en todo este sistema desde el embarazo y muy especialmente a través de la lactancia materna. Las madres que tenían niveles mas altos de oxitocina en el primer trimestres los mantenían durante el embarazo y después, presentaban mas conductas maternas postparto y se sincronizaban mas con los bebes que las que tenían niveles mas bajos. Además presentaban pensamientos mas vividos y placenteros de sus bebe (Feldman & Eidelman, 2007; Feldman, Gordon, Schneiderman, Weissman, & Zagoory-Sharon, 2010). Se ha comprobado como la sincronía puede tener un efecto duradero en el desarrollo cerebral del lactante (Swain, Lorberbaum, Kose, & Strathearn, 2007). A los 3 y 9 meses el grado de sincronía predice la autorregulación a los 2, 4, y 6 años, y en seguimiento

a los 13 años, se ve el efecto de la sincronía en la empatía de los adolescentes (Feldman, 2007a).

Comprender las bases neuronales y neuroquímicas del sistema afectivo madre-hijo/a puede proporcionarnos ideas sobre los orígenes de la sociabilidad en general. Ya que es plausible que este lazo fundamental, que es común a todos los mamíferos, vaya a proporcionar la base neural para el desarrollo de otros sistemas de gratificación social. (Keverne, 1988). Por tanto, alterar las bases neurobioquímicas que regulan estos circuitos en el momento perinatal podría producir una mayor susceptibilidad a presentar problemas en la edad adulta.

3. Alteraciones neurobiológicas perinatales: modelo etiopatológico

Una vez descrita la neurobiología del parto y postparto inmediato podemos analizar en profundidad los diferentes escenarios etiopatológicos e hipotetizar sus posibles consecuencias. A grandes rasgos podemos suponer cinco escenarios hipotéticamente alterados en función del momento cronológico en que se altere el parto:

3.1. Parto prematuro y/o efecto del estrés durante la gestación

Es decir, no llegar a alcanzar el estado neurohormonal propio del final del embarazo. En el supuesto del parto pretérmino nos encontramos con varios aspectos que pueden alterar el vínculo y el apego.

Por un lado, nos encontramos ante recién nacidos, en ocasiones extremadamente inmaduros, en los que la gran mayoría de circuitos neuronales están aún por desarrollarse. No ha ocurrido de forma completa la girificación del cerebro (formación de cisuras y surcos) y por tanto, pueden no ponerse en marcha los mecanismos fisiológicos que tienen lugar en el recién nacido a término dirigidos a favorecer el vínculo con la madre.

Así, una clara respuesta a estímulos olfatorios (que permiten en el niño/a a término localizar el pezón, por ejemplo) no tendrá lugar hasta cerca de las 29 semanas postconcepcionales, o la respuesta a estímulos auditivos (como la voz de la madre) puede no apreciarse hasta cerca de las 32 semanas postconcepcionales (Lagercrantz & Changeux, 2010).

A esto hay que añadir el efecto que la separación del contacto con la madre como consecuencia de la patología del recién nacido, puede ocasionar tanto en el vínculo de éste con sus progenitores, como de éstos hacia su hijo/a, tal y como se explica posteriormente.

Cabe suponer que el desarrollo neurológico y afectivo de los prematuros va a estar muy influido no solo por el grado de prematuridad sino también por variables como el tipo de parto y muy especialmente los cuidados tras el nacimiento. De ahí la importancia de promover modelos como los cuidados centrados en el desarrollo (NIDCAP) que mimetizan el ambiente intrauterino minimizando el estrés ambiental y promoviendo cuidados fisiológicos individualizados que han demostrado favorecer el desarrollo del lactante.

El parto prematuro y la hospitalización del recién nacido prematuro se han asociado con una alta incidencia de estrés postraumático parental que persiste incluso dieciocho meses después del nacimiento (Forcada-Guex, Pierrehumbert, Borghini, Moessinger, & Muller-Nix, 2006; Pierrehumbert, Nicole, Muller-Nix, Forcada-Guex, & Ansermet, 2003; Shaw et al., 2009). Por eso resulta tan importante incidir en la necesidad de incluir los cuidados psicológicos especializados en la atención perinatal a las familias en todo el contexto de la prematuridad (Olza Fernandez & Palanca-Maresca, 2012)

3.2. Omisión del trabajo de parto

Tal y como sucede en las **cesáreas programadas**. En una cesárea programada la transición neurohormonal es absolutamente brusca, de forma muy diferente a como sucede en un parto fisiológico o vaginal. Así en el recién nacido los niveles de catecolaminas y de cortisol son relativamente bajos tras una cesárea programada. Se ha comprobado cómo esta ausencia de catecolaminas se relaciona con una complicación relativamente frecuente y conocida en las cesáreas programadas: el distrés respiratorio. Además estos bebés de cesárea programada que no han tenido esa descarga de adrenalina a menudo tienen hipoglucemia e hipotermia.

Así mismo, la falta de activación catecolaminérgica en el bulbo olfatorio de los recién nacidos tras cesáreas sin trabajo de parto, dificulta la orientación olfatoria para el inicio de la lactancia en los recién nacidos. Así, en un estudio realizado por Varendi y colaboradores, observaron cómo los recién nacidos tras cesáreas en las que habían tenido lugar contracciones previamente, la localización de olores familiares por parte de los recién nacidos era más frecuente que en aquellos obtenidos mediante cesáreas electivas (sin trabajo de parto) (Varendi et al., 2002).

Sin embargo las posibles secuelas cerebrales de las cesáreas programadas han recibido escasa atención, aunque cada vez es mayor la preocupación

por los efectos de la cesárea en la maduración cerebral del infante (Kapellou, 2011).

Algunos autores han visto como la cesárea altera la respuesta maternal. En estudios de neuroimagen funcional se ha comprobado como las madres que dan a luz por cesárea programada tienen una respuesta significativamente menor en el cerebro al llanto de su bebé que las que han tenido un parto vaginal (Swain et al., 2008). Los experimentos más recientes en ratones han comprobado como la omisión del trabajo de parto en las cesáreas programadas puede alterar la producción de proteínas mitocondriales en el hipocampo, el crecimiento neuronal y asociarse con dificultades en la memoria espacial y otras funciones en la edad adulta (Simon-Areces et al., 2012). Cabe preguntarse si habrá alteraciones en la infancia en otras funciones reguladas por la oxitocina, como puede ser la sociabilidad o la conducta alimentaria, o la vasopresina (enuresis).

Varios estudios han investigado la asociación entre la vía de finalización del parto y el riesgo de desarrollar depresión postparto (vaginal, cesárea electiva, cesárea urgente, parto instrumentado) y la evidencia actual es contradictoria, con algunos estudios que informan que la cesárea electiva podría suponer un mayor riesgo y otros que afirman lo contrario.

El estudio longitudinal prospectivo más reciente (2012), que ha reclutado a 1100 mujeres, ha encontrado que las mujeres que se sometieron a cesárea (urgente o electiva) tenían las puntuaciones en el test de Edimburgo más altas, aunque seis meses después del nacimiento estas diferencias ya no eran detectables (Rauh et al., 2012).

Cabe hipotetizar que la ausencia del pico de oxitocina endógena propio del parto en las madres que dan a luz por cesárea programada podrá producir mayores dificultades en el vínculo y en el reconocimiento del hijo o hija como propia, lo que se podría correlacionar con la sensación de extrañamiento que a veces describen las madres tras la cesárea (Olza-Fernández, 2010).

3.3. Manipulación neurohormonal durante el parto

Tal y como sucede en los partos inducidos al administrar oxitocina sintética a la madre y/o fármacos anestésicos con un efecto central.

De forma fisiológica, a nivel del sistema nervioso central, la liberación de oxitocina implica la unión de ésta a los diversos receptores localizados en distintas áreas del cerebro. Estos receptores se internalizan y, mediante diversos mecanismos bioquímicos, se origina una señal en la neurona receptora. Una vez finalizada su función, estos receptores se “reciclan”, volviendo a aparecer en la membrana postsináptica para volver a unirse a la oxitocina circulante.

Sin embargo, el exceso de oxitocina sistémica, como puede ocurrir en los casos en los que se administra ésta para inducir o estimular el parto, supone una alteración en esta respuesta. En este caso, el “reciclado” de estos receptores no ocurre de forma completa, de tal modo que el número de los mismos que nuevamente se disponen en la membrana postsináptica es menor y, por tanto, la respuesta a nuevos estímulos oxitócicos puede verse disminuida (Wahl, 2004). Este mecanismo de saturación de receptores puede estar relacionado con el aumento del riesgo de hemorragia materna grave que conlleva la administración de oxitocina sintética en el parto (Belghiti et al., 2011).

En las madres se ha comprobado como la administración de oxitocina sintética intraparto se asocia con niveles más bajos de oxitocina endógena en sangre dos días después del parto y niveles aumentados de oxitocina, lo que parece ser una alteración del mecanismo de retroalimentación de ambas hormonas dosis dependiente por la oxitocina sintética (Jonas et al., 2009). Las posibles consecuencias a largo plazo de esta manipulación con oxitocina sintética en el momento del parto no han sido estudiadas exhaustivamente (Olza Fernandez, Marin Gabriel, Lopez Sanchez, & Malalana Martinez, 2011).

3.4. Separación neonatal en postparto inmediato

En ocasiones, como consecuencia de patología materna o neonatal, o bien debido a prácticas no refrendadas por la evidencia científica (limitando el acceso a los padres a las unidades neonatales o evitando el contacto piel con piel inmediato tras el nacimiento), se produce la separación entre la madre y el recién nacido inmediatamente después del parto.

Los estímulos físicos y táctiles llevados a cabo entre la madre y su recién nacido son de una gran relevancia para el futuro neurodesarrollo de éste. Concretamente estos estímulos táctiles que de forma espontánea realiza la madre ante su cría, tienen especial relevancia en las primeras horas-días tras el parto, pues, al menos en roedores, implican una serie de cambios epigenéticos, es decir, modificaciones en su programación genética, con efectos que persisten a largo plazo.

Así, en estos animales la privación del contacto con su madre tras el nacimiento conlleva una alteración de la respuesta en la edad adulta al estrés o la ansiedad (Nagasawa, Okabe, Mogi, & Kikusui, 2012). Del mismo modo, favoreciendo el contacto íntimo madre-cría tras el nacimiento, se produce una elevación de los niveles de oxitocina en el cerebro de la cría que a su vez, implican una serie de cambios neuroanatómicos que perduran

con el tiempo y permiten que, llegada la edad adulta, ejerza una actitud de apego mayor para con sus descendientes (Kendrick, 2004).

Las secuelas de la separación materno-filial temprana son duraderas, en un estudio se comprobó como el impacto de pasar las dos primeras horas de vida separados se traducía en una peor interacción madre bebé al año de vida, independientemente de otras variables (Bystrova et al., 2009). En diversas especies de mamíferos la separación desencadena una respuesta altamente agresiva en la madre, sin que se haya estudiado hasta la fecha la respuesta en humanas.

3.5. El escenario biológico de la lactancia artificial

Puede ser muy diferente del fisiológico, lo que ha llevado a algunos autores a hipotetizar que para el cerebro maternal la lactancia artificial equivale a la “muerte” del recién nacido, lo que podría favorecer según los mismos autores un estado cerebral de duelo en el postparto que explique la mayor incidencia de depresión postparto en la lactancia artificial (Gallup, Nathan Pipitone, Carrone, & Leadholm, 2010). También se ha comprobado que en madres con lactancia artificial se observa una falta de activación cerebral al llanto del bebé similar a la descrita en las cesáreas programadas (Kim et al., 2011) desconociéndose las consecuencias a largo plazo de estas diferencias. Parece lógico por ello pensar que en madres que optan por una lactancia artificial sería especialmente necesario recomendar prácticas de alimentación y crianza que mimetizan la lactancia materna y la crianza fisiológica, similar a lo que se recomienda en el cuidado de niños y niñas adoptados (Gribble, 2006).

4. Bibliografía

- Andersson, L., Sundstrom-Poromaa, I., Wulff, M., Astrom, M., & Bixo, M. (2004). Implications of antenatal depression and anxiety for obstetric outcome. *Obstetrics and Gynecology*, 104(3), 467-476.
- Atzil, S., Hendler, T., Zagoory-Sharon, O., Winetraub, Y., & Feldman, R. (2012). Synchrony and specificity in the maternal and the paternal brain: Relations to oxytocin and vasopressin. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(8), 798-811.
- Baumgartner, T., Heinrichs, M., Vonlanthen, A., Fischbacher, U., & Fehr, E. (2008). Oxytocin shapes the neural circuitry of trust and trust adaptation in humans. *Neuron*, 58(4), 639-650.
- Belghiti, J., Kayem, G., Dupont, C., Rudigoz, R. C., Bouvier-Colle, M. H., & Deneux-Tharoux, C. (2011). Oxytocin during labour and risk of severe postpartum haemorrhage: A population-based, cohort-nested case-control study. *BMJ Open*, 1(2), e000514.
- Bergman, N. (2005). Restoring the original paradigm for infant care and breastfeeding. <http://www.kangaroomothercare.com/prevtalk01.htm>.
- Bibring, G. L., Dwyer, T., & Huntington, D. (1961). A study of the psychological processes in pregnancy and of the earliest mother-child relationship: 1. some propositions and comments. *Psychoanal Study Child*, 16: 9
- Bibring, G. L., & Valenstein, A. F. (1976). Psychological aspects of pregnancy. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 19(2), 357-371.
- Brancato, R. M., Church, S., & Stone, P. W. (2008). A meta-analysis of passive descent versus immediate pushing in nulliparous women with epidural analgesia in the second stage of labor. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing : JOGNN / NAACOG*, 37(1), 4-12.
- Brazelton, T. B., Koslowski, B., & Main, M. (1974). The origins of reciprocity in early mother-infant interaction. In Lewis M., & Rosenblum L.A. (Eds.), *The effects of the infant on its caregiver* (pp. 49-75). New York: Wiley.
- Bridges, R. S. (1984). A quantitative analysis of the roles of dosage, sequence, and duration of estradiol and progesterone exposure in the regulation of maternal behavior in the rat. *Endocrinology*, 114(3), 930-940.
- Brown, C. H., & Grattan, D. R. (2007). Does maternal oxytocin protect the fetal brain? *Trends in Endocrinology and Metabolism: TEM*, 18(6), 225-226.
- Brunton, P. J., & Russell, J. A. (2010). Endocrine induced changes in brain function during pregnancy. *Brain Research*, 1364, 198-215.
- Bydlowski, M. (2007). *La deuda de vida. itinerario psicoanalítico de la maternidad*. Biblioteca Nueva.

- Bystrova, K., Ivanova, V., Edhborg, M., Matthiesen, A. S., Ransjo-Arvidson, A. B., Mukhamedrakhimov, R., et al. (2009). Early contact versus separation: Effects on mother-infant interaction one year later. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 36(2), 97-109.
- Callister, L. C. (2004). Making meaning: Women's birth narratives. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing : JOGNN / NAACOG*, 33(4), 508-518.
- Callister, L. C., Semenik, S., & Foster, J. C. (1999). Cultural and spiritual meanings of childbirth. orthodox jewish and mormon women. *Journal of Holistic Nursing : Official Journal of the American Holistic Nurses' Association*, 17(3), 280-295.
- Carter, C. S., & Altemus, M. (1997). Integrative functions of lactational hormones in social behavior and stress management. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 807, 164-174.
- Caughey, S. D., Klampfl, S. M., Bishop, V. R., Pfoertsch, J., Neumann, I. D., Bosch, O. J., et al. (2011). Changes in the intensity of maternal aggression and central oxytocin and vasopressin V1a receptors across the peripartum period in the rat. *Journal of Neuroendocrinology*, 23(11), 1113-1124.
- Champagne, F., Diorio, J., Sharma, S., & Meaney, M. J. (2001). Naturally occurring variations in maternal behavior in the rat are associated with differences in estrogen-inducible central oxytocin receptors. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 98(22), 12736-12741.
- Colman, A. D., & Colman, L. L. (1973). Pregnancy as an altered state of consciousness. *Birth*, 1(1), 7-11.
- Detwyler, K. (1995). A time to wean. In P. Stuar-Macadam, & K. Detwyler (Eds.), *Breastfeeding biocultural perspectives* (). New York: Aldine De Gruyter.
- Douglas, A. J., Johnstone, H., Brunton, P., & Russell, J. A. (2000). Sex-steroid induction of endogenous opioid inhibition on oxytocin secretory responses to stress. *Journal of Neuroendocrinology*, 12(4), 343-350.
- Duna J., & Richards, M. (1977). Observation on the developing relationship between mother and baby in the neonatal period. In Scafeer H.R. (Ed.), *Studies in mother-infant interaction* (pp. 427-455). New York: Academic Press.
- Feldman, R. (2007a). Mother-infant synchrony and the development of moral orientation in childhood and adolescence: Direct and indirect mechanisms of developmental continuity. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 77(4), 582-597.
- Feldman, R. (2007b). Parent-infant synchrony and the construction of shared timing; physiological precursors, developmental outcomes, and risk conditions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 48(3-4), 329-354.
- Feldman, R., & Eidelman, A. I. (2007). Maternal postpartum behavior and the emergence of infant-mother and infant-father synchrony in preterm and full-term infants: The role of neonatal vagal tone. *Developmental Psychobiology*, 49(3), 290-302.

- Feldman, R., Gordon, I., Schneiderman, I., Weissman, O., & Zagoory-Sharon, O. (2010). Natural variations in maternal and paternal care are associated with systematic changes in oxytocin following parent-infant contact. *Psychoneuroendocrinology*,
- Feldman, R., Granat, A., Pariente, C., Kanety, H., Kuint, J., & Gilboa-Schechtman, E. (2009). Maternal depression and anxiety across the postpartum year and infant social engagement, fear regulation, and stress reactivity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48(9), 919-927.
- Forcada-Guex, M., Pierrehumbert, B., Borghini, A., Moessinger, A., & Muller-Nix, C. (2006). Early dyadic patterns of mother-infant interactions and outcomes of prematurity at 18 months. *Pediatrics*, 118(1), e107-14.
- Fraiberg, S., Adelson, E., & Shapiro, V. (1980). Ghosts in the nursery: A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships. In S. Fraiberg (Ed.), *Clinical studies in infant mental health: The first year of life* (pp. 164-196). New York: Basic Books.
- Gallup, G. G., Jr, Nathan Pipitone, R., Carrone, K. J., & Leadholm, K. L. (2010). Bottle feeding simulates child loss: Postpartum depression and evolutionary medicine. *Medical Hypotheses*, 74(1), 174-176.
- Gribble, K. D. (2006). Mental health, attachment and breastfeeding: Implications for adopted children and their mothers. *International Breastfeeding Journal*, 1(1), 5.
- Hansen, D., Lou, H. C., & Olsen, J. (2000). Serious life events and congenital malformations: A national study with complete follow-up. *Lancet*, 356(9233), 875-880.
- Hanson, L. (2009). Second-stage labor care: Challenges in spontaneous bearing down. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 23(1), 31-9; quiz 40-1.
- Hedegaard, M., Henriksen, T. B., Sabroe, S., & Secher, N. J. (1993). Psychological distress in pregnancy and preterm delivery. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 307(6898), 234-239.
- Heinrichs, M., von Dawans, B., & Domes, G. (2009). Oxytocin, vasopressin, and human social behavior. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 30(4), 548-557.
- Insel, T. R. (1986). Postpartum increases in brain oxytocin binding. *Neuroendocrinology*, 44(4), 515-518.
- Ishak, W. W., Kahloon, M., & Fakhry, H. (2011). Oxytocin role in enhancing well-being: A literature review. *Journal of Affective Disorders*, 130(1-2), 1-9.
- Jonas, K., Johansson, L. M., Nissen, E., Ejdeback, M., Ransjo-Arvidson, A. B., & Uvnas-Moberg, K. (2009). Effects of intrapartum oxytocin administration and epidural analgesia on the concentration of plasma oxytocin and prolactin, in response to suckling during the second day postpartum. *Breastfeeding Medicine : The Official Journal of the Academy of Breastfeeding Medicine*, 4(2), 71-82.
- Kapellou, O. (2011). Effect of caesarean section on brain maturation. *Acta Paediatrica (Oslo, Norway : 1992)*, 100(11), 1416-1422.

- Kendrick, K. M. (2004). The neurobiology of social bonds. *Journal of Neuroendocrinology*, 16(12), 1007-1008.
- Keri, S., & Kiss, I. (2010). Oxytocin response in a trust game and habituation of arousal. *Physiology & Behavior*,
- Keverne, E. B. (1988). Central mechanisms underlying the neural and neuroendocrine determinants of maternal behaviour. *Psychoneuroendocrinology*, 13(1-2), 127-141.
- Khazipov, R., Tyzio, R., & Ben-Ari, Y. (2008). Effects of oxytocin on GABA signalling in the foetal brain during delivery. *Progress in Brain Research*, 170, 243-257.
- Kim, P., Feldman, R., Mayes, L. C., Eicher, V., Thompson, N., Leckman, J. F., et al. (2011). Breastfeeding, brain activation to own infant cry, and maternal sensitivity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 52(8), 907-915.
- Kim, P., Leckman, J. F., Mayes, L. C., Feldman, R., Wang, X., & Swain, J. E. (2010). The plasticity of human maternal brain: Longitudinal changes in brain anatomy during the early postpartum period. *Behavioral Neuroscience*, 124(5), 695-700.
- Klaus, M. H., & Kennell, J. H. (1982). *Parent infant bonding*. St Louis: CD Mosby.
- Lagercrantz, H., & Changeux, J. P. (2010). Basic consciousness of the newborn. *Seminars in Perinatology*, 34(3), 201-206.
- Lagercrantz, H., & Slotkin, T. A. (1986). The "stress" of being born. *Scientific American*, 254(4), 100-107.
- Levy, F., Gheusi, G., & Keller, M. (2011). Plasticity of the parental brain: A case for neurogenesis. *Journal of Neuroendocrinology*, 23(11), 984-993.
- Liberzon, I., & Young, E. A. (1997). Effects of stress and glucocorticoids on CNS oxytocin receptor binding. *Psychoneuroendocrinology*, 22(6), 411-422.
- Lou, H. C., Hansen, D., Nordentoft, M., Pryds, O., Jensen, F., Nim, J., et al. (1994). Prenatal stressors of human life affect fetal brain development. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 36(9), 826-832.
- Mann, P. E., & Bridges, R. S. (2001). Lactogenic hormone regulation of maternal behavior. *Progress in Brain Research*, 133, 251-262.
- Nagasawa, M., Okabe, S., Mogi, K., & Kikusui, T. (2012). Oxytocin and mutual communication in mother-infant bonding. *Frontiers in Human Neuroscience*, 6, 31.
- Nathanielsz, P. W. (1994). A time to be born: Implications of animal studies in maternal-fetal medicine. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 21(3), 163-169.
- Nepomnaschy, P. A., Welch, K. B., McConnell, D. S., Low, B. S., Strassmann, B. I., & England, B. G. (2006). Cortisol levels and very early pregnancy loss in humans. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 103(10), 3938-3942.

- Numan, M. (2006). Hypothalamic neural circuits regulating maternal responsiveness toward infants. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 5(4), 163-190.
- Numan, M. (2007). Motivational systems and the neural circuitry of maternal behavior in the rat. *Developmental Psychobiology*, 49(1), 12-21.
- Odent, M. (2009). "The instincts of motherhood: Bringing joy back into newborn care". *Early Human Development*, 85(11), 697-700.
- Olza Fernandez, I., Marin Gabriel, M. A., Lopez Sanchez, F., & Malalana Martinez, A. (2011). Oxitocina y autismo: Una hipótesis para investigar. ¿La alteración de la producción de oxitocina endógena en torno al parto puede estar involucrada en la etiología del autismo? *Revista De Psiquiatría y Salud Mental*, 4(1), 38-41.
- Olza Fernandez, I., & Palanca-Maresca, I. (2012). La experiencia del programa de psiquiatría perinatal en el hospital puerta de hierro majadahonda. *Cuadernos De Medicina Psicosomática y Psiquiatría De Enlace*, 101, 55-64.
- Olza-Fernández, I. (2010). El trastorno de estrés postraumático como secuela obstétrica. *Cuadernos De Medicina Psicosomática y Psiquiatría De Enlace*, 23(96), 35-41.
- Paris, J. J., Brunton, P. J., Russell, J. A., Walf, A. A., & Frye, C. A. (2011). Inhibition of 5 α -reductase activity in late pregnancy decreases gestational length and fecundity and impairs object memory and central progesterone milieu of juvenile rat offspring. *Journal of Neuroendocrinology*, 23(11), 1079-1090.
- Pierrehumbert, B., Nicole, A., Muller-Nix, C., Forcada-Guex, M., & Ansermet, F. (2003). Parental post-traumatic reactions after premature birth: Implications for sleeping and eating problems in the infant. *Archives of Disease in Childhood.Fetal and Neonatal Edition*, 88(5), F400-4.
- Porges, S. W. (2003). The polyvagal theory: Phylogenetic contributions to social behavior. *Physiology & Behavior*, 79(3), 503-513.
- Porter, R. H., & Winberg, J. (1999). Unique salience of maternal breast odors for newborn infants. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 23(3), 439-449.
- Rauh, C., Beetz, A., Burger, P., Engel, A., Haberle, L., Fasching, P. A., et al. (2012). Delivery mode and the course of pre- and postpartum depression. *Archives of Gynecology and Obstetrics*,
- Russell, J. A., & Leng, G. (1998). Sex, parturition and motherhood without oxytocin? *The Journal of Endocrinology*, 157(3), 343-359.
- Shaw, R. J., Bernard, R. S., Deblois, T., Ikuta, L. M., Ginzburg, K., & Koopman, C. (2009). The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in the neonatal intensive care unit. *Psychosomatics*, 50(2), 131-137.
- Simon-Areces, J., Dietrich, M. O., Hermes, G., Garcia-Segura, L. M., Arevalo, M., & Horvath, T. L. (2012). *Ucp2 induced by natural birth regulates neuronal differentiation of the hippocampus and related adult behavior* (PLoS ONE 7(8): e42911 ed.) Public Library of Science.

- Stern, D. N. (1997). *La constelación maternal: La psicoterapia en las relaciones entre padres e hijos*. Paidós Ibérica.
- Stern, D. N., & Bruschiweiler-Stern, N. (1988). *The birth of A mother: How the motherhood experience changes you forever* Basic Books.
- Swain, J. E., Lorberbaum, J. P., Kose, S., & Strathearn, L. (2007). Brain basis of early parent-infant interactions: Psychology, physiology, and in vivo functional neuroimaging studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 48(3-4), 262-287.
- Swain, J. E., Tasgin, E., Mayes, L. C., Feldman, R., Constable, R. T., & Leckman, J. F. (2008). Maternal brain response to own baby-cry is affected by cesarean section delivery. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 49(10), 1042-1052.
- Tyzio, R., Cossart, R., Khalilov, I., Minlebaev, M., Hubner, C. A., Represa, A., et al. (2006). Maternal oxytocin triggers a transient inhibitory switch in GABA signaling in the fetal brain during delivery. *Science (New York, N.Y.)*, 314(5806), 1788-1792.
- Uvnas-Moberg, K. (1998). Oxytocin may mediate the benefits of positive social interaction and emotions. *Psychoneuroendocrinology*, 23(8), 819-835.
- Van den Bergh, B. R., Mulder, E. J., Mennes, M., & Glover, V. (2005). Antenatal maternal anxiety and stress and the neurobehavioural development of the fetus and child: Links and possible mechanisms. A review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 29(2), 237-258.
- Varendi, H., Porter, R. H., & Winberg, J. (2002). The effect of labor on olfactory exposure learning within the first postnatal hour. *Behavioral Neuroscience*, 116(2), 206-211.
- Vargas-Rueda, A., & Chaskel, R. (2007). Neurobiología del apego. *Avances En Psiquiatría Biológica*, 8, 43 - 56.
- Wahl, R. U. (2004). Could oxytocin administration during labor contribute to autism and related behavioral disorders?--A look at the literature. *Medical Hypotheses*, 63(3), 456-460.
- Wiesenfeld, A. R., Malatesta, C. Z., Whitman, P. B., Granrose, C., & Uili, R. (1985). Psychophysiological response of breast- and bottle-feeding mothers to their infants' signals. *Psychophysiology*, 22(1), 79-86.
- Winberg, J. (2005). Mother and newborn baby: Mutual regulation of physiology and behavior--a selective review. *Developmental Psychobiology*, 47(3), 217-229.
- Young, L. J., Muns, S., Wang, Z., & Insel, T. R. (1997). Changes in oxytocin receptor mRNA in rat brain during pregnancy and the effects of estrogen and interleukin-6. *Journal of Neuroendocrinology*, 9(11), 859-865.
- Zeanah, C. H., Keener, M. A., & Anders, T. F. (1986). Adolescent mothers' prenatal fantasies and working models of their infants. *Psychiatry*, 49(3), 193-203.

Capítulo II.

Funciones básicas de los seres vivos: relación, nutrición y reproducción

Concepción de Alba Romero. Médico Adjunto en el Servicio de Neonatología del Hospital 12 de Octubre, Profesora Asociada de Pediatría en la UCM, Consultora Internacional de Lactancia (IBCLC), Certificada en Cuidados Centrados en el Desarrollo (NIDCAP).

Carmen Rosa Pallás, Peditra. Neonatóloga, Jefa de Servicio de Neonatología del Hospital Doce de Octubre. Profesora Asociada de la Universidad Complutense de Madrid. Integrante del Grupo de Prevención de la Infancia y Adolescencia de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (Previnfad/AEPap) y del Comité de Lactancia Materna de la AEP. Premio a la Calidad del SNS 2007.

1. Introducción

El ser humano es un animal vertebrado que pertenece al grupo de los mamíferos. Como mamíferos necesitamos para sobrevivir: el útero materno, el pecho y el cuerpo materno, la familia y la red social. Como todos los seres vivos, el ser humano nace, crece, interacciona con el medio y nota los cambios que se producen a su alrededor, se reproduce y muere. En biología todos los actos que los seres vivos realizan para mantener la vida se llaman **funciones vitales**, y son tres: nutrición, relación y reproducción.

La función de nutrición es la capacidad de intercambiar con el medio que les rodea materia y energía. Es fundamental para la supervivencia de los seres vivos, ya que les permite crecer, desarrollarse y mantener las funciones normales del organismo, disponiendo de la energía que se necesita. La nutrición también es el estudio de la relación entre los alimentos y los líquidos con la salud y la enfermedad, especialmente en la determinación de una dieta óptima.

La función de relación es la capacidad de los seres vivos de captar señales procedentes del medio (externo e interno) y de responder a ellas, es decir nos permite darnos cuenta de lo que ocurre a nuestro alrededor y actuar en función de ello. La función de relación también es muy importante para la supervivencia de los seres vivos pues nos permite nutrirnos, repro-

ducirnos y protegernos del medio donde vivimos (resguardarnos del frío, del calor, etc.) y de otros seres vivos. Esta capacidad de percibir estímulos, está apoyada en los órganos de los sentidos los cuales están encargados de proveer la información al organismo.

La función de reproducción es la capacidad de los seres vivos de generar nuevos seres semejantes en su anatomía y en su fisiología a sus progenitores. La función de reproducción no es fundamental para la supervivencia de un ser vivo. Sin embargo la reproducción es fundamental para el mantenimiento de la vida misma, ya que si los seres vivos no se reprodujeran las especies se extinguirían y con ellas, la vida.

Las tres funciones vitales, aparte de necesitar un aprendizaje o conocimiento, conllevan sentimientos, sensaciones, y emociones.

Básicamente podemos diferenciar tres regiones en el cerebro humano, la corteza cerebral, el sistema límbico y el tronco cerebral.

En la corteza cerebral residen las funciones superiores del ser humano como la capacidad de razonar, pensar, desarrollar la logística, lenguaje, matemáticas, etc....

El sistema límbico es otra zona muy primitiva en la evolución del cerebro humano que compromete muchas regiones (amígdala, región cortical prefrontal, hipotálamo, hipocampo, parte del bulbo olfatorio...), y que compartimos con muchos animales, que es inconsciente e involuntaria y que juega un importante papel en el aprendizaje y en la memoria. Está implicada en la generación, integración y control de las emociones, provocando diferentes conductas. El sistema límbico está muy unido al sistema nervioso autónomo a través del hipotálamo, interfiriendo y regulando las funciones endocrinas (liberación de cortisol, oxitocina...). La amígdala, el hipocampo, y la zona medial cortical prefrontal, influyen en el eje adrenal, hipotálamo-hipofisiario. Disfunciones a este nivel producen enfermedades mentales, como depresión y estrés postraumático y déficit de atención e hiperactividad. La amígdala se implica en el control de las emociones, incluyendo el amor, la afectividad, el miedo, la agresión, la recompensa y por tanto es esencial para la conducta socialⁱⁱ.

Finalmente, el troco cerebral, que es el paso esencial de conexión del cuerpo con el cerebro.

Aunque hayamos diferenciado estas partes, las tres están íntimamente ligadas, de manera que no hay áreas sólo cognitivas y otras sólo afectivas. En la actualidad hay muchos estudios que integran el desarrollo neurobiológico del cerebro con estudios psicológicos del desarrollo emocional, social y cognitivo. **El sistema cognitivo y emocional no se pueden separar.**

En el cerebro humano, el desarrollo cerebral ocurre durante los 4-6 primeros años de vida y su adecuada maduración está muy ligada a la expe-

riencia. Aunque el papel de los genes en la expresión precoz de caracteres sigue siendo clave, está claro que los genes no especifican en exclusividad la conducta, y son los factores ambientales pre y post natales los que juegan un papel primordial en los orígenes del desarrollo.

El ambiente social, en especial el creado por la madre y el hijo/a es lo que afecta de forma directa a la interacción entre lo genético y lo ambiental y por tanto tiene efectos perdurables. Hay una clara evidencia de que la experiencia en el periodo fetal y neonatal puede tener consecuencias a largo plazo y una mayor vulnerabilidad a desarrollar enfermedadesⁱⁱⁱ.

2. Piel con piel: dentro del útero

“Aún hay poca gente que sabe de tu presencia. Tu forma aún no ha alterado mi cintura, aún no ha marcado mi contorno, aún eres un secreto debajo de mi corazón y así soy feliz. Hay veces que quiero gritar al viento tu existencia, pero las hay, también, en que este secreto de a tres calienta mi alma, mis sentidos, y no quiero compartirlo”. Cuaderno de una espera, Lourdes Huanqui y Arcadio Lobato.

La construcción del ser humano es un evento dinámico, con formación de diversos tipos de células madre que maduran en el espacio y en el tiempo^{iv}.

En la semana siguiente a la ovulación, muchas mujeres saben instintivamente que algo ha ocurrido en su interior. Quedarse embarazada supone un gran cambio en la mujer que no sólo afecta a su cuerpo sino también a su espíritu o a su capacidad de percepción.

A los 15 días de implantado en el útero, el embrión se comunica con los tejidos de su madre para que ésta realice los cambios físicos y psíquicos necesarios, de manera que lo tolere inmunológicamente^v y desarrolle su *habitat*. Comienzan los cambios hormonales en el cerebro y el resto del cuerpo de la madre, comienza el vínculo de apego afectivo y emocional^{vi}. Un embarazo exitoso requiere múltiples adaptaciones de la fisiología de la madre para optimizar el crecimiento y desarrollo del feto, para proteger al feto de la programación negativa, para impulsar el parto y la atención que la madre da al niño/a tras el mismo. Muchas de estas adaptaciones son organizadas por el cerebro de la madre, gracias a la plasticidad del mismo fundamentalmente a través de cambios en los sistemas neuroendocrinos, impulsados principalmente por las hormonas del embarazo.

Por el contrario, las adaptaciones en el cerebro de la madre durante la lactancia son mantenidas por los estímulos externos que la madre recibe.

Los cambios en el embarazo no son necesariamente inocuos: pueden predisponer a la madre a los trastornos del estado de ánimo después del parto.

A los 2-4 meses de gestación la progesterona (hormona sexual femenina, hormona del relax) aumenta entre 10-100 veces en el cerebro y reduce la respuesta emocional y física al estrés de la mujer, es la hormona protectora del embarazo por excelencia. Este menor estrés favorece un mejor desarrollo del feto. La señales que el feto envía a su madre estimulan la producción de neurotransmisores cerebrales en la madre como oxitocina (hormona de la confianza y el amor), prolactina (hormona de la leche) y dopamina (reguladora de los movimientos y sistema de premio-recompensa). La progesterona ejerce una doble acción, por una parte no deja que se produzcan muchas hormonas del estrés que perjudiquen tanto a la madre como al niño/a y además permite que se almacene oxitocina.

Al 5º mes, la madre siente los movimientos fetales y comienza a secretar oxitocina. Esta molécula es la decisiva para generar el vínculo y apego. La oxitocina, cuenta con receptores en todo el sistema límbico de la mujer.

Entre el 6º-9º mes, el cerebro de la mujer se reduce de tamaño (hasta un 7%) y se recupera después del parto. No se pierden neuronas sino que se reorganizan los circuitos neuronales para la cascada hormonal que se está produciendo y que se culmina en el parto tras el contacto cuerpo a cuerpo, piel a piel, donde se libera oxitocina almacenada en las neuronas durante embarazo y se refuerza el vínculo de apego y la lactancia. El tamaño cerebral recupera la normalidad aproximadamente a los 6 meses después del parto^{vii}.

2.1. Material genético, el cerebro y su plasticidad. La epigenética

La trayectoria vital de un individuo consiste en la expresión selectiva y ordenada de los genes, que permite la aparición de células diferentes. Las células se agrupan espacialmente en las estructuras propias de cada órgano, tejido o sistema. El proceso de formación de todo órgano tiene su *calendario* natural de inicio y término^{iv}.

Después de la concepción, hay una rápida diferenciación y desarrollo del cerebro del feto. En el primer trimestre, el desarrollo del feto esta sobre todo marcado por la herencia, por el material genético recibido. La influencia genética, sigue operando a partir de este punto, aunque son las sensaciones y experiencias que recibe el feto lo que determina la conectividad, formación y mielinización cerebral, es decir su futuro. El crecimiento en tamaño y la mielinización del cerebro comienza en el último trimestre de emba-

razo y continúa principalmente hasta los 18-24 meses de vida y éste crecimiento acelerado depende de la experiencia que recibe^{viii}.

Hace tiempo se asumía que el cerebro era una red continua, una especie de cableado continuo que aumentaba de tamaño pero en el que no se podían cambiar las conexiones porque todo estaba ya conectado y las conexiones eran conexiones físicas y anatómicas. Sin embargo, Ramón y Cajal, Premio Nobel en Medicina en 1906, describió el sistema nervioso central (SNC) de una manera dinámica, con células neuronales, que se conectaban unas con otras, para pasar la información pero sin que existiese una verdadera conexión anatómica. Cajal decía que cada hombre es capaz de construir su propio cerebro. El hablaba así porque sabía que no sólo es importante la carga genética que portemos cada uno, sino como se va moldeando el cerebro con el ambiente. Cuanto mayor número de estímulos y mejor calidad de los mismos, mejor desarrollo neuronal. Ramón y Cajal intuyó que las células del cerebro del niño están ávidas por aprender y que sus terminaciones se mueven continuamente para buscar axones con los que conectar.

Durante mucho tiempo se ha rechazado la idea del movimiento pero actualmente se ha filmado en cerebros de ratón el movimiento de las dendritas neuronales con sus espinas del aprendizaje y tal como dijo Cajal se mueven continuamente. Cuanto más inmaduro es el animal más espinas del aprendizaje hay y más movimiento tienen, y la actividad va disminuyendo según va madurando el animal. No es difícil pensar que los recién nacidos y sobre todo los prematuros, tienen millones y millones de espinas del aprendizaje buscando como conectarse y como ya decía Cajal dependiendo del entorno que ofrezcamos las conexiones serán de una manera u otra^{ix}.

La célula funcional del cerebro es la neurona. Las neuronas se van formando y migrando hacia las diferentes partes del cerebro hasta las 25-28 semanas de edad gestacional y algunas pocas más allá. Las neuronas tienen la función de transmitir señales al área del cerebro correspondiente para que éste las procese, y cuando este estímulo se repite, hace que varias células se estimulen y vayan activando con sus axones las dendritas de otras células. *Células que se estimulan juntas, trabajan juntas.*

Desde temprano en la gestación, hay un proceso paralelo de programación de muerte celular (apoptosis). A las 28 semanas el número de neuronas es máximo y a las 40 el número de sinapsis, aunque la mitad de las células neuronales se han perdido. Por tanto el término de plasticidad neuronal se refiere a esa fase en la que existe activación y en la que existe apoptosis si esas neuronas no se usan^x.

La capacidad de adaptarse es mayor en el cerebro inmaduro que en el adulto. La plasticidad es la capacidad de las células nerviosas de reorganizar sus conexiones y de modificar los mecanismos implicados en su comunicación con otras células cuando existe un daño.

En resumen, los genes estructuran el cerebro en cuanto a su formación pero el resultado final de cómo actúan las células y como se conectan resulta de las experiencias recibidas, lo que incide en la plasticidad cerebral^{ix}.

Además se conoce que existe una regulación en la expresión de los genes de acuerdo con el efecto de las experiencias que recibe desde la vida fetal (epigenética); esto explica la unión entre las experiencias y las consecuencias conductuales. Aunque inicialmente se pensó que la plasticidad provocada por las modificaciones epigenéticas se limitaba a estadios embrionarios del desarrollo, se ha visto que ocurren a lo largo de toda la vida^{xi}.

Diferentes exposiciones a toxinas, alimentos, hormonas, stress e interacciones sociales, ejercen efectos a largo plazo en el desarrollo cerebral.

Se han estudiado los efectos epigenéticos asociados al estrés prenatal de la embarazada, a los cuidados postnatales de la madre o al abuso o maltrato infantil. Estos estudios sirven para ilustrar el profundo impacto que la interacción padre/madre-hijo/a puede tener resultados en el cerebro a nivel molecular, fisiológico, neurobiológico y conductual del niño.

El estrés materno produce variaciones epigenéticas y cambios en el desarrollo del niño: el estrés durante el embarazo ha sido implicado como factor de riesgo para el desarrollo del feto. Los niños de mujeres embarazadas con estrés o con ansiedad presentan con mayor probabilidad ansiedad, trastornos de hiperactividad o déficit de atención y menor desarrollo mental según la escala de Bayley. Estos efectos son independientes del estado emocional postnatal de la madre y de la experiencia postnatal del niño^{xii-xiii-xiv}.

Madres expuestas a ataques terroristas o desastres naturales tienen más partos prematuros, bajos pesos y menor perímetro craneal^{xv}. De igual manera, embarazadas deprimidas o con ansiedad presentan mayor riesgo de parto prematuro.

Las consecuencias a largo plazo del estrés prenatal sugieren incremento del riesgo de esquizofrenia, depresión infantil^{xvi} y alteración de la actividad de los genes por un aumento de la metilación del DNA^{xvii} tanto en la madre como posteriormente en los niños y adolescentes^{xviii} pudiendo persistir en la edad adulta.

Por tanto existe evidencia del efecto a corto y largo plazo que el estrés de la madre produce en el feto mediado por la liberación de los glucocorticoides maternos (hormonas del estrés)^{xix-xx}.

2.2. Desarrollo de competencias y relación con el medio

El feto dentro del útero presenta una serie de movimientos, actividad y conducta que nos ayudan a entender el desarrollo del SNC. La conducta es la relación de un organismo, en este caso el feto, con su medio ambiente. Ecográficamente podemos observar la actividad pasiva fetal, su reacción ante determinados estímulos y también la habituación fetal, esto es la disminución o incluso el cese de respuesta fetal ante reiterados estímulos porque el feto a término se habitúa a los mismos. La habituación fetal se podría considerar como un simple patrón de aprendizaje que nos proporciona información sobre la memoria, la capacidad de aprender, la adicción a determinados hábitos e incluso las habilidades, el temperamento y la fatiga del feto^{xxi-xxii}. El feto tiene una extraordinaria discriminación sensorial^{xxiii-xxiv-xxv}.

El feto dentro del útero, va paso a paso desarrollándose en un medio adecuado porque allí recibe todo lo necesario para que desde el punto de vista orgánico y funcional se desarrolle. En el útero, el feto presenta neuroconductas mediadas por el desarrollo del sistema límbico que le aseguran bienestar. Para que se produzca un adecuado desarrollo de las competencias, el feto tiene que recibir en cada estadio del desarrollo los estímulos precisos para poder lograr el siguiente. Cuando esto no sucede, los siguientes sistemas a desarrollar se deterioran.

La madre es parte de la experiencia esencial que necesita el organismo en desarrollo^{xxvi}. Los sentidos se desarrollan en un orden preestablecido por la naturaleza: tacto, olfato, gusto, audición y visión.

Un feto con 2,5 cm y 2 gramos tienen una capacidad perceptiva. A las 12-14 semanas de gestación (6 cm y 14 gramos) tiene ya formado su sistema somatoestésico completo o propioceptivo (capacidad que tiene el feto para percibir y reconocer las sensaciones corporales) pero necesita tiempo para aprender^{xxi-xxii}. Dentro del útero se sabe que el sistema táctil se desarrolla en dirección céfalo-caudal, comenzando alrededor de la boca, y posteriormente en la cara, palmas de las manos y plantas de los pies. El feto es expuesto continuamente a estímulos táctiles, ya que los movimientos en la madre generan un masaje constante.

El sentido del tacto está presente desde la 7ª semana de gestación. A las 9 semanas hay movimientos de la boca en respuesta a estimulación perioral, en la semana 12 puede observarse al feto realizando deglución del líquido amniótico. Con el olfato y gusto a las 12 semanas, ya disfruta del placer de succionar, ya se percibe que les calma y les da placer. Es capaz de

advertir cuales son los gustos familiares y a reconocer, cuando nace, lo mismo en la leche de su madre.

El olfato y el gusto se encuentran listos alrededor de la 24 semana de embarazo. Las experiencias olfativas y gustativas del feto provienen del líquido amniótico en el que se encuentra flotando, cada líquido amniótico huele de una manera, dependiendo fundamentalmente de la dieta que siga la madre.

Por lo general se cree que las funciones de apetito y saciedad se desarrollan durante el periodo intrauterino. Cuando la madre toma algo dulce aumenta la deglución fetal del líquido amniótico (LA); por el contrario tras la inyección de un extracto amargo la frecuencia de movimientos deglutorios disminuye.

Todos tenemos una memoria olfativa y gustativa que hemos ido construyendo a lo largo de la vida; determinados aromas y sabores nos causan alegría o placer y otras nos disgustan. A través del hipocampo y la amígdala cerebral los olores se interrelacionan con las emociones, la memoria y el recuerdo^{xxvii-xxix-xxx}.

Los reflejos del tronco encefálico, que incluyen los reflejos vestibular, olfativo y auditivo, se desarrollan al principio de la gestación, a partir de la 9ª semana. Parece que el medio uterino atenúa la fuerza de gravedad y favorece el desarrollo de los reflejos vestibulares. Perciben el movimiento y posición a las 20 semanas. La función coclear a partir de las 22 semanas pero continua su desarrollo 6 meses después del parto. Los latidos cardiacos de la madre o los movimientos intestinales provocan un ruido de 90 dB en el útero, pero la inmadurez coclear, el líquido del oído fetal y el líquido amniótico atenúan la recepción del mismo por el feto.

El recién nacido a término lleva 10-12 semanas teniendo experiencias auditivas intraútero, es decir, desde los 6 meses de gestación el niño tiene la capacidad de reaccionar a estímulos sonoros intensos.

El sentido de la vista es el último en formarse, se desarrolla alrededor de las 30-32 semanas de gestación, finaliza su desarrollo a los tres años de edad. El medio intrauterino no está totalmente desprovisto de luz; el desarrollo de los órganos visuales o auditivos no sería posible sin ninguna estimulación visual o acústica. Los parpados se encuentran fusionados hasta la semana 25 semanas de gestación. El ojo recibe estimulación intraútero a través de la pared abdominal de la madre, tamizado por el líquido amniótico. Es el último sentido en desarrollarse, pero es el que está más maduro al nacimiento en el niño/a a término, que es capaz de enfocar a unos 20-30 cm, la distancia de la cara de su madre cuando está mamando.

El feto también siente dolor, percibe el estímulo y reacciona emocionalmente con desagrado al mismo. En el feto los primeros nocirreceptores aparecen en la 7ª semana de gestación y en la semana 20 ya están en todo el cuerpo. La respuesta al estímulo doloroso se puede contemplar en tres

aspectos, la respuesta somatosensorial, reflejos autonómicos y endocrinológicos, y la conducta relacionada con el dolor.

Las reacciones iniciales son reflejos motores similares a reflejos de retirada, al igual que la aparición de gestos fetales^{xxxii} que se pueden traducir como la reacción emocional al dolor. Uno de los efectos más importantes de la experiencia al dolor^{xxxiii} es una respuesta prolongada al estrés. Ésta incluye las fluctuaciones de la tensión arterial, flujo sanguíneo cerebral y la hipoxemia que pueden predisponer a la hemorragia intracraneal^{xxxiv}.

Los experimentos en animales han revelado que las concentraciones elevadas de cortisol, equivalentes a las secretadas por el humano como respuesta al estrés, se asocian con cambios degenerativos en el hipocampo fetal^{xxxv}.

Probablemente el feto en el tercer trimestre no recuerda que pasó pero sí como se sintió, está teniendo sus primeras memorias, no narrativas pero sí emocionales que le están ayudando a crecer. Esta siendo construido no cómo persona que ya lo es, sino recibiendo la capacidad para poder vivir.

Por último se sabe que los niños prematuros que precisan cuidados intensivos (UCIN) y que están expuestos al dolor, tienen una alteración de la conducta a lo largo de su vida^{xxxvi}.

Hoy en día, cuando nace un bebé prematuro que precisa de cuidados neonatales, éstos no se conciben si no tienen una base sólida fundamentada en cuidados centrados en el desarrollo que permitan controlar el impacto que puede tener el ambiente extrauterino sobre el cerebro en formación del prematuro.

Un método de intervención, conducido por profesionales entrenados en neurodesarrollo, que se aplica para paliar los efectos devastadores sobre el cerebro de los bebés prematuros es el NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program). A nivel del feto esto ha sido también descrito como “expectativa cerebral”^{xxxvii}.

Los grandes prematuros, tienen la capacidad para responder a estímulos a través de cualquier canal de los sentidos, aunque habitualmente lo hagan de forma desorganizada al no estar preparados para responder a los estímulos excesivos que se encuentran al nacer.

2.3. Nutrición: placenta y líquido amniótico

Mientras está en el útero, el bebé flota en el líquido amniótico (LA). El LA circula constantemente a medida que el bebé lo traga y lo "inhala" y luego lo libera y "exhala" a través de la orina.

El LA ayuda al feto a: (1) moverse en el útero, lo cual permite el crecimiento óseo apropiado, (2) al desarrollo apropiado de los pulmones, (3) a

mantener una temperatura relativamente constante alrededor del bebé, protegiéndolo así de la pérdida de calor, (4) a proteger al bebé de lesiones externas al amortiguar golpes o movimientos repentinos.

En cuanto a la nutrición, la deglución se observa desde las 11 semanas de gestación, con índices diarios de deglución cerca del parto de 200-500 ml, permitiendo la deglución de proteínas y factores de crecimiento que contribuyen al desarrollo y maduración del tubo digestivo y, posiblemente, al crecimiento somático fetal. El LA proporciona del 10-14% de las necesidades de nitrógeno en el feto sano.

La placenta humana, como órgano de relación estrecha entre el feto y su madre, comienza a formarse en la segunda semana de gestación, y evoluciona hasta el tercer-cuarto mes, cuando ya está totalmente formada y diferenciada, aunque sufre algunos cambios menores hasta el término del embarazo. La placenta proporciona al feto el suministro de sangre y los nutrientes necesarios para su supervivencia.

En la placenta, los nutrientes, productos de desecho y gases, se intercambian entre la sangre de la madre y del feto.

La placenta funciona como una especie de envoltura protectora. No obstante, estados de emociones negativos continuados pueden afectar su función, sobre todo el estrés. Se ha visto que hay una correlación fuerte entre los niveles de cortisol materno y fetal^{xxxv,xxxvi} estado de ansiedad materno y disminución del flujo sanguíneo al niño^{xxxvi,xxxviii}. Esto sugiere que el estado emocional materno puede afectar también la función placentaria.

3. Piel con piel y parto: las primeras horas

Como mamíferos, los humanos esperamos encontrar en nuestro desarrollo: El útero materno, el pecho y el cuerpo materno, la familia y la red social. Hofer, 1985, H. Als 1990

3.1. Un nuevo hábitat

Tanto en el útero materno como después en los brazos de la madre, el organismo en desarrollo está físicamente preparado y neurobiológicamente programado para comportarse de manera que le permita satisfacer sus necesidades^{xxxix}. El hábitat determina así el nivel de organización del cerebro, es decir, su capacidad para controlar correctamente el nivel de vigilia.

El contacto piel con piel (CPP) tras el parto puede fundamentarse en los estudios de animales que tras el parto son “hábitat dependientes” para

poder sobrevivir. En los mamíferos este hábitat, que es el cuerpo de su madre, garantiza la supervivencia ya que proporciona calor, alimento, protección e interacción^{xi}. Todos los sentidos necesitan una señal de calidad que les estimule y refuerce desde el inicio las vías e interconexiones cerebrales; sin duda este estímulo es la madre.

La transición de la vida intrauterina a la extrauterina es un periodo crítico y delicado porque implica cambios en la respiración, circulación sanguínea y en la manera de alimentación. Los sistemas sensoriales del recién nacido están preparados para recibir nuevos estímulos y el recién nacido los recibe tal cual son, sin ningún tipo de filtro. Estos filtros los va desarrollando con el aprendizaje.

Aunque la unión entre madre e hijo/a es continua, las primeras horas de vida del bebé son especialmente importantes. Por esto, la iniciación precoz de la lactancia, proporciona una experiencia singular de vinculación afectiva para la madre y criatura, ya que estimula la mayoría de los sentidos y el íntimo contacto corporal permite al bebé reconocer el olor de su madre. Esto tiene efectos positivos para toda la vida, ya que la necesidad instintiva de protección y nutrición del bebé es especialmente fuerte.

El parto es la situación más estresante que le sucede al bebé. Hemos visto que es importante la situación anímica de la madre en el embarazo y sabemos que el dolor del parto es una situación a veces difícil de afrontar como algo natural por ellas, pero dedicamos poca atención a la vivencia del parto por el bebé.

Sabemos que los niveles de cortisol en el cordón umbilical tras el parto están muy elevados y que diferentes tipos de parto generan diferentes niveles de cortisol en el niño/a. Los niños/as nacidos de cesáreas electivas son los que tienen menor nivel de cortisol. Los nacidos vía vaginal tienen una respuesta intermedia cuando se les compara con los nacidos de partos instrumentalizados (fórceps, ventosa) que son los que generan mayor subida de cortisol. Estas diferentes respuestas del cortisol de acuerdo al nacimiento que se ha tenido, se mantienen cuando más tarde los niños se someten a situaciones estresantes como la vacunación a los 2 meses de vida. Esto demuestra que al menos durante los dos primeros meses el método del parto afecta la respuesta al estrés en el niño/a.

Pero no podemos decir que el mejor método para parir sea la cesárea: sin duda es el parto vaginal porque conlleva menos morbi-mortalidad materno-fetal. El recién nacido tras una cesárea programada tiene más riesgos de enfermedad respiratoria^{xli}, mortalidad perinatal^{xlii}, menor tiempo de lactancia en cesáreas a demanda^{xliii}, rinitis alérgica, asma y atopia^{xliv}. En las madres hay mayor riesgo de hemorragia, infección y embolismo pulmonar^{xlv}, más anemia puerperal, más transfusiones, más puerperios febriles, más complicaciones tromboembólicas^{xlvi}, peor adaptación psicológica y también retraso de la lactogénesis^{xlvii}.

Uno de los principios (paso 4º) contemplados dentro de la “**Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia**” (IHAN), dice que se debe: “*Ayudar a las madres a iniciar la lactancia tras el parto. Este Paso implica: Colocar a los bebés en contacto piel con piel con sus madres inmediatamente después del parto, por lo menos durante una hora, y ayudar a las madres a reconocer cuándo sus bebés están listos para amamantar, ofreciendo ayuda en caso necesario*”^{xlvi}. Este paso contempla situaciones de partos vaginales y cesáreas sin anestesia general en las que las madres puedan recibir a sus hijos tras el nacimiento para continuar ese contacto íntimo y estrecho que han tenido intraútero y que sigue siendo necesario para ambos.

La IHAN especifica la duración de al menos una hora o incluso más (pues los RN pueden tardar más de ese periodo en engancharse de forma efectiva al pecho) salvo que haya una indicación médica que justifique la separación. Con más de 50 minutos de contacto la probabilidad de hacer una toma de forma espontánea es 8 veces mayor que si el tiempo es inferior a 50 minutos^{xlix}.

Desde el nacimiento todos los mamíferos tienen una serie encadenada de comportamientos, siempre que estén en el hábitat correcto. Cuando al recién nacido se le facilita el CPP tras nacer, pasa por nueve fases de comportamiento: llanto, relajación, despertar, actividad, gateo, descanso, familiarización, succión del pecho y sueño, esto da lugar a principios de óptima auto-regulación. Este comportamiento es lo que estimula la respuesta cuidadora de la madre^l.

Los beneficios demostrados del CPP tras el parto son los que han llevado a implementar esta estrategia de salud a nivel universal^{li}.

A través de un contacto estrecho, piel con piel, inmediatamente tras nacer, la madre regula la temperatura corporal del bebé, le ayuda a conservar energía (mejor control de glucosa) y a estabilizar el equilibrio ácido-base, a ajustar la respiración, el llanto y a despertar las maniobras de búsqueda del alimento. A su vez, el bebé despertaría o regularía la atención que precisa de su madre para que le facilite los cuidados, el inicio y mantenimiento de la lactancia.

El bebé debería permanecer en contacto piel con piel con su madre en las primeras horas tras el nacimiento, y está claro, que las rutinas hospitalarias en la salas de partos deberían dirigirse hacia favorecer un ambiente cálido, respetuoso, silencioso, para no molestar o interferir en este proceso de autorregulación, en la primera toma, o en el inicio del vínculo madre-hijo/a.

Como el recién nacido parece depender del sentido del olfato, se debe postponer el lavado del pecho de la madre o lavado del niño y la separación para pesar o recibir profilaxis vacunal o de cualquier tipo. La administración de sedantes u oxitocina a la madre de forma rutinaria durante el parto, puede ser un elemento que distorsione y retrase la conducta innata del bebé

tras nacer, lo que le hace más vulnerable^{lii}. Como antes hemos dicho, es necesario mantener la vía aérea despejada, sobre todo en estas condiciones.

Todos los recién nacidos sanos deberían permanecer con su madre desde el nacimiento y durante su estancia en maternidad con el fin de facilitar la lactancia y el vínculo.^{lii} No se debe forzar a los RN a engancharse al pecho sino facilitarles el acceso al mismo. Si la madre necesita sedación y no puede atender a su bebé, el contacto piel con piel se realizará en cuanto la madre se encuentre reactiva y alerta.

El contacto piel con piel durante la cesárea es un hecho apoyado en numerosas guías internacionales^{liv,lv}. Además de estas ventajas, el contacto piel con piel en cesáreas mejorará la percepción de la madre hacia su parto, ayudando a que de esta forma el nacimiento se viva como una experiencia más grata, ya que la mayoría de los estudios señalan que la cesárea es percibida como una experiencia menos satisfactoria, asociándose con más frecuencia a depresión postparto y a mayores dificultades durante la lactancia^{lvi,lvii}.

La presencia del padre (o de un acompañante elegido por la madre) en el quirófano podría ayudar a la realización del piel con piel y ayuda a la madre a través del apoyo emocional^{lviii}.

Se han publicado casos de muerte súbita durante las primeras horas tras el parto^{lix,lx,lxi,lxii}. Aunque algunas se pueden justificar por enfermedades del niño, otras se han relacionado con situaciones de cansancio de la madre, falta de supervisión, partos de madrugada, partos en primíparas etc., que probablemente han producido obstrucción de la vía respiratoria, sobre todo cuando están mamando. Por ello:

“Es imprescindible que durante las primeras horas tras el nacimiento, la/el recién nacido se encuentre bajo supervisión de sus padres y de los profesionales, sobre todo si la madre tiene la movilidad limitada y ha recibido sedantes/analgésicos que pueden alterar su estado de conciencia y el del niño/a, al fin de prevenir sofocaciones del recién nacido. Es imprescindible que durante la lactancia la posición de la madre no obstruya la vía respiratoria del bebé. Probablemente el que la madre esté en decúbito supino favorezca esta situación, quizás, por tanto, sea mejor que las madres estén incorporadas 30-60 grados”^{lxiii}.

El desarrollo afectivo es base del desarrollo físico, social y cognitivo del niño/a, y éste se inicia en las primeras horas de vida, inmediatamente al parto. El vínculo afectivo madre/padre-hijo/a incluye todos los lazos emocionales que se establecen entre los progenitores y sus criaturas. Es un instinto biológico que promueve la reproducción y protección de la especie. Es crucial para la supervivencia y desarrollo del bebé: capacita a los padres y madres para que se sacrifiquen y le cuiden.

Elaborar estrategias de atención desde el nacimiento es básico para promover el desarrollo del vínculo^{lxiv}. Por tanto, sólo la práctica de procedimientos que tengan que ver con la supervivencia de la madre o del hijo/a puede justificar la separación de los mismos tras el parto.

Si la madre, por su estado de salud, no puede estar en contacto piel con piel con su hijo se ha mostrado que el contacto piel con piel inmediatamente tras el parto con el padre puede ser beneficioso para ambos. Los niños que estuvieron en contacto piel con piel con su padre lloraron menos, se mantuvieron más calmados y adquirieron un comportamiento más organizado de forma más precoz. Parece que el padre puede ser el cuidador principal en este periodo de tiempo tan importante, ya que facilita el comportamiento que tendrá que poner en marcha el niño para asegurar una adecuada lactancia materna^{lxv}.

Al igual que a nadie se le ocurre pensar que los bebés durante la gestación están mejor fuera del útero, tampoco deberíamos pensar y admitir puesto que está en nuestras manos, que al nacer no sigan su desarrollo de forma inmediata en los brazos y la piel de su madre. El CPP supone una continuidad con el útero materno donde se encontraba en un ambiente térmico oliendo a su madre, donde oía su voz y sentía el latido de su corazón.

3.2. Nutrición: brazos y leche materna

El amamantamiento y la leche humana son la forma de alimentación y nutrición normales para el recién nacido sano y todavía más si está enfermo. Existen suficientes trabajos y evidencia científica que demuestra las ventajas a corto y largo y plazo en el desarrollo físico y emocional del bebé.

Todos los organismos nacionales e internacionales que velan por la salud materno-infantil, insisten en recomendar lactancia exclusiva durante 6 meses y la introducción posterior de otros alimentos mientras que la leche materna continúe siendo la base de la nutrición al menos el primer año de vida.

Es evidente que los beneficios que el amamantamiento confiere a la madre y al hijo/a, implican beneficios en la salud del lactante a lo largo de toda su vida, y en el concepto de salud esta no sólo el crecimiento sino también el desarrollo psíquico y físico^{lxvi}.

El éxito de la interacción madre-criatura es lo que hace posible la lactancia materna, por supuesto facilitado por el apoyo del padre, la familia y los recursos sanitarios existentes. Debido a que el binomio madre-hijo/a es diferente en cada caso, es difícil crear normas hospitalarias que garanticen el buen resultado de la lactancia. De hecho, cuando el sistema es rígido y no contempla la individualidad de las madres y los niños, el establecimiento de la lactancia es difícil.

Otra barrera es la formación de los profesionales que asisten a sus cuidados: en ningún otro aspecto de la medicina son más evidentes los prejuicios e intereses personales que se observan sobre el parto y la lactancia. De la misma manera, el hecho de haber tenido un hijo no hace experta a la persona al igual que no impide la adquisición de conocimientos el hecho de no tenerlo.

Siempre han existido dogmas rígidos para alimentar al bebé, ahora, considerando un abordaje más racional, también se han implantado dogmas, sin tener en cuenta que el delicado equilibrio entre arte y ciencia no tiene reglas. Al igual que en otros ámbitos de la medicina, el clínico tiene que adaptar las recomendaciones a cada madre y a cada niño o niña de forma individual^{lxvi}.

El aspecto clave en el abordaje del binomio madre-hijo/a es el establecimiento de un sentimiento de confianza en la madre. La función básica en todas las especies de mamíferos es la provisión del alimento que necesita la cría en cuanto a cantidad, intervalos adecuados, almacenaje y dispensación. El CPP que ocurre durante el amamantamiento hace que el binomio madre-hijo/a libere oxitocina y ambos se relajen, lo que facilita todos los beneficios anteriormente descritos^{lxvii}.

La lactancia induce tranquilidad, que puede medirse como disminución de la tensión arterial y de la tasa de hormonas del estrés como el cortisol a la par que multiplica en el plasma los niveles de opiáceos^{lxviii}. Es difícil predecir en nuestra sociedad actual cómo va a reaccionar una madre al tener un hijo y alterar una actividad laboral absorbente, pero si escuchase a su instinto y se relajase la madre sabría lo que necesita su hijo y ella.

Los niveles altos de estrógenos, progesterona, hormona lactógeno-placentaria y prolactina que hay en la gestación, preparan a la glándula mamaria para la producción de leche a la vez que detienen su producción en este periodo de tiempo.

Tras el nacimiento, la lactancia se inicia de manera automática por la supresión de la inhibición que ejercían las hormonas placentarias, dando paso a que la prolactina ejerza su acción. Desde aquí la secreción de prolactina y la producción de leche dependen del estímulo de succión.

Durante los dos primeros meses la prolactina está por encima de cifras basales pero a partir de ese momento la producción depende más de la succión y vaciamiento que de la hormona. Un establecimiento correcto de la lactancia durante las primeras semanas es esencial para la producción de un número adecuado de receptores celulares en los lactocitos que produzcan leche al ser estimulados por la prolactina y así mantener la producción posterior de leche cuando las cifras de esta hormona sean bajas. Por eso, las tomas frecuentes son importantes y naturales las primeras semanas de vida.

El pecho es estimulado por la succión. Los impulsos nerviosos van a los núcleos supraóptico y paraventricular del hipotálamo y se libera oxitocina a la sangre, la cual alcanza las células mioepiteliales mamarias y se produce la salida de la leche. Este mecanismo es reflejo: si se desencadena con suficiente frecuencia por el bebé, resulta un reflejo condicionado y bastará que la madre piense en su bebé, huelga algo que le recuerde a él, lo oiga o vea para sentir de nuevo la salida de la leche.

La oxitocina estimula la producción de prolactina en el lóbulo anterior de la hipófisis, que a su vez produce leche. También estimula la producción de insulina que se encarga de que los nutrientes almacenados en el cuerpo de la madre estén a disposición de la glándula mamaria para proporcionar leche, lo que ayuda a la madre a mantener el apetito, acelerar la digestión y aumentar el almacenamiento de nutrientes para producir leche.

Como antes hemos dicho, el hábitat determina el nivel de organización del cerebro, o sea, la capacidad de controlar correctamente los estados de vigilia. La duración del ciclo normal de sueño de un recién nacido es de 60-90 minutos, si se encuentra en su hábitat adecuado, mamará con frecuencia suficiente para establecer una buena producción de leche que garantice su alimentación tanto tiempo como desee.

En situaciones mantenidas de estrés, la estimulación del sistema nervioso simpático se puede oponer a la salida de la leche al disminuir por la vasoconstricción la llegada de oxitocina a la célula mioepitelial. El reflejo de eyección de leche puede bloquearse con alteraciones emocionales o con la estimulación simpática de la neurohipófisis.

La leche materna no es un fluido uniforme, sino una secreción de composición variable y compleja, con propiedades nutritivas y funcionales. Varía de una mujer a otra, varía a lo largo de la lactancia, a lo largo del día, y a lo largo de la toma. Los más de 200 componentes descritos de la leche humana incluyen una amplia variedad de moléculas en solución, coloides, estructuras fisicoquímicas complejas, como glóbulos rodeados de membrana, y células vivas, que además interactúan entre sí. La descripción de la composición de la leche, sigue avanzando a medida que se perfeccionan las técnicas de laboratorio.

Las funciones de los componentes de la leche, son variadas y extensas, y no del todo conocidas. No sólo la nutritiva, sino otras muchas, con efectos en la fisiología del niño, su intestino, sistema de defensa inmunológico, cerebro, en el metabolismo y programación del mismo a largo plazo, y en la microbiota con la que convive, por solo mencionar algunos de los aspectos más conocidos.

El calostro facilita el establecimiento de la flora intestinal deseable y facilita la expulsión de meconio (efecto laxante) lo que ayuda a controlar las cifras de bilirrubina en el recién nacido. Día tras día, la cantidad de calostro

producido va aumentando hasta que se transforma en leche madura aumentando su cantidad. El drenaje del calostro los primeros días, mediante tomas frecuentes, facilita una producción creciente. Suplementar con otros líquidos o leche artificial los primeros días de vida, pone en riesgo la producción y resta los beneficios del calostro.

Las y los niños a término sanos que permanecen con sus madres y son amamantados, adquieren la microflora intestinal de su madre que es genéticamente compatible^{lxix}. Durante el tercer trimestre, el feto deglute LA que contiene nutrientes, factores de crecimiento y péptidos con capacidad antibiótica^{lxx}.

La leche humana es más compleja que el LA y continua con el desarrollo intestinal tras el nacimiento^{lxxi}. Y además de la composición en nutrientes, contiene hormonas, FG, citoquinas, inmunomoduladores, péptidos naturales con capacidad antibiótica, IgAs y bacterias probióticas^{lxxii}. La IgA secretora es el resultado final del cruce entre la madre y su microbiota ambiental^{lxxiii}.

Los humanos, mantenemos una flora intestinal muy diversa, dinámica y compleja que actúa en numerosas funciones vitales como son el crecimiento y el desarrollo de la barrera epitelial, la estimulación de la angiogénesis intestinal, la regulación de la nutrición, funciones metabólicas y el despertar de la inmunidad innata del recién nacido.

Después del nacimiento, el entorno que lo acoge y lo que le ofrece, hace que opte por una flora intestinal estable y duradera. Una disregulación (disbiosis) de este proceso durante el periodo postnatal precoz puede generar las bases para el desarrollo a corto o largo plazo de enfermedades inflamatorias, alérgicas e inmunológicas. Por tanto la exposición inicial inmunológica del recién nacido tiene consecuencias a largo plazo en relación con la aparición de microbiota intestinal^{lxxiii}.

4. Piel con piel: ¿hasta cuándo?

4.1. La lactancia materna, un estímulo multisensorial

El recién nacido al nacer tiene el sentido del gusto y del olfato muy desarrollado y gracias a ello ha ido creando expectativas que al nacer le ayudan a sobrevivir, al reconocer el olor de la leche de su madre y permitirle guiar por el al pezón de su madre. Reconoce la voz de su madre e incluso distin-

gue la lengua materna. El sentido del tacto y la posición que quiere adquirir también se fueron desarrollando y, al nacer, permiten que la superficie de su cuerpo esté tocando la de su madre al máximo. A través de todos los sentidos el bebé sigue desarrollando sus esquemas cerebrales e interactúa con la madre a través de su sistema nervioso autónomo. Todas las conexiones cerebrales que se iniciaron dentro del útero seguirán fortaleciéndose de acuerdo a la calidad de las sensaciones y experiencias que reciba, y así irá formándose el cerebro tanto a nivel anatómico como funcional.

Hay periodos en el desarrollo de un individuo llamados periodos sensitivos, en los que se adquiere la capacidad para un determinado comportamiento gracias a la interacción del individuo y su entorno^{lxxiv}. En general los periodos sensitivos ocurren en la infancia cuando el éxito al adquirir una habilidad aumenta la supervivencia y la competencia adaptativa del individuo. Además, este tiempo es considerado como un periodo crítico porque la falta de adquisición de habilidades adecuadas pone al organismo en riesgo^{lxxv,lxxvi}. Los comportamientos observados adquiridos en los periodos sensitivos son universales dentro de la misma especie por la historia evolutiva (genética y ambiental).

La leche materna, es algo más que un nutriente. Genera emociones y supone un vínculo único. Más allá de los beneficios biológicos, los beneficios psicológicos son muy importantes a través del CPP: por eso estas prácticas tienen que volver a formar parte de la vida.

La lactancia materna es un instinto y una habilidad que ayuda al desarrollo global y genera mucha oxitocina^{lxxvii}

“Hay un debate en cuanto al tiempo que deberían permanecer los niños piel con piel, sin embargo, la pregunta debería ser a la inversa: ¿cuánto tiempo es seguro para los dos permanecer separados?. Al menos desde el punto de vista neurológico la separación no debería de existir en el periodo neonatal y desde el punto de vista humano ¿cómo nos sentiríamos si siendo absolutamente dependientes nos separan de alguien que conoce nuestras necesidades sin decir palabra?. C de Alba

Un buen acoplamiento precoz entre la madre y la/el recién nacido ayuda a mitigar cualquier alteración que haya existido durante la vida fetal. *El sistema nervioso de las y los recién nacidos es muy plástico tanto para absorber daños como beneficios en este periodo precoz del desarrollo.*

Las relaciones de vínculo y apego van a condicionar las respuestas emocionales de los niños y niñas durante sus primeros años y estas experiencias influirán de forma determinante en las sinapsis, en la calidad de las conexiones cerebrales, en el crecimiento del cerebro que, como sabemos, es máximo en el último trimestre del embarazo y en los dos primeros años de

vida. La/el recién nacido a término tiene un volumen cerebral de alrededor del 25% del volumen final que adquirirá a la edad adulta y el 90% a los 2 años de vida. El 75% de los componentes del cerebro están contenidos en la leche materna. Si sabemos que para que crezca el cerebro se necesitan buenos estímulos, experiencias y sustrato, está claro donde deberían estar los bebés: en brazos y al pecho.

Este tipo de comportamiento materno durante el primer año de vida conduce con más frecuencia a un apego seguro y a un niño/a apropiadamente autónomo que desarrolla un sentido básico de la confianza en el mundo. *El apego seguro es la piedra angular del desarrollo independiente.*

El sustrato anatómico del apego y regulación del afecto está en el sistema límbico, que como hemos descrito es la parte del cerebro humano que compartimos con el resto de los mamíferos y que está encargado de gestionar las emociones (placer, rabia, agresividad...) que nacen de los estímulos sensoriales y que son captados por los órganos de los sentidos.

La descarga de adrenalina que se produce durante el parto estimula la amígdala, que tiene un papel muy importante en la memoria olfativa. El olor materno es muy llamativo para los bebés y se cree que su reconocimiento temprano facilita el establecimiento de la relación de apego y su adaptación al ambiente postnatal, además de ayudarles a distinguir antes y mejor la leche de su madre^{lxxviii,lxxix,lxxx}.

Justo durante las dos primeras horas después del parto es cuando el bebé está en alerta tranquila más tiempo y tardará unos dos meses en volver a estar tanto tiempo pendiente de lo que pasa a su alrededor.

Pero si ésta activación o liberación de hormonas estresantes se prolonga en el tiempo puede tener efectos negativos como vasoconstricción periférica, peor termorregulación, mayor consumo energético y mayor consumo de glucosa. En estas situaciones, la estimulación vagal y la liberación de oxitocina secundarias al contacto recién nacido-madre y a la succión contrarrestan dicha respuesta^{lxvii,lxxxi,lxxxii,lxxxiii}.

La madre estresada o deprimida tras el nacimiento expresa una relación peor con su hijo y esto conduce al niño a problemas del desarrollo, de la conducta, cognitivos y a un menor desarrollo intelectual. Se ha visto que el estrés del parto^{lxxxiv} y las experiencias estresantes que tiene el prematuro^{lxxxv} pueden tener efectos al menos durante varios meses en la respuesta del cortisol del bebé. Si la madre ha sufrido ansiedad durante el embarazo, el niño a la edad de 10 años es más probable que tenga su cortisol alto^{lxxxvi}.

La lactancia y el sueño compartido durante la noche constituyen un viejo mecanismo de adaptación, que sigue siendo perfectamente eficaz, que regula la fisiología de la madre y del niño/a de manera beneficiosa. La práctica de las madres y padres de dormir junto a sus hijos/as ha sido una cons-

tante en la humanidad. Colecho se define como la práctica de compartir la cama de los adultos con los hijos, durante los periodos de sueño. Puede ser habitual o esporádico. Con el aumento en la prevalencia y duración de la lactancia materna, se ha observado paralelamente un aumento de esa práctica, que posiblemente se dé con más frecuencia que la reconocida en las encuestas. Los estudios han demostrado interrelación y mutua potenciación entre lactancia materna y colecho^{lxxxvii,lxxxviii}.

Hay asociaciones y organizaciones pediátricas que recomiendan evitar el colecho por relacionarlo con la muerte súbita del lactante (SMSL). Se basan, sin embargo, en estudios en su mayoría no controlados, bajo la influencia de factores de riesgo no tenidos en cuenta.

No existe evidencia científica firme que desaconseje la práctica de colecho en bebés amamantados, en ausencia de factores de riesgo conocidos; en cambio, sí existe evidencia de los efectos nocivos del consumo sistemático de fórmulas lácteas infantiles y de las prácticas disruptivas en la relación materno filial (como acostumarlos a dormir solos, a que lloren, a que se alimenten cuando “les toca”), cuya consecuencia futura puede ser la aparición de conductas disfuncionales en estos lactantes^{lxxxix}. Por otro lado, conforme aparecen nuevas causas del SMSL asociadas a trastornos metabólicos y a alteraciones cardíacas y neurológicas, los resultados de los estudios epidemiológicos realizados hasta ahora se ven más limitados^{xc}.

“Una vez más la pregunta no es si ¿es bueno que duerma con mi bebé? sino más bien ¿es bueno no hacerlo?. Una lectura objetiva de los datos analizados nos lleva a una conclusión muy diferente de lo que habitualmente se dice: ninguna criatura debería dormir lejos de la supervisión y la compañía de una persona adulta y responsable^{xcii}”.

Aún así, es una situación demasiado compleja para recomendar a todas las familias que compartan la cama con sus bebés; seguirá siendo necesario llevar campañas de información al menos sobre la manera segura en que la criatura debe ser colocada, preferentemente al alcance de los brazos, sobre una superficie diferente, junto a una persona adulta y responsable. El simple hecho de que las criaturas duerman en la habitación de las madres-padres es suficiente para dividir por cuatro el riesgo de SMSL, según el mayor estudio epidemiológico emprendido hasta ahora^{xciii}.

Cuando se practican en buenas condiciones, el sueño compartido y la lactancia representan un sistema de cuidados muy eficaz, adaptado e integrado, capaz de favorecer el vínculo, la comunicación, la nutrición y la eficacia del sistema inmune de la criatura, gracias a una mejor vigilancia de la madre y del padre y al afecto mutuo que acompaña estas prácticas. Los bebés que disfrutan del sueño compartido parecen más satisfechos que los

que duermen (o intentan dormir) solos. Como consecuencia del aumento de contacto con la madre y de la frecuencia de las tomas, el llanto se reduce significativamente, y contrariamente a lo que a menudo se piensa, la duración del sueño de la madre y de la criatura puede aumentar^{xcii,xciv}. Con lo cual, se sustrae menos energía a las tareas esenciales del bebé: el crecimiento y la defensa de las enfermedades infecciosas^{xcv}.

Necesitamos comprender que los recién nacidos necesitan un hábitat natural (el cuerpo de su madre) para usar todas las competencias que tienen y que, a veces, impedimos que las apliquen cuando les colocamos en un hábitat preparado para nosotros como adultos (cuna).

Durante el sueño se integran las experiencias que se han vivido: intra-útero los fetos duermen la mayor parte del tiempo. El sueño y sus ciclos empiezan a estar presentes en los fetos alrededor de las 26-28 semanas. El sueño es vital para el desarrollo del sistema motor y neurosensorial y es esencial para la creación de los circuitos relacionados con la memoria sobre todo la de largo plazo. Mantiene la plasticidad del sistema nervioso a lo largo de toda la vida por lo que la privación de sueño afecta a la integridad del hipocampo produciendo trastornos cognitivos y contribuye al desarrollo de trastornos de conducta. Durante el sueño se construye el cerebro.

5. Separación, estrés y llanto

Un prestigioso psicoterapeuta pediátrico, dijo hace medio siglo: “un bebé solo, eso no existe; existe el bebé y alguien más”. D. W. Winnicott 1963

Los bebés humanos tienen un periodo de dependencia con sus padres muy largo y necesario no sólo para satisfacer sus necesidades corporales sino las emocionales con las que se enfrentarán a la vida el resto de sus días. Esta dependencia unida a los consejos de crianza que persiguen conseguir una autonomía rápida por parte del bebé, dificulta y complica mucho la crianza, y conduce a veces a la búsqueda de consejos o información teórica sin dejar aflorar lo que el instinto maternal dice y que ayudaría a generar en los padres más seguridad y menos dependencia.

El organismo en desarrollo está programado física y neurológicamente para actuar en cada hábitat de forma que consiga sobrevivir. Los comportamientos que se generan están diseñados para funcionar en el hábitat esperado: el hábitat determina la conducta, los estímulos surgidos activan el sistema nervioso autonómico y las hormonas y hacen que los músculos trabajen con el propósito de asegurar las necesidades biológicas del organismo: oxigenación, calor, nutrición y protección.

En el hábitat inadecuado todos los mamíferos tienen la *respuesta protesta* –*desesperación o angustia*–, que fue descrita en los orfanatos tras la Segunda Guerra Mundial. La protesta, se entiende como el llanto y actividad intensa destinados a llamar la atención para ser devueltos al hábitat natural; la desesperación es la respuesta de desconexión del medio, que se puede acompañar con disminución de la temperatura corporal y ritmo cardíaco, y, la liberación masiva de hormonas del estrés^{xxxix}. Llorar, es nocivo para los recién nacidos, aumenta el riesgo de hemorragia intraventricular^{xcvi} y dificulta el inicio y mantenimiento de la lactancia.

Esta respuesta de angustia a la separación, también se ha observado en niños que se encuentran en cunas, donde lloran hasta 10 veces más que los bebés que se encuentran piel con piel con su madre^{lxvii}.

Hay métodos de "modelado de conducta" que dejan fuera las emociones. Son métodos de extinción de respuesta: el niño deja de llorar porque aprende que no va a ser atendido. El niño come algo que no le gusta o que no necesita (lo que sea que el progenitor le haya puesto en el plato) por miedo al castigo, o porque no le queda más remedio. Otro ejemplo es enseñar a los niños que por mucho que lloren, sus demandas, sus necesidades emocionales, no van a obtener una respuesta de las personas que más los quieren: sus propios padres. Aunque los seguidores de esta metodología defienden que no existe evidencia de que dejar a un bebé llorando solo le produzca daño, vale la pena destacar que hay una gran diferencia entre la "no evidencia de daño" y "evidencia de que no produce daño". Hoy en día, se sabe que enseñar a los niños a dormir en estas condiciones no produce beneficios físicos ni psíquicos.

Se ha visto que el apoyo de las madres y los padres desde el nacimiento ayuda a un mejor desarrollo y volumen del hipocampo, una región clave en la memoria y en la modulación del estrés ya que el cortisol de manera crónica es un tóxico^{xcvii}.

La Asociación Australiana de Salud Mental Infantil (AAIMHI) advierte que "*el llanto controlado no se sincroniza con las necesidades del niño en cuanto a la salud fisiológica y emocional y podría tener consecuencias negativas no intencionadas*". Aconseja: "*Los bebés son más propensos a formar apegos seguros cuando se responde en forma oportuna a su angustia. Un apego consistente, apropiado y seguro en la infancia es la base para una buena salud mental de adultos.*"^{xciii}. Es necesario prestar atención al llanto y lenguaje corporal del niño hasta los 18 meses. Los bebés no tendrán un sueño feliz cuando se duermen tras un llanto agotador porque ello va a crear cambios cerebrales que tendrán implicaciones futuras en su desarrollo.

El profesor James McKenna, director del Laboratorio del Comportamiento del Sueño Madre-Bebé en la Universidad de Nôtre Dame, experto en SMSL, describe el llanto controlado como "ideología

social disfrazada de ciencia". Lo que esto significa es que a pesar de que existen opiniones sobre cuánto tiempo debe dejar al bebé llorar con el fin de que aprenda a dormir, nadie ha estudiado con exactitud cuánto tiempo es seguro dejar a un bebé llorando en esas condiciones.

Los bebés que lloran experimentan un aumento de la temperatura corporal, del ritmo cardíaco y de la presión arterial. Estas reacciones provocan un sobrecalentamiento y podría representar un riesgo potencial de muerte súbita en los bebés vulnerables. También puede haber efectos a largo plazo emocionales. Existen pruebas convincentes de que los niveles elevados de hormonas de estrés pueden causar cambios permanentes en las respuestas al estrés en el bebé. Estos cambios afectan a la memoria, la atención y a la emoción, y pueden provocar una respuesta exagerada al estrés durante toda la vida, que incluye una predisposición a la ansiedad y trastornos depresivos^{xcv}.

6. Riesgos de no recibir una alimentación normal

La lactancia materna debería ser considerada como una meta para la salud pública y no simplemente un estilo de vida^{lxvi}.

La leche materna ha evolucionado a través de los años de evolución del ser humano. Sus factores protectores se han ido adaptando al clima, al ambiente y a la flora intestinal del ser humano. La sincronización de los beneficios biológicos que otorga la leche de la propia madre coincide en el tiempo con el desarrollo del propio sistema inmune del lactante. Para todas las especies, la leche cambia cualitativa y cuantitativamente a lo largo del periodo de lactancia. El retraso en el desarrollo del sistema inmune del niño se compensa con lo que le proporciona la leche. Esta claro que el pecho ha sido diseñado específicamente para alimentar y también para proteger del ambiente al recién nacido^{xcix}.

Puesto que la lactancia es la norma con la que se deberían alimentar los bebés, cuando se hiciese un trabajo de investigación, estos niños y niñas deberían pertenecer al grupo control. La utilización de fórmulas u otro tipo de alimentos, deberían ser el grupo estudio y los resultados de la investigación deberían ser como riesgo o beneficio usando este método. Desafortunadamente, la mayoría de los trabajos han hecho el planteamiento contrario^{c-cii}. Este es el motivo por el cual muchas de las investigaciones y trabajos sobre lactancia materna hablan de beneficios de la leche materna más que de riesgos de la leche artificial. Aunque vamos a hablar de los

riesgos derivados de la no alimentación con leche materna, muchos de los estudios se basan en los beneficios que tiene la leche materna^{cii}.

En algunas partes del mundo, el uso de fórmulas infantiles significa que muchos bebés probablemente no sobrevivirán. Aunque en nuestro país y en general en los países desarrollados los niños alimentados con biberón sobreviven, esto no significa que los problemas de salud y los riesgos no sean reales y potencialmente serios, tanto para los individuos afectados como para la sociedad en general, la que tendrá que contribuir para sus cuidados. Frecuentemente suponemos que si la lactancia materna no es posible, algo muy poco común, la lactancia artificial sería la segunda opción, pero esto no es así y la Organización Mundial de la salud lo dice, la segunda mejor opción es la extracción de leche de la madre dada de otra manera.

La alimentación con fórmula tiene riesgos para el niño y su madre. La alimentación con fórmula se asocia a un incremento de infecciones incluidas las gastrointestinales y las respiratorias. La morbilidad debida a infección es un riesgo habitual en la alimentación con fórmulas en ciudades en desarrollo.

En España 5,6% de una cohorte de niños fueron hospitalizados con diarrea e infecciones respiratorias. Se calculó que la mitad de estas hospitalizaciones hubieran sido prevenibles si el niño hubiera sido amamantado por 4 meses^{ciii}. Alguno de los mecanismos por los cuales se incrementa la infección es por las alteraciones inmunológicas que producen las proteínas de la leche de vaca que producen inflamación y lesión de la mucosa intestinal a la vez que se altera la colonización.

El no amamantamiento incrementa en la madre^{cii,civ}: la prevalencia de hipertensión, diabetes, hiperlipemia, enfermedad cardiovascular y síndrome metabólico, el riesgo de cáncer de mama, ovario, artritis reumatoide y depresión postparto, el riesgo de fracturas óseas, alteraciones en el sueño, acorta el periodo de amenorrea.

El uso de fórmulas artificiales incrementa en el niño^{cv,cvi,cvii,cviii,cix,ex}: la incidencia y severidad de las infecciones como la otitis media, infección del tracto respiratorio inferior, infecciones urinarias, diarrea, meningitis bacteriana y sepsis, la enterocolitis necrotizante y la muerte tras el periodo neonatal. Incrementa el riesgo de muerte súbita 3,7 veces respecto a los que amamantan, la incidencia de estenosis hipertrófica de píloro, la dermatitis atópica y el asma, el riesgo de tumores (leucemia, linfoma, enfermedad de Hodgking), la diabetes tipo 1 y 2, la obesidad, la muerte postneonatal, y alteraciones en la regulación de la temperatura y ritmo respiratorio, ya que alimentarse con biberón disminuye la oxigenación y temperatura corporal en prematuros, y disminuye el desarrollo cognitivo.

Obstetras y matronas están en una posición única para informar a las embarazadas sobre el impacto en la salud que tiene el amamantar a su hijo

y asegurarse de que la madre y el niño/a reciben un apropiado cuidado basado en la evidencia científica desde el mismo momento del nacimiento^{civ}.

7. Resumen

El recién nacido es frágil y dependiente. Sin embargo, su diseño impecable le lleva a actuar de forma instintivamente adecuada, regulando con ello el comportamiento de su madre. Esto hace que, en condiciones normales, no se requiera más que la observación y la confianza en el proceso. La supervivencia de la especie se ha logrado mediante el éxito de esta no-técnica.

Hoy en día el proceso es similar y debe tratarse de forma similar puesto que la especie humana sigue deseando la supervivencia, la calidad de vida, un mejor desarrollo cognitivo y emocional... factores todos que afectarán no sólo al niño sino a la madre, a la familia y a la red social a la que pertenecemos todos. Sin embargo, limitar estos beneficios al escenario único de la lactancia materna sería menospreciar el valor infinito de los brazos, las caricias y el contacto de todos los sentidos del bebé con todos los sentidos de su madre. Este contacto es algo que el niño merece y precisa para su desarrollo y salud óptimos, que la madre necesita para abrir en plenitud el nuevo capítulo fisiológico de su maternidad, y que la sociedad necesita porque es la única manera de mejorar la especie. Buscar vías que no interfieran con el proceso natural que se inicia desde la concepción será responsabilidad de todos.

8. Bibliografía

Duffy FH, Als H, McAnulty GB. Behavioral and electrophysiological evidence for gestational age effects in healthy preterm and fullterm infants studied two weeks after expected due date. *Child Dev.* 1990 Aug;61(4):271-86

Katrina Braun. The Prefrontal-Limbic System: Development, Neuroanatomy, Function, and Implications for Socioemotional Development. *Clin Perinatol* 38 (2011) 685–702

Talge NM, Neal C, Glover V (2007) Antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment: how and why? *J Child Psychol Psychiatry.* 48 :245-61

Pearson H. Your destiny, from day one. *Nature.* 2002 Jul 4;418(6893):14-5.

Huppertz B. The feto-maternal interface: setting the stage for potential immune interactions *Semin Immunopathol* 2007 Jun;29(2):83-94.

Brunton PJ, Russell JA. The expectant brain: adapting for motherhood. *Nat Rev Neurosci.* 2008 Jan;9(1):11-25.

Brizendine L. El cerebro femenino. 5ª edición RBA libros. 2007; pag 122

Paus T, Collins DL, Evans AC, Leonard G, Pike B, Zijdenbos A. Maturation of white matter in the human brain: a review of magnetic resonance studies. *Brain Res Bull.* 2001 Feb;54(3):255-66.

De Felipe J. Brain plasticity and mental processes: Cajal again. *Nature Reviews.* 2006; 7: 811-817

Teicher MH, Andersen SL, Polcari A, Anderson CM, Navalta CP. Developmental neurobiology of childhood stress and trauma. *Psychiatr Clin North Am.* 2002 Jun;25(2):397-426, vii-viii.

Champagne FA. Epigenetic influence of social experiences across the lifespan. *Dev Psychobiol* 2010;52(4):299–311

O'Connor TG, Heron J, Golding J, Beveridge M, Glover V (2002) Maternal Antenatal Anxiety and Behavioural Problems in Early Childhood. *Brit J Psychiat* 180, 502-508.

O'Connor, T.G., Heron, J., Golding, J., & Glover, V., and the ALSPAC study team (2003). Maternal Antenatal Anxiety and Behavioural/Emotional Problems in Children: A Test of a Programming Hypothesis. *J Child Psychol Psychiat* 44,1025-1036.

Bergman K, Sarkar P, O'Connor TG, Modi N, Glover V (2007) Maternal stress during pregnancy predicts cognitive ability and fearfulness in infancy. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatr* 46: 1454-1463.

Dancause KN, Laplante DP, Oremus C, Fraser S, Brunet A, King S. Disaster-related prenatal maternal stress influences birth outcomes: project Ice Storm. *Early Hum Dev.* 2011Dec;87(12):813-20. Epub 2011 Jul 23.

Schlotz W, Phillips DI. Fetal origins of mental health: evidence and mechanisms. *Brain Behav Immun* 2009;23(7):905–16

- Oberlander TF, Weinberg J, Papsdorf M, et al. Prenatal exposure to maternal depression, neonatal methylation of human glucocorticoid receptor gene (NR3C1) and infant cortisol stress responses. *Epigenetics* 2008;3(2):97–106.
- Radtke KM, Ruf M, Gunter HM, et al. Transgenerational impact of intimate partner violence on methylation in the promoter of the glucocorticoid receptor. *Transl Psychiatry* 2011;1:e21.
- Barbazanges A, Piazza PV, Le Moal M, et al. Maternal glucocorticoid secretion mediates long-term effects of prenatal stress. *J Neurosci* 1996;16(12):3943–9
- Weinstock M. The long-term behavioural consequences of prenatal stress. *Neurosci Biobehav Rev* 2008;32(6):1073–86
- Van Heteren CF, Boekkooi PF, Jongasma HW, Nijhuis JG. Fetal learning and memory. *Lancet*. 2000 Sep 30;356(9236):1169-70.
- Groome LJ, Watson JE, Dykman RA. Heart rate changes following habituation testing of the motor response in normal human fetuses. *Early Hum Dev*. 1994 Jan;36(1):69-77.
- Graven SN. Early neurosensory visual development of the fetus and newborn. *Clin Perinatol*. 2004 Jun;31(2):199-216, v.
- Philbin MK . Planning the acoustic environment of a neonatal intensive care unit. *Clin Perinatol*. 2004 Jun;31(2):331-52, viii.
- Marlier L, Schaal B, Soussignan R. Neonatal responsiveness to the odor of amniotic and lacteal fluids: a test of perinatal chemosensory continuity. *Child Dev*. 1998 Jun;69(3):611-23.
- Rivkees SA. Emergence and influences of circadian rhythmicity in infants. *Clin Perinatol*. 2004 Jun;31(2):217-28, v-vi.
- Carrera JM, Kurjak A. Conducta fetal: Estudio ecográfico de la neurología fetal. Editado Elsevier Masson. 2008;pag175-179.
- Schaal B, Marlier L, Soussignan R . Responsiveness to the odour of amniotic fluid in the human neonate. *Biol Neonate*. 1995;67(6):397-406.
- Schaal B, Marlier L, Soussignan R Olfactory function in the human fetus: evidence from selective neonatal responsiveness to the odor of amniotic fluid. *Behav Neurosci*. 1998 Dec;112(6):1438-49.
- Marlier L, Schaal B, Soussignan R. Bottle-fed neonates prefer an odor experienced in utero to an odor experienced postnatally in the feeding context. *Dev Psychobiol*. 1998 Sep;33(2):133-45.
- Anand KJ, Sippell WG, Aynsley-Green A. Pain, anaesthesia, and babies. *Lancet*. 1987 Nov 21;2(8569):1210.

- Smith RP, Gitau R, Glover V, Fisk NM. Pain and stress in the human fetus. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2000 Sep;92(1):161-5.
- Uno H, Lohmiller L, Thieme C, Kemnitz JW, Engle MJ, Roecker EB, Farrell PM. Brain damage induced by prenatal exposure to dexamethasone in fetal rhesus macaques. I. Hippocampus. *Brain Res Dev Brain Res.* 1990 May 1;53(2):157-67.
- Schaal B, Hummel T, Soussignan R. Olfaction in the fetal and premature infant: functional status and clinical implications. *Clin Perinatol.* 2004 Jun;31(2):261-85, vi-vii.
- Gitau R, Cameron A, Fisk NM, Glover V. (1998) Fetal exposure to maternal cortisol. *Lancet* 352, 707-708.
- Gitau R, Fisk NM, Cameron A, Teixeira J, Glover V. (2001). Fetal HPA stress responses to invasive procedures are independent of maternal responses. *J Clin End Met.* 86, 104-109.
- Teixeira J, Fisk N, Glover V. (1999) Association between maternal anxiety in pregnancy and increased uterine artery resistance index: cohort based study. *BMJ* 318, 153-157.
- Glover V, Bergman K, Sarkar P, O'Connor TG. (2009) Association between maternal and amniotic fluid cortisol is moderated by maternal anxiety. *Psychoneuroendocrinology.* 34(3) 430-5.
- Alberts JR. Learning as adaptation of the infant. *Acta Paediatr Suppl.* 1994 Jun;397:77-85.
- Harlow HF, Dodsworth RO, Harlow MK. "Total social isolation in monkeys," *Proc Natl Acad Sci U S A.* 1965
- Kamath BD, Todd JK, Glazner JE, Lezotte D, Lynch AM Neonatal outcomes after elective cesarean delivery. *Obstet Gynecol.* 2009 Jun;113(6):1231-8.
- MacDorman MF, Declercq E, Menacker F, Malloy MH. Neonatal mortality for primary cesarean and vaginal births to low-risk women: application of an "intention-to-treat" model. *Birth.* 2008 Mar;35(1):3-8.
- Wiklund I, Edman G, Andolf E. Cesarean section on maternal request: reasons for the request, self-estimated health, expectations, experience of birth and signs of depression among first-time mothers. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2007;86(4):451-6.
- Roduit C, Scholtens S, de Jongste JC, Wijga AH, Gerritsen J, Postma DS, Brunekreef B, Hoekstra MO, Aalberse R, Smit HA. Asthma at 8 years of age in children born by caesarean section. *Thorax.* 2009 Feb;64(2):107-13. Epub 2008 Dec 3.
- Stein PD, Matta F, Yaekoub AY. Incidence of amniotic fluid embolism: relation to cesarean section and to age. *J Womens Health (Larchmt).* 2009 Mar;18(3):327-9.
- Lin SY, Hu CJ, Lin HC. Increased risk of stroke in patients who undergo cesarean section delivery: a nationwide population-based study. *Am J Obstet Gynecol.* 2008 Apr;198(4):391.e1-7. Epub 2008 Feb 14.

Pérez-Ríos N, Ramos-Valencia G, Ortiz AP. Cesarean delivery as a barrier for breastfeeding initiation: the Puerto Rican experience. *J Hum Lact.* 2008 Aug;24(3):293-302. Epub 2008 Jun 6.

IHAN Calidad en la asistencia profesional al nacimiento y la lactancia INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2011. MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD

Gómez Papi A, Baiges T, Batiste MT, Marca MM, Nieto A, Closa R. Método canguro en la sala de partos. *An Esp Pediatr.* 1998; 48: 631-633

Rosenblatt JS. Psychobiology of maternal behavior: contribution to the clinical understanding of maternal behavior among humans. *Acta Paediatr Suppl.* 1994 Jun; 397:3-8.

Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 5. Art. No.: CD003519. DOI:10.1002/14651858.CD003519.pub3.

Olza Fernández, I., Marín Gabriel, M., Malalana Martínez, A., Fernández-Cañadas Morillo, A., López Sánchez, F. and Costarelli, V. (2012), Newborn feeding behaviour depressed by intrapartum oxytocin: a pilot study. *Acta Paediatrica* 2012 Jul;101(7):749-54.

Widström AM, Lilja G, Aaltomaa-Michalies P, Dahllöf A, Lintula M, Nissen E. Newborn behaviour to locate the breast when skin-to-skin: a possible method for enabling early self-regulation. *Acta Paediatr.* 2011 Jan;100(1):79-85.

National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Caesarean section. NICE guideline.
London (UK): National Institute for Clinical Excellence (NICE); 2004. Apr. 38p. (Clinical guideline., N° 13).

Rowe-Murray HJ, Fisher JR. Baby friendly hospital practices: caesarean section is a persistent barrier to early initiation of breastfeeding. *Birth* 2002;29:24–31.

Smith J, Plaat F, Fisk NM. The Natural caesarean. *BJOG* 2008;115: 1037–1042

Hung KJ, Berg O. Early skin-to-skin after cesarean to improve breastfeeding. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2011 Sep-Oct;36(5):318-24; quiz 325-6.

Luskin SI; Misri S. Postpartum blues and depression. *UpToDate*, Mayo 2011.

Brett Schrewe, Annie Janvier, Keith Barrington. Life-threatening event during skin-to-skin contact in the delivery room. *BMJ Case Reports* 2010; doi:10.1136/bcr.11.2010.3475

Andres V, Garcia P, Rimet Y, Nicaise C, Simeoni U. Apparent life-threatening events in presumably healthy newborns during early skin-to-skin contact. *Pediatrics.* 2011 Apr;127(4):e1073-6. Epub 2011 Mar 14.

Becher JC, Bhushan SS, Lyon AJ. Unexpected collapse in apparently healthy newborns – a prospective national study of a missing cohort of neonatal deaths and near-death events. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2012;97:F30?F34. doi:10.1136/F30 adc.2010.208736

Fleming PJ. Unexpected collapse of apparently healthy newborn infants: the benefits and potential risks of skin-to-skin contact. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2012 Jan;97(1):F2-3. Epub 2011 Sep 12.

Poets A, Steinfeldt R, Poets CF. Sudden deaths and severe apparent life-threatening events in term infants within 24 hours of birth. *Pediatrics* 2011;127:e869-73.

Cuidados desde el nacimiento: Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. Sanidad 2010 Ministerio de Sanidad y Política Social.

Erlandsson K, Dsilna A, Fagerberg I, Christensson K. Skin-to-skin care with the father after cesarean birth and its effect on newborn crying and prefeeding behavior. *Birth.* 2007 Jun;34(2):105-114.

American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics* 2012;129:e827-e841

Christensson K, Siles C, Moreno L, Belaustequi A, De La Fuente P, Lagercrantz H, Puyol P, Winberg J. Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. *Acta Paediatr.* 1992 Jun-Jul;81(6-7):488-93.

Franceschini, R., Venturini, P. L., Cataldi, A., Barreca, T., Ragni, N., & Rolandi, E. (1989). Plasma beta-endorphin concentrations during suckling in lactating women. *British Journal of Obstetric Gynaecology*, 96(6), 711-713.

Hooper LV, Midtvedt T, Gordon JI. How host-microbial interactions shape the nutrient environment of the mammalian intestine. *Annu Rev Nutr.* 2002;22:283-307

Underwood MA, Gilbert WM, Sherman MP. Amniotic fluid: not just fetal urine anymore. *J Perinatol* 2005;25(5):341-348. [PubMed: 15861199]

Wagner CL, Taylor SN, Johnson D. Host factors in amniotic fluid and breast milk that contribute to gut maturation. *Clin Rev Allergy Immunol* 2008;34(2):191-204. [PubMed: 18330727]

Brandtzaeg P. The mucosal immune system and its integration with the mammary glands. *J Pediatr* 2010;156(2):S8-S15. [PubMed: 20105666]

Steenwinckel V, Louahed J, Lemaire MM, et al. IL-9 promotes IL-13-dependent Paneth cell hyperplasia and up-regulation of innate immunity mediators in intestinal mucosa. *J Immunol* 2009;182(8):4737-4743. [PubMed: 19342650]

Bornstein M. Sensitive periods in development. Structural characteristics and causal interpretation. *Psychol Bull* 1989;105: 179-97.

Shore AN. Effects of a Secure Attachment Relationship on Right Brain Development, Affect Regulation, and Infant Mental Health. *Infant Mental Health Journal*, 22, 7-66

Shore A. Back to basics: attachment, affect regulation and the developing right brain. *Linking developmental neuroscience to Pediatrics Pediatr Rev.* 2005; 26: 204-17

K Uvnäs Moberg. Oxitocina la hormona de la calma, el amor y la sanación. 2009 Ed Obelisco SL

Varendi H, Porter RH, Winberg. The effect of labor on olfactory exposure learning within the first postnatal hour. *J Behav Neurosci*. 2002 Apr;116(2):206-11.

Brennan P, Kaba H, Keverne EB. Olfactory recognition: a simple memory system. *Science* 1990 Nov 30;250(4985):1223-6.

Wilson DA, Best AR, Sullivan RM. Plasticity in the olfactory system: lessons for the neurobiology of memory. *Neuroscientist*. 2004 Dec;10(6):513-24.

Bystrova K, Widström AM, Matthiesen AS, Ransjö-Arvidson AB, Welles-Nyström B, Wassberg C, Vorontsov I, Uvnäs-Moberg K. Skin-to-skin contact may reduce negative consequences of "the stress of being born": a study on temperature in newborn infants, subjected to different ward routines in St. Petersburg. *Acta Paediatr*. 2003;92(3):320-6.

Lagercrantz H, Slotkin TA. The "stress" of being born. *Sci Am*. 1986 Apr;254(4):100-7.

Anderson GC, Chang HP, Behnke M, Conlon M, Eyler FD, Self-regulatory mothering (SR) postbirth: Effect on, and correlation between, infant crying and salivary cortisol. *Pediatr Res* 1995;37:12A

Miller NM, Fisk NM, Modi N, Glover V (2005) Stress responses at birth: determinants of cord arterial cortisol and links with cortisol response in infancy. *Bjog*; 112(7): 921-6.

Glover V, Miles R , Matta S, Modi N, Stevenson J. (2005) Glucocorticoid exposure in preterm babies predicts saliva cortisol response to immunisation at 4 months. *Ped Res* ; 58(6):1233-1237.

O'Connor TG, Ben-Shlomo Y, Heron J, Golding J, Adams D, Glover V (2005) Prenatal Anxiety Predicts Individual Differences in Cortisol in Pre-Adolescent Children *Biol Psychiatry* ; 58:211-217.

McKenna JJ, Mosko SS, Richard CA. Bedsharing promotes breastfeeding. *Pediatrics*. 1997;100(2 Pt 1):214-9.

Blair PS, Heron J, Fleming PJ. Relationship between bed sharing and breastfeeding: Longitudinal population based analysis. *Pediatrics* 2010;126:e1119-26..

Porter L. All night long: understanding the world of infant sleep. *Breastfeeding Rev*. 2007;15 (3):11-5

Kinney HC, Thach BT. The sudden infant syndrome. *N Engl J Med*. 2009;361:795-805

Landa Rivera L, Díaz-Gómez M, Gómez Papi A, Paricio Talayero JM, Pallás Alonso CR, Hernández Aguilar MT y cols. El colecho favorece la práctica de la lactancia materna y no aumenta el riesgo de muerte súbita del lactante. *Dormir con los padres. Rev Pediatr Aten Primaria*. 2012;14:53-60.

Blair PS, Fleming PJ, Smith IJ, Platt MW, Young J, Nadin P, Berry PJ, Golding J. Babies sleeping with parents: case-control study of factors influencing the risk of the sudden infant death syndrome. *CESDI SUDI research group. BMJ*. 1999 Dec 4;319(7223):1457-61.

Kendall---Tackett, K.A., Cong, Z., & Hale, T.W.(2010).Mother---infant sleep locations and nighttime feeding behaviors: U.S. data from the Survey of Mothers' Sleep and Fatigue. *Clinical Lactation*,1, 27-36.

Montgomery---Downs HE, Clawges HM, Santy EE. Infant Feeding Methods and Maternal Sleep and Daytime Functioning. *Pediatrics*. 2010 Dec;126(6):e1562---e1568.

McKenna JJ, Ball HL, Gettler LT. Mother-Infant Cosleeping, Breastfeeding and Sudden Infant Death Syndrome: What Biological Anthropology Has Discovered About Normal Infant Sleep and Pediatric Sleep Medicine. *Yearbook Physical Anthropology*. 2007;50:133-61.

Anderson GC. Risk in mother-infant separation postbirth. *Image J Nurs Sch*. 1989;21(4):196-9.

Joan L. Luby,1, Deanna M. Barcha,b,c, Andy Beldena, Michael S. Gaffreya, Rebecca Tillmana, Casey Babba, Tomoyuki Nishinoa, Hideo Suzukia, and Kelly N. Botterona . Maternal support in early childhood predicts larger hippocampal volumes at school age. *PNAS*, 2012, February 21, 109(8), c 2854–2859.

Australian Association for Infant Mental Health Inc. Affiliated with the World Association for Infant Mental Health www.aaimhi.org. Position Paper 1: Controlled Crying. Issued November 2002; Revised March 2004

Goldman AS. Evolution of immune functions of the mammary gland and protection of the infant. *Breastfeed Med* 2012;7:1321-142.

Smith J, Dunstone M, Elliott-Rudder M. Health professional knowledge of breastfeeding: are the health risks of infant formula feeding accurately conveyed by the titles and abstracts of journal articles?. *J Hum Lact*. 2009 Aug;25(3):350-8. Epub 2009 Apr 15.

McNiell ME, Labbok MH, Abrahams SW. What are the risks associated with formula feeding? A re-analysis and review. *Breastfeed Rev*. 2010 Jul;18(2):25-32.

Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D, et al. Breastfeeding and Maternal and Infant Health Outcomes in Developed Countries, Evidence Report/Technology Assessment No. 153, AHRQ Publication No. 07-E007, Rockville, Md: Agency for Healthcare Research and Quality. Retrieved September 4, 2009 from www.ahrq.gov/downloads/pub/pdf/brfout/brfout.pdf

Paricio Talayero JM, Lizán-García M, Otero Puime A, Benlloch Muncharaz MJ, Beseler Soto B, Sánchez-Palomares M, Santos Serrano L, Rivera LL Full breastfeeding and hospitalization as a result of infections in the first year of life. *Pediatrics*. 2006 Jul;118(1):e92-9.

Alison Stuebe, MD, MSc. The Risks of Not Breastfeeding for Mothers and Infants. *Rev Obstet Gynecol*. 2009;2(4):222-231 doi: 10.3909/riog0093.

Camilla Krogh, Robert J. Biggar, Thea K. Fischer, Morten Lindholm, Jan Wohlfahrt Bottle-feeding and the Risk of Pyloric Stenosis. *Pediatrics* 2012, 130 (4), DOI: 10.1542/peds.2011-2785

Ferguson A. Mechanisms in adverse reactions to food. The gastrointestinal tract. *Allergy* 1995;50(s20):33-40.

Gribble K. Mechanisms behind breastmilk's protection against, and artificial baby milk's facilitation of, diarrhoeal illness. *Breastfeed Rev.* 2011;19(2):19-26.)

Kramer MS, Aboud F, Mironova E, Vanilovich I, Platt RW, Matush L, Igumnov S, Fombonne E, Bogdanovich N, Ducruet T, Collet JP, Charlmers B, Hodnett E, Davidovsky S, Skugarevsky O, Trofimovich O, Kozlova L, Shapiro S, PROBIT Study Group. Breastfeeding and child cognitive development: New evidence from a large randomized trial. *Arch Gen Psychiatry.* 2008;65(5):578-584.)

Hauck FR, Thompson JMD, Tanabe KO, Moon RY, Vennemann MM. Breastfeeding and reduced risk of Sudden Infant Death Syndrome: A metaanalysis. *Pediatrics.* 2011;128(1):103-110

Wasilewska J, Sienkiewicz-Szlapka E, Kuzbida E, Jarmolowska B, Kaczmarek M, Kostyra E. The exogenous opioid peptides and DPP-IV serum activity in infants with apnoea expressed as apparent life threatening events (ALTE). *Neuropeptides.* 45(3):189-195.

Capítulo III.

Sociología de la Maternidad en España

Isabel Aler Gay· Doctora en Sociología, Profesora-Investigadora Titular de Universidad, del Departamento de Sociología de la Universidad de Sevilla (ialer@us.es). Feminista y madre. Su trayectoria docente e investigadora continúa dedicada al acercamiento del sistema de expertos a –y su puesta al servicio de– las experiencias sociales cotidianas del conjunto de la población.

Son amores filiales y conyugales,
que al atardecer devuelven
la dicha labrada en el envés del tiempo.

Y descubren la mar de mecidos anhelos
entre lentas olas sobre ocultos hechos.

Vientos que cubren de horas malvas,
vulvas vivas, ausencias llenas.

Sombras de amor,
presencias,
en todo su esplendor.

1. Salud y cuidados de las madres trabajadoras en la sociedad española

1.1. Salud reproductiva y cuidados de las madres trabajadoras

La gran mayoría de las mujeres actualmente en edad reproductiva siguen transformándose en madres pero gran parte de las motivaciones, las decisiones y las consecuencias sociales de su maternidad, que son tan comunes como diversas y desiguales, continúan reproduciéndose en la vida social cotidiana de forma inconsciente, invisibles culturalmente.

La maternidad es el proceso que más afecta a las condiciones sociales de vida de las mujeres, y éstas a la maternidad, en un camino de ida y vuelta a lo largo y ancho del ciclo reproductivo inter-generacional. Sociológicamente la maternidad sigue constituyendo el vínculo social matriz en el corazón del sistema social, a pesar de que las *co-razones*² (Aler, 1995) de las madres hayan sido políticamente marginadas de la memoria histórica colectiva.

Las mujeres al transformarse socialmente en madres pueden arrojarse tanto como descorazonarse y acorazarse en la relación con sus hijos/as, así como vivir dramáticamente en sus carnes los acelerados y contradictorios cambios modernos en la *corporalidad* y la *temporalidad* humanas, cuyas consecuencias sociales más patológicas golpean con insistencia las fronteras político-culturales construidas históricamente para dominar la naturaleza humana. Las mujeres y los hombres aprenden a comportarse socialmente entre esas fronteras al tiempo que contribuyen a mantenerlas para sobrevivir. Sin embargo la mayoría de las madres sobreviven traspasándolas una y otra vez, accediendo a menudo a unas vivencias *innombrables* porque suelen quedar atrapadas en el miedo visceral culturalmente inducido -y personalmente *incorporado*- a desordenar la debida identidad social.

Cuando esas intensas experiencias tan comunes y silenciadas entre las mujeres, tan reprimidas como irreprimibles, no encuentran refrendo sino rechazo e incapacidad social, suelen volverse en contra de la salud de las madres y de sus hijos e hijas, resultando por tanto contrarias a la salud reproductiva del conjunto de la población. Así ocurre debido a la persistencia de renovados estereotipos de carácter *esencialista* pero también *clasista*, que se utilizan para categorizar a las mujeres madres en relación con los hombres sean padres o no, y con sus hijos e hijas, según la posición que ocupan en los grupos familiares y socio-económicos a los que pertenecen, y el periodo histórico y lugar geográfico en que viven. Sin embargo cuando se dan históricamente unas condiciones socio-culturales favorables para que las mujeres logren *narrar* sus experiencias (Dubet, 2010) como conciencia de lo vivido desde el inicio de sus procesos de maternidad, ello las reporta un empoderamiento que se traduce en recuperación de la salud.

La maternidad aparece hoy recogida de forma explícita en los discursos institucionales como una problemática general de reproducción social

2 Noción que se refiere a la dis-continuidad sociológica entre el sentido socialmente dominante y lo sentido personalmente de forma sumisa o insumisa, ya que los sujetos pueden experimentar la escisión entre sus emociones personales y la racionalidad hegemónica de las normas culturales; así la contradicción entre la continuidad y la discontinuidad de lo sentido en las vivencias de las madres y el sentido cultural dominante de la maternidad, se manifiesta dramáticamente en las experiencias de las madres trabajadoras de hoy.

(demográfica y económica) y como tal es –debería ser– una cuestión de Estado (de bienestar) de primera magnitud, y también como una problemática fundamental que afecta a los derechos y deberes de las mujeres (la mitad de la población española), y a los derechos y los deberes de las y los niños en tanto que población más dependiente y vulnerable en el principal escenario de socialización y de reconocimiento de la condición humana básica (para el conjunto de población).

Esta triple dimensión *cuidadana* que representa la maternidad como hecho social, desemboca en una grave encrucijada: la marginada centralidad del *trabajo de cuidados* sociales cotidianos (Carrasco, Borderías, y Torms, 2011) de la vida humana desde sus orígenes, realizado masivamente por las mujeres a través de la relación madre-criatura como *matriz* de lo social, un trabajo tan vulnerable como excluyente para sus protagonistas, tan necesario como obviado, tan continuo como invisible, tan sobrecargado como devaluado, tan gratuito como desprestigiado, tan generador de bienestar como de patología social.

Algunos de los aspectos normativos asociados a la maternidad que han sido desvelados por su contribución a la dominación patriarcal sobre las mujeres, una vez recuperada la realidad que ocultaban, ésta ha deslumbrado tanto por las nuevas libertades públicas y privadas logradas que, paradójicamente, ha ensombrecido aún más otros aspectos opresivos de dimensiones fundamentales para la vida de las mujeres, y a través de ellas para la vida del conjunto de la población.

Así ha ocurrido con respecto a la norma patriarcal sobre la indisolubilidad entre sexualidad y reproducción, cuya separación de hecho y de derecho ha comportado una enorme liberación para las mujeres al mismo tiempo que ha ido instituyéndose de tal manera que ha sepultado el reconocimiento de *otra sexualidad reproductiva* entre madres e hijos/as que también existe, más allá y más acá de la dogmática patriarcal heterosexual (Rodrigañez, 1996, 2008), *dejándola en un limbo en el que el patriarcado y el capitalismo en interesado maridaje*, han seguido durante décadas dominando a sus anchas la vida de las madres, sin que sus experiencias de resistencia al respecto tuvieran suficiente eco colectivo hasta muy recientemente, al menos en la sociedad española (Aler, 2008).

De hecho, los modelos de socialización actualmente tan hegemónicos como cuestionados, de carácter patriarcal y capitalista, continúan pervirtiendo las semejanzas y diferencias humanas de partida en desigualdades jerárquicas socialmente estructuradas, mediante el ideario de un selectivo individualismo mercantil *igualitarista* que hasta la fecha ha logrado de hecho legitimar la dominación de unos grupos humanos sobre otros, expoliar el tiempo de vida de la mayoría de la población, sobre todo de las madres, y agravar una grieta sistémica irreversible en el cuidado de la salud y la vida de este planeta.

Se trata de la grave crisis actual en el *modelo hegemónico reproductivo de criaturas, bienes y servicios*, que señala las condiciones de vida de las madres trabajadoras como las más vulnerables y elocuentes, las que más pueden conmover y podrían motivar -si las políticas públicas estuvieran centradas prioritariamente en el bienestar humano colectivo-, para no solo querer entender las causas y los efectos de la grave crisis actual sino también atender la necesidad y promover la posibilidad de un cambio de paradigma cultural que las afronte.

Los *cuidados de las madres* es una expresión polivalente que es útil precisamente para recuperar un triple cometido del trabajo de cuidados que suele obviarse tras la aparente centralidad del primero, pero que son interdependientes de tal modo que si se quiere mejorar la calidad en uno de ellos es necesario cuidar la calidad de los otros: a) los cuidados que dedican las madres a sus hijos e hijas, b) los cuidados sociales que las madres reciben, y c) los cuidados que se facilitan a sí mismas en tanto que ciudadanas cuidadoras. A su vez la expresión *madres trabajadoras* aquí se reivindica en el sentido más polisémico para nombrar genéricamente a todas las madres con hijos/as (inter)dependientes en todos o algunos aspectos, estén o no incorporadas al mercado de empleo.

Los cuidados de maternidad abarcan un conjunto de tareas que ocupan gran parte del tiempo de vida de las mujeres, tareas observables y tareas sutiles dedicadas a satisfacer las necesidades materiales, emocionales y morales de las criaturas pero en escasa medida las de las madres. Más allá de las predisposiciones biológicas desde la concepción hacia la vinculación social amorosa con las criaturas -que pueden estimularse, trucarse o truncarse culturalmente-, el trabajo de cuidados de maternidad se aprende socialmente. Así, hablar de madres trabajadoras en general, y de madres trabajadoras *empleadas o asalariadas* como colectivo creciente entre las primeras, es una opción necesaria para adecuar el lenguaje a una realidad cuyo ocultamiento perjudica la autoestima y la estima social de las mujeres madres, y por tanto daña su salud.

Las madres trabajadoras son mujeres que cuidan de su(s) hijo/a(s) con diferentes tipos y grados de implicación e (inter)dependencia según la edad, el estado civil y de salud, el tipo de socialización incorporada y el de formación adquirida, las credenciales educativas logradas, y la situación económica y ocupacional tanto de ellas como de sus hijos e hijas a lo largo de sus respectivos ciclos vitales.

En la sociedad española actual, las mujeres y las madres trabajadoras en edad reproductiva se están incorporando durante las últimas décadas de forma mayoritaria al mercado de trabajo/empleo (del que en realidad nunca ha salido del todo pese a que históricamente su participación haya sido intermitente y marginal en las sociedades modernas), y viven de diferente

forma cotidiana y con desigual intensidad los *contratiempos* de la doble presencia (Balbo, 1979) entre el trabajo de cuidados domésticos familiares y el trabajo como empleadas asalariadas en las empresas públicas o privadas (Tobio, 2005).

Pese a que la maternidad ha dejado de ser hegemónicamente de forma exclusiva una obligación conservadora (súbdita) para pasar a ser también alternativamente una opción transformadora (*cudadana*), en realidad las decisiones actuales de las madres relativas al trabajo de cuidados y al empleo, están estratificadas socialmente de forma cada vez más globalizada como muestran los estudios feministas sobre la cadena de la carga global del trabajo de cuidados (Hoschild, 2008). Se trata de una diversidad y desigualdad reales que sin embargo están constreñidas por similares condicionantes estructurales: los *mandatos culturales de género*.

Unas más o mucho más que otras, las mujeres tienen desiguales oportunidades para poder elegir ser o no ser madres, si lo son en pareja o solas, con pareja heterosexual u homosexual, si inician el vínculo de forma biológica, asistida o adoptiva, cuándo y cuántas veces, si de niños o niñas, si cuidan de sus hijos de forma más o menos delegada o presencial, con dedicación más o menos intensiva, si al ser madres continúan o dejan su empleo, si se incorporan o reincorporan antes o después al mercado de trabajo/empleo de forma parcial o completa, más o menos estable o precaria, mejor o peor remunerada, y con mejor o peor estatus.

1.2. Complejidad sociológica de la maternidad como proceso social

Definir qué es la maternidad requiere atender tanto a su diversidad como al pegamento social que hace posible discernir esa diversidad. Una tarea difícil que aquí se intenta realizar desde una *perspectiva sociológica feminista* crítica con las propias limitaciones de la ciencia –y la sociología como ciencia– y del feminismo como política, a modo de balance reflexivo de un proceso de investigación social participativa en el que he venido involucrándome desde comienzos del año dos mil. En él se ha ido gestando una viva motivación para continuar investigando sobre maternidades y cuidados³, basada en dos evidencias empíricas conmovedoras, que son vividas cotidianamente por las mujeres más o menos conscientemente, de forma tan estimulante como abrumadora, y que justifican el interés por contribuir al des-

3 Actualmente en el proyecto de investigación I+D *Trabajo, cuidados, vida personal y orden social en el mundo de la vida de la sociedad española*, en curso entre varias Universidades, siendo Carlos Prieto el investigador principal.

arrollo de una ciencia con conciencia que se replantee en profundidad la relación entre ciencia y maternidad.

La primera evidencia es que la maternidad es la realidad que más une y más divide a las mujeres, la que más solidaridad genera cotidianamente entre ellas pero también es la cuestión que más las enfrenta ideológicamente; así la maternidad genera sincrónica y diacrónicamente tanto solidaridades prácticas como enfrentamientos ideológicos de considerable intensidad entre ellas. La segunda evidencia atañe a la contradictoria relación entre maternidad y ciudadanía, ya que a más de una menos de la otra tanto cuantitativa como cualitativamente: en general el número de hijos/as y/o la satisfacción percibida según las expectativas en la forma de relacionarse con ellos, es inversamente proporcional a los derechos sociales y económicos que disfrutaban las madres, y viceversa.

La aproximación conceptual a la maternidad planteada en este trabajo la describe sociológicamente como un vulnerable y complejo proceso social de empoderamiento y/o incapacitación de las mujeres, que acontece en la encrucijada entre la biología y la cultura humanas –muy grave actualmente-, centrado en la generación y el cuidado de los hijos/as a través de la relación de interdependencia *biosocial* originalmente asimétrica que se establece entre madre y criatura, de intensidad y longevidad variables, que está estructurada según las relaciones de poder entre los géneros, las generaciones, las clases sociales y las etnias, y en consecuencia refleja la desigual e injusta distribución social de la carga global de trabajo *re-productivo* entre mujeres-madres y hombres-padres en los ámbitos domésticos, comunitarios y mercantiles.

Actualmente la maternidad es un hecho social de gran complejidad sociológica debido a la combinación de condiciones y contradicciones que de hecho la caracterizan, y que iremos viendo a lo largo de este capítulo: *centralidad y marginación, *universalidad y diversidad, *vulnerabilidad social que empodera e incapacita, *individualidad y deseo de trascenderla, *encuentro y desencuentro social entre biología y cultura, *obligación reproductora y opción transformadora, *progresiva opcionalidad y permanente bipolaridad, *solapamiento de sumisión política e insumisión social, *solidaridad práctica y enfrentamiento teórico, *cuidados que generan bienestar y patología social, *tanto sincrónica como diacrónicamente, y *una masiva brecha entre los cuidados generados y los recibidos por las madres.

La *centralidad* de la maternidad como hecho reproductivo básico de la sociedad se debe a que es la relación humana *matriz* de lo social, resultado de la mayor o menor integración o segregación entre la biología y la cultura dominante, en la que se configura básicamente el cuidado de la vida humana desde sus inicios más vulnerables. La *marginación* política, la devaluación cultural y la exclusión científica de las madres como agentes de

investigación en el trabajo de cuidados, contrastan y son el resultado a la vez de la estratégica centralidad y abundancia normativa que le dedican a la maternidad los dispositivos patriarcales tradicionales y modernos (religioso y médico), que mayor control ejercen sobre los cuerpos-mentes de la población. Su *universalidad* deviene en condición necesaria para la existencia y reproducción vital de cualquier grupo humano en cualquier sociedad en todo tiempo y lugar, que contrasta con la *diversidad* de sus manifestaciones históricas según etnia, clase social y religión.

La *vulnerabilidad* es una de las características sociológicamente más complejas, además de política y científicamente más relevantes de la maternidad como hecho social. Más allá de las múltiples situaciones de especial vulnerabilidad que caracterizan a ciertas maternidades con mayor riesgo de exclusión social (madres adolescentes, solas, lesbianas, presas, madres con alguna minusvalía o enfermedad física o psíquica propia o de sus hijos/as, madres emigrantes, maltratadas, pobres o en situaciones económicas precarias), la condición de vulnerabilidad afecta de forma ambivalente a cualquier mujer que decida ser madre de una u otra forma, ya que de hecho con su maternidad las mujeres *vulneran* la norma patriarcal *fundamental* todavía hegemónica en los discursos normativos y escenarios sociales más influyentes (religioso y científico, político y económico) en que el hombre-varón sigue representado masivamente como creador único, protagonista central o principal de la vida social.

2. Maternidades en crisis: entre trayectorias complejas y discursos estereotipados

2.1. Experiencias de maternidad y discursos normativos bipolares

Acercarse a la realidad de la maternidad en la sociedad española actual requiere atender a los discursos normativos hegemónicos y emergentes sobre ella, y al lugar que en ellos ocupan las experiencias de las mujeres (Rich, 1996). El análisis que aquí se hace de la relación entre las representaciones normativas más activamente influyentes y las experiencias de maternidad de las mujeres durante el periodo que va desde el inicio de la controlada transición política española hasta la impredecible crisis económica actual (1975-2012), ofrece algunos argumentos y datos sobre realidades relevantes, para entender por qué y cómo dichas experiencias en gran parte siguen errantes y equívocamente refractadas entre discursos bipolares.

No obstante, es de rigor advertir que la relación entre lo instituido y lo instituyente, lo hegemónico, lo errante y lo emergente en la representación social de la maternidad, sigue siendo un terreno escurridizo en cuya investigación resulta fácil continuar obviando lo más obvio.

Los discursos normativos sobre la maternidad han ido cambiando históricamente según lo ha hecho el contexto político y económico (Knibiehler y Fouquet, 2000; Franco Rubio, 2010). Así ha sido desde el inicio de la inconclusa transición *democrática* en la sociedad española, pero a pesar de los cambios normativos introducidos por los discursos emergentes sobre la maternidad, éstos siguen reproduciendo un discurso maniqueo sobre la maternidad entorno a bipolaridades cambiantes, incluso si se iniciaron combatiendo los hegemónicos anteriores (Badinter, 2010), que contrasta dramáticamente con el complejo crisol de múltiples y diversas vivencias de las mujeres acerca de sus maternidades, que son refractadas al chocar contra un cercado narrativo que las censura o segrega de formas tan tajantes que las deja errantes (Aler, 2007); vivencias que son silenciadas colectiva y públicamente, pero expresadas individual y grupalmente más en privado.

Si bien lenta pero significativamente las madres trabajadoras españolas van tomando conciencia de la importancia política de narrar y de hacer públicas sus experiencias de maternidad en un ejercicio hacia el empoderamiento tanto personal como colectivo, para recuperar la negada estima social y por tanto la autoestima y la salud como madres. La representación social de la maternidad continúa genéricamente atrapada por discursos normativos que enfrentándose evolucionan de forma bipolar y estereotipada, sostenidos por un eje cultural hegemónico de corte neo-patriarcal y neo-capitalista al que siguen en general *sirviendo*.

Sin embargo muchas de las vivencias expresadas en diferentes contextos y de muy diversas formas por las mujeres sobre sus decisiones de maternidad -sus motivaciones, manifestaciones y consecuencias- no sólo no logran, o lo hacen con gran dificultad, ser articuladas en personales experiencias sociales como conciencia de lo vivido, sino que tampoco consiguen articularse, o si lo hacen es de forma minoritaria y con enormes esfuerzos, en discursos colectivos alternativos más integradores, que en cuestiones de salud reproductiva han tenido una gran incidencia en la reciente reorientación de las políticas de salud reproductiva en España, en la que han participado colectivos y asociaciones de mujeres muy activistas en la defensa del respeto a sus derechos reproductivos (Observatorio de Salud de las Mujeres, 2008, 2010).

El hecho de que los discursos normativos sobre la maternidad sigan anclados en una *bipolaridad cambiante pero nuevamente estereotipada*, constituye una cruz para las mujeres porque reducen sus vivencias de maternidad a la *insignificancia* de unas tareas consideradas repetitivas y

monótonas, asociadas a las obligaciones exclusivas y excluyentes de los roles de *madresposas* (Lagarde, 2005) que el régimen nacional-católico de la dictadura les impuso, y la culpabilidad al seguir siendo sojuzgadas inquisitivamente por todo lo que dejan de hacer o no hacen como es debido en la relación con sus hijos.

En realidad, las madres trabajadoras actuales, con o sin empleo remunerado, tienen vivencias múltiples y polivalentes que les resulta extremadamente difícil nombrar y reconocer personalmente debido no sólo a la persistencia de las heredadas valoraciones negativas y el vacío de su autoridad política como madres, sino porque la dedicación al trabajo de cuidados en los nuevos escenarios sociales no deja de requerir la satisfacción de las necesidades materiales, emocionales y morales propias y de sus hijos e hijas, proceso en que están implicadas complejas vivencias que permanecen innombradas como consecuencia del desprecio cultural heredado sobre la maternidad, ocultado en gran parte tras una delirante y doctrinal sublimación religiosa, funcionalmente catalizadora de emociones populares sobre injustas y dolorosas realidades sociales.

Los conflictivos cambios históricos que se vienen produciendo aceleradamente desde mediados del siglo pasado, en las concepciones dominantes de la corporalidad y temporalidad humanas, se manifiestan dramáticamente en las decisiones y experiencias de maternidad de las mujeres, constreñidas en torno a una bipolaridad *patriarcapitalista* que hace mella en sus percepciones personales: malas madres porque no cuidan *in-condicionalmente* a sus hijos (según expertos con y sin sotana), mediocres o fallidas profesionales porque no están disponibles *in-temporalmente* (según expertos empleadores) y abandonadas o descuidadas mujeres porque no resultan atractivas *corporalmente* (según los cánones elitistas sobre la apariencia corporal y el estado de salud *deseables*).

Es crucial la reflexión acerca de cómo acceder a la investigación sobre los procesos de maternidad sin que redunden en la producción de discursos normativos que continúen desterrando o enterrando aspectos fundamentales en el limbo de los asuntos humanos innombrables y errantes que al no haberse extinguido *–hasta la fecha–* se han tornado manipulables y dañinos. Con todo, las contradicciones peores para las mujeres feministas y madres trabajadoras empleadas en empresas de servicio público, entre las que me encuentro, y en general para quienes trabajan día a día por una sociedad mejor en equidad y bienestar para todas y todos, son el sufrimiento personal y malestar social sobrevenidos a causa de la reincidente escisión entre normativas que intentan instituir de forma más igualitaria la convivencia humana entre hombres y mujeres, y las vivencias cotidianas de las madres que continúan errantes entre la incompreensión, la tergiversación, la explotación y la exclusión social.

2.2. Crisis del modelo hegemónico reproductivo: menos hijos/as con más tecnología

“De entre todas las tareas que se desarrollan en los hogares, las que producen mayor desazón al investigador y más debate ideológico sobre su estatuto son las de cuidar y gestar. El descenso de la natalidad en los países desarrollados es la mejor prueba de que la gestación puede considerarse colectivamente una actividad no necesaria, aunque a largo plazo suponga la desaparición del propio grupo y/o la sustitución de unos grupos por otros. La tasa de reposición para los países desarrollados se estima entre 2,1 y 2,4 hijos por mujer, pero en Europa la mayoría de los países están muy por debajo de esa cifra mínima que solo alcanza Islandia. *Desde la perspectiva de la Contabilidad Nacional, el nacimiento de un niño reduce la renta per cápita, en tanto que la de un cordero la aumenta. Se considera activo al que cuida de los corderos, pero al que cuida niños sin cobrar se le considera pasivo. Sin embargo pocos podrán poner en duda que gestar y dar a luz a un niño es trabajoso, que cuidarle es una ocupación absorbente y que los niños son aún más necesarios a una sociedad que los corderos. ¿Cómo conciliar las perspectivas del mercado y de la sociedad en su conjunto?*”⁴ (Durán, 2012).

Menos hijos con más tecnología describe uno de los procesos sociales más representativos de la adaptación de las mujeres a la crisis del modelo hegemónico *re-productivo* de criaturas, bienes y servicios, siendo el resultado del cruce de dos tendencias inversas desarrolladas durante la acelerada transición política y económica española en las cuatro décadas últimas: el descenso drástico de las tasas de fecundidad en más de la mitad, llegando ser las más bajas de Europa, y el acelerado aumento del *intervencionismo tecnocrático* por parte de los sistemas de expertos en los procesos sexuales iniciales implicados en la transformación social de las mujeres en madres: concepción, gestación, parto, nacimiento, crianza y socialización temprana de las criaturas. Se trata de una adaptación crítica porque intensifica las contradicciones sociales y las desigualdades de género derivadas del llamado modelo mediterráneo de Estado de bienestar (Esping-Andersen, 2007), sostenido por la moderna división sexual entre el trabajo de cuidados domésticos gratuitos realizados por las mujeres en su rol de *madresposas* y el trabajo mercantil asalariado de los maridos en su rol de *ganapanes*.

4 El subrayado en letra cursiva es de la autora de este capítulo.

El patriarcado como sistema de dominación se origina en la negación de la autoridad materna que se reproduce milenariamente porque está basado en el *control del cuerpo y la apropiación de la sexualidad de las mujeres, de sus obras y de sus criaturas*, que nos ha llegado hasta nuestros días en forma de tabú y de dogma (intervención normativa constante en la sexualidad reproductiva humana), para garantizar la transmisión legítima del patrimonio vía el matrimonio, es decir mediante la filiación que aseguran las *madresposas* como madres esposadas.

El modelo hegemónico reproductivo de criaturas, bienes y servicios actualmente en crisis, está regulado por el *patriarcapitalismo*, orden social dominante globalizado por la civilización judeocristiana moderna occidental, resultado del maridaje histórico entre el patriarcado como sistema regulador de la *economía libidinal* (reproducción-socialización jerárquica de los individuos según la Ley del Padre como sujetos de deseos y miedos socio-sexuales) en los ámbitos sociales domésticos y privados, y el capitalismo como sistema regulador de la *economía política* (apropiación, producción, distribución y acumulación jerárquica de bienes y servicios) en los ámbitos sociales mercantiles y públicos con el gran objetivo estratégico de conseguir acumular *más unidades de producción/información en menos unidades de tiempo* en beneficio de las elites.

El patriarcado pre-moderno contaba con la monarquía, la iglesia-inquisición, la aristocracia terrateniente y el ejército, el patriarcado moderno cuenta además con la capitalización mercantil de los medios de producción y de información de las grandes corporaciones estatales-militares, y comerciales- mediáticas. La codependencia de ambos sistemas de regulación de los espacios sociales privados (doméstico-familiares) y públicos (mercantil-estatales) en la sociedad-mercado global actual, continúa retroalimentándose de formas cada vez más opacas debido a la creciente intervención de las tecnocracias y al desarrollo de las biotecnologías y las tecnologías de la información y la comunicación, de las que surgen también minorías disidentes con estrategias de movilización colectiva hacia un cambio de paradigma cultural.

El maridaje entre el patriarcado y el capitalismo ha resultado de enorme eficiencia para la acumulación de poder y beneficios privados por parte de una minoría de la población mundial, hasta llegar a los síntomas de saturación mórbida del actual modelo reproductivo de criaturas, bienes y servicios, como consecuencia de haber interferido sistemáticamente los inmemoriales ciclos de auto-regulación ecológica del planeta, y haber devastado progresivamente la vida de cada vez más especies –entre ellas la humana– así como la regeneración, disponibilidad y reserva de los recursos energéticos.

De hecho en las coordenadas neo patriarcales y capitalistas actuales, sale reforzada la explotación del trabajo de las mujeres: en primer término

con la *externalización* (fuera de la contabilidad económica nacional) de los costes de reproducción de la fuerza de trabajo (Waring, 1994) a costa del trabajo doméstico de las mujeres y especialmente el trabajo de cuidados de las madres, y en segundo término con la inyección de activos económicos que suponen los salarios y las retenciones fiscales derivados del empleo de las madres trabajadoras en el mercado, que aumentan el consumo mercantil y la financiación de las arcas del estado.

Cada vez más mujeres son protagonistas de una doble jornada con doble presencia –mezcla de gratuidad y precariedad- de la que se resienten tanto la salud como los derechos sociales y económicos de ellas en la relación con sus hijos/as durante los periodos iniciales de socialización temprana, de máxima y polivalente vulnerabilidad recíproca, en que mediante el trabajo de cuidados se configuran los vínculos sociales *humanimales* básicos. En realidad hoy han aumentando los tiempos de trabajo de la inmensa mayoría de la población mundial así como su dependencia tecnológica tanto en los tiempos de trabajo de cuidados y de trabajo asalariado como en el tiempo libre, de ocio y de consumo.

En cierto sentido la modernización económica durante la inconclusa transición política española hacia la democracia, se lleva a cabo a expensas de las experiencias de maternidad de las mujeres, ya que en términos generales renuncian *significativamente* a ella aunque de hecho continúan padeciendo un injusto desequilibrio entre los cuidados que realizan y los que reciben. Las mujeres españolas en general manifiestan tener menos descendencia de la que desearían (CIS, 2006) al tiempo que suelen plantear abierta o indirectamente el deseo de relacionarse con sus hijos e hijas de otras maneras alternativas a las que lo hacen debido a las presiones familiares y profesionales, las obligaciones laborales y normas *expertas* del entorno socio-cultural dominante.

Cada vez aumenta más la presión por cuidar de aquello que se considera adaptativamente un bien más escaso y *caro*, las y los hijos, considerados a su vez *bienes* más apreciados por ser cada vez menos (la mayoría de las madres trabajadoras españolas hoy tienen uno o dos hijos/as) siendo cada vez más frecuentes los hijos únicos y la ausencia de hermanos/as, dados el aumento de adquisición de bienes y de contratación de servicios que requiere su mantenimiento en clave de supervivencia, movilidad y *distinción* social

2.3. Entrañables y extrañadas: maternidades en la encrucijada del género humano

“Las madres necesitan sentirse relativamente seguras para arriesgarse a tener dudas. La gente que le da consejos no puede saber todos los detalles de su situación, y normalmente no tiene que convivir con las consecuencias a largo plazo de sus consejos. Una madre necesita tiempo para adaptarse a la maternidad, junto con su pareja. Necesita confianza para experimentar y cambiar de opinión unas cuantas veces... *El milagro es que las madres consigan sobrevivir en un mundo dominado por los expertos. Como dice una madre: “cada vez que pongo un “debería” a lo que está haciendo Mar (su bebé) por lo que he leído o alguien me ha dicho, hago un juicio negativo. Entonces pienso que mi bebé no es como debería ser y le “pierdo”. Y cuando hago eso dejo de escucharle”* (Stadlen, 2010: 71-73).

“La especialización de las mujeres en el trabajo doméstico y de cuidados, carece hoy más que nunca del más mínimo sentido económico, debido a la pérdida de centralidad de la familia como unidad de producción de bienes y servicios, a la disminución del tamaño familiar, al aumento de la esperanza de vida de las mujeres y a su alto nivel de educación (...). *Una mujer puede desaprovechar la posibilidad de toda una vida profesional por cuidar a uno, dos o a lo sumo tres hijos durante un periodo de utilidad que puede ser de diez o quince años como máximo*”⁵ (Moran, 2009).

El *extrañamiento de la maternidad* se manifiesta como una sucesión de trámites planificados y controlados tecnológicamente, por unos ritmos productivos que imponen progresivamente una *maternidad delegada*, orientada por una concepción y práctica socializadora del individuo como un ser (precozmente) *independiente* desde su origen de la madre, práctica social históricamente más frecuente entre las clases altas; borrar o anestesiar cualquier huella de transformación corporal y mental tras la maternidad, es la nueva condición mercantil, promesa tecnocrática y consigna mediática por la que muchas mujeres *desean* volver cuanto antes al cuerpo (apariencia corporal) y al tiempo (actividades cotidianas) anteriores a la maternidad, o al cuerpo y al tiempo idealizados antes de ser madres.

5 Lo destacado en letra cursiva es de la autora de este capítulo.

El *entrañamiento de la maternidad* se manifiesta en la demanda de recuperación del autónomo protagonismo de las mujeres con respecto a la opción de una *maternidad presencial* a lo largo de las diversas fases del proceso social y sexual de transformación en madres, desde la menstruación y la concepción a la crianza y socialización temprana, basada en el reconocimiento de la existencia de biorritmos, reproductivos o no, más específicos y saludables derivados de la prevalencia de los ciclos de auto-regulación biológico-social de la vida (humana) que ponen en valor su *interdependencia* social constitutiva desde la concepción en la madre.

Esto último como práctica socializadora ha sido tradicionalmente más frecuente entre las madres de las clases populares y hoy se manifiesta también en un sector de las nuevas clases medias; los cambios en la corporalidad y la temporalidad tras la maternidad entrañable se dejan ver y sentir, o cuanto menos no se intentan ocultar o eliminar de forma apremiante, e incluso se reivindica la importancia de atender, reconocer y *concienciar* personal y colectivamente los cambios habidos en los cuerpos, las mentes y los tiempos de las mujeres durante los procesos de transformación de sus maternidades.

La globalización de la *mercantilización de la vida íntima* (Hoschild, 2008) muestra el canje de los procesos de extrañamiento y entrañamiento entre madres del primer y tercer mundo con respecto al cuidado de sus hijas/os todavía dependientes, a través de los procesos de trasvase de tiempo de vida en la distribución global de la carga de trabajo de cuidados entre las madres trabajadoras empleadas -o no- norteamericanas y las madres trabajadoras de origen afroamericano, latinoamericanas y asiáticas, empleadas en los hogares de aquellas quienes compran los servicios de maternidades entrañables de las madres emigrantes que proceden de entornos sociales populares terciaristas, lo que también se viene produciendo en la sociedad española.

Un canje que se produce a costa de un desigual extrañamiento de sus respectivas maternidades, ya que si bien unas y otras delegan el cuidado de sus hijos/as mercantil o familiarmente en otras personas para el desempeño de un trabajo remunerado, las madres emigrantes cuidadoras de los hijos del primer mundo suelen trasvasarles los cuidados entrañables que no pueden dar a sus propios hijos. La movilidad social de unas y de otras expresa la estructural desigualdad socioeconómica global entre las estrategias mercantiles de supervivencia y las de *distinción* social.

Las contradicciones culturales de la maternidad (Hays, 1998) se debaten cada vez más entre los procesos sociales que la entrañan y los que progresivamente la extrañan de los cuerpos y los tiempos de vida de las mujeres. En la globalizada crisis neo patriarcal y capitalista, el *extrañamiento* mercantil del trabajo de cuidados -y del empleo- es una pauta cultural que

se ha ido generalizando entre las nuevas y amplias clases medias como estrategia de movilidad social ascendente. Si bien hoy las decisiones de las mujeres españolas acerca de la maternidad están condicionadas por ambas tendencias, aún siendo el extrañamiento la dominante, la mayor o menor proclividad estratégica hacia una u otra en las diversas fases del proceso de maternidad de las mujeres, es deudora y generadora de diferencias y desigualdades sociales relativas a la estratificación de clase y género entre mujeres y hombres.

Una activa minoría creciente de mujeres procedentes de las movilizadas y ambivalentes nuevas clases medias españolas intenta recuperar el *entrañamiento* social en los procesos sexuales de transformación en madres como procesos biológicos y culturales de dimensiones materiales, emocionales y morales socialmente interdependientes. Las motivaciones de estas mujeres madres se comprenden mejor si las enmarcamos en la crisis sistémica del actual modelo hegemónico *re-productivo* de criaturas, bienes y servicios, en la que el autoritarismo tecnocrático de las élites patriarcales y capitalistas ha *independizado* sus privadas y lucrativas decisiones mercantiles sobre el rumbo de la sociedad globalizada.

Y lo han hecho despreciando las necesidades del trabajo de cuidados cotidianos de la vida humana (obviando su interdependencia socioambiental constitutiva) y plagando de bancarrotas económicas, caídas drásticas de la natalidad y desaparición de los espacios colectivos de socialización intergeneracional, de esclavitud laboral, de desempleos o empleos precarios, y desastres ecológicos; paralelamente el autoritarismo tecnocrático contribuye a ello, a la vez que se expande mediante la presión constante de una persuasión publicitaria delirante para incrementar un consumo masivamente individualista, que también ha aumentado progresivamente el coste y consumo para el mantenimiento adaptativo de los hijos *únicos*.

Las relaciones materno-filiales adoptan hoy formas variadas que se debaten entre las tendencias de *extrañamiento* y *entrañamiento*, pese a que el imaginario colectivo *patriarcapitalista* tiende a interpretarlas de forma estereotipada, representándolas de forma bipolar (mujeres independientes-madres extrañadas frente a mujeres dependientes-madres entrañables) como posiciones discursivas enfrentadas e incompatibles, que son proyectadas sobre los grupos más activistas del movimiento social de mujeres, cuando en realidad ambas tendencias están presentes en diferentes *dosis* en la inmensa mayoría de las madres trabajadoras.

De hecho son procesos sociales vividos y tendencias culturales dramáticamente representadas por madres trabajadoras que con mayor frecuencia proceden del amplio espectro de las nuevas clases medias españolas, y que desde el inicio de la transición hasta hoy, continúan debatiéndose cotidianamente entre las estrategias de movilidad social de clase y de género,

según se inclinen en un momento u otro de sus vidas por la asunción preferente de los ritmos productivos o de los ritmos reproductivos y de sus respectivas consecuencias sociales queridas o no.

La maternidad es la gran encrucijada del género humano cuya comprensión requiere traspasar los límites de una bipolaridad discursiva impuesta científicamente y políticamente, en la que el *patriarcapitalismo* como sistema de dominación de unos grupos humanos sobre otros tiene hipotecada su reproducción cultural.

Es necesario por tanto investigar *participando* de los sentidos ambivalentemente ocultos en los procesos sociales, tendencias culturales y contradicciones personales veladas en las vivencias o reveladas en las narraciones de las experiencias de maternidad de las mujeres como conciencia de lo vivido; experiencias que las madres dejan entrever, exploran, abren o clausuran a través, pero también más acá y más allá, de los discursos normativos hegemónicos y emergentes sobre la maternidad.

Así lo intento en el apartado siguiente, al presentar una narrativa sociológica más comprensiva e integradora de las luchas sociales y los cambios políticos generacionales de las mujeres españolas para lograr el empoderamiento colectivo como mujeres y madres desde el inicio de la transición democrática hasta hoy.

2.4. Desmadres, enmadres y comadres entre las mujeres españolas en democracia

Comprender la evolución de la maternidad en la sociedad española desde las experiencias de las mujeres, requiere contextualizar la evolución de los discursos normativos dominantes y emergentes existentes al respecto, y evaluar el lugar que las vivencias de las madres actuales ocupan en ellos a partir de las posibles formas de articulación narrativa que han podido lograr o fracasar como estrategias de empoderamiento personal y colectivo. En el contexto histórico y político de la transición democrática hasta la actualidad, se suceden y cohabitan tres movimientos de mujeres cuyas posiciones -de desmadre, enmadre y comadre- con respecto a la maternidad, se comprenden mejor como estrategias interdependientes de empoderamiento social frente a la incapacitación política heredada.

En realidad se trata de tres posiciones discursivas y vitales que conforman el proceso inter-generacional de empoderamiento colectivo de la maternidad, pues al tiempo que se perfilan como tendencias predominantes entre diferentes colectivos y generaciones de mujeres que conviven hoy en la sociedad española, también se dan en singular combinación e intensidad

como mudables tendencias predominantes o potenciales en cada mujer según las circunstancias más o menos sedentarias o nómadas de su trayectoria vital (Braidotti, 2004).

Las decisiones de desmadrarse, enmadrarse y comadrarse que toman las mujeres, reflejan diversas actitudes vitales de apertura y de cierre, de insumisión y sumisión en que la delgada línea roja que separa lo saludable de lo patológico, el *empoderamiento* de la *incapacitación*, se va perfilando día a día, mientras que lentamente se van tomando las riendas de la necesaria reescritura de una historia milenaria que ha cercado políticamente y vaciado socio-culturalmente la autoridad de las madres bajo el patriarcado.

Las mujeres continúan pagando un desproporcionado e inequitativo peaje sea cual sea la opción que adopten con respecto a la maternidad en un momento u otro de sus vidas, ya sea distanciándose (desmadres), ya sea acercándose (enmadres) o hermanándose (comadres) *más de lo debido* según los cánones patriarcales y capitalistas de los tiempos modernos, pues son hijas de un *crimen-secuestro* histórico, material y simbólico, que persiste: el *matricidio* o la negación de la autoridad creadora de las madres (Sau, 2004) y del reconocimiento de su trabajo de cuidados cotidianos.

Una autoridad truncada y trucada en los anales escritos de las ciencias por un modelo científico segregado, precisamente porque las madres trabajadoras don el testimonio más tangible de la necesidad de cuidar del vínculo *indivisible* entre *individuo*, naturaleza, sociedad y cultura.

Al inicio de la transición democrática tras la muerte del General Franco en 1975, el escenario de la maternidad era el resultado de cuarenta años de adoctrinamiento y legislación en el nacional-catolicismo de la dictadura franquista: el modelo de mujer es el de *madresposa* patriarcal sometida maritalmente como trabajadora doméstica a destajo, marginada políticamente de lo público salvo para propagar las obligaciones de tal servidumbre, por tanto, culturalmente devaluada y excluida científicamente al tiempo que sublimada religiosamente.

En este contexto, una tras otra, una junto otra, incluso una frente a otra, tres *generaciones* de mujeres a lo largo y ancho de la inconclusa transición democrática de la sociedad española, se van alternando el liderazgo de la vanguardia política feminista y del movimiento social de mujeres para denunciar y posicionarse sobre la *conflictiva relación entre ciudadanía y maternidad*, que se manifiesta en la creciente contradicción entre el ejercicio y disfrute de la ciudadanía (derechos sociales, laborales y económicos individuales) y la dedicación a la maternidad (a más de una –maternidad- menos de la otra –ciudadanía-), y que se traduce en la injusta y masiva brecha entre los cuidados que dan y los que reciben las madres hoy, a pesar de los cambios sociales habidos en la mejora de la situación social de las mujeres en España.

La coincidencia en el año 1975 de la muerte del General Franco y la declaración por la ONU del año internacional de la mujer para hacer visible la grave situación de opresión y discriminación en que viven la inmensa mayoría de las mujeres del planeta, aceleran una organización feminista en la que muchas mujeres eran militantes de la resistencia franquista en partidos políticos de izquierda (Nash, 2004; Varela, 2005).

Desmadres en los años 70/80 para lograr la igualdad democrática básica

En aquel contexto inicial de la transición democrática fue una prioridad feminista negarse a reproducir los *modelos patriarcales de madres*, sin plantearse directamente cómo cambiarlos, centrandose las reivindicaciones en el derecho a elegir libremente la maternidad y *por tanto también a rechazarla*, y en la creación de centros de planificación familiar que lo garantizaran. Los desmadres de estas mujeres se deben al rechazo a convertirse en *madres-esposas* patriarcales como modelo dominante de mujer, planteando como reivindicaciones inmediatas la exigencia de libertad para las mujeres todavía encarceladas acusadas por delitos sexuales (adulterio, aborto, prostitución) derivados de los derechos de dominación de los hombres sobre sus cuerpos y sus tiempos a lo largo de sus vidas, y la promoción de sus derechos reproductivos, educativos y laborales secuestrados durante la dictadura franquista.

De hecho hasta la aprobación de la Constitución Española en 1978, cuya elaboración solo tuvo *padres políticos*, las mujeres estaban obligadas por ley a obtener permiso de sus maridos para poder trabajar fuera de casa. La obtención de credenciales educativas para la incorporación al mercado de trabajo centró la estrategia de liberación de la obligación conservadora de convertirse en madres-esposadas. Del deseo de maternidad se hablaba poco en positivo, y no era para menos, ya que el discurso feminista priorizó la necesaria denuncia, investigación y divulgación de los *perversos mecanismos de una socialización forzada para llegar a “desear” convertirse en madres esposadas*.

A los desmadres de estas mujeres afines al feminismo de la igualdad, les debemos la insumisión básica: la negación de la maternidad como obligación y sometimiento al hombre. Su activista contribución política e intelectual ha sido la base fundamental para la redefinición de un estatuto político de igualdad de derechos entre hombres y mujeres, sobre la que se asienta la continuidad del proceso de liberación de las mujeres españolas de las siguientes generaciones.

Enmadres en los años 80/90: reconocer la autoridad cultural de genealogía materna

Con la incorporación progresiva a las instituciones educativas y académicas como alumnas, profesoras e investigadoras, sobre todo a partir de los años ochenta, las mujeres feministas, militantes y académicas de los estudios de género, coinciden en la necesidad de reivindicar la importancia negada a la contribución cultural de las mujeres, de reconocer la autoridad creadora de las literatas, escritoras y pensadoras, científicas, artistas y políticas, y de rescatar del anonimato las relevantes contribuciones de las mujeres en la vida cotidiana de la historia social de los pueblos, todas ellas marginadas de la memoria histórica a pesar, o precisamente por, sus necesarias o adelantadas aportaciones sociales y políticas.

A estas mujeres les une la necesidad de enmadrarse en torno al reconocimiento del *magisterio* cultural de autoridad femenina. Son mujeres que comparten tanto el malestar derivado de una memoria ahuecada por la forzada y tergiversada ausencia de madres creadoras de cultura, como la decisión de reconstruir una memoria femenina devastada. Ellas activan la motivación de enmadrarse para investigar sobre la genealogía del liderazgo femenino, y hacen explícita la necesidad de reconocer la filiación cultural, ideológica y emocional para sentirse hijas simbólicas de una genealogía de mujeres reconocidas como madres creadoras de cultura.

Obras y legados culturales en los que se rastrean otras miradas alternativas a la devaluada contribución atribuida a las mujeres patriarcalmente *madresposadas*. Miradas y testimonios a los que *dan luz* públicamente para empoderarse colectivamente desde la órbita del feminismo de la diferencia.

Sin el trabajo político e intelectual del feminismo de la igualdad y del feminismo de la diferencia, la siguiente generación de mujeres comadres no podría articular la recuperación de otros sentidos de emancipación colectiva desde una mirada equitativa más integradora (la igualdad de la diferencia) en la órbita del ecofeminismo.

Comadres en los 90/2000: recuperar la auto-regulación del proceso de maternidad

“Las comadres de hoy son mujeres que como madres insumisas protagonizan un movimiento social todavía minoritario pero creciente, de un activismo de alta intensidad personal y profesional en las implicaciones materiales, emocionales y morales de los cuidados de las criaturas; son mujeres que viven con conciencia de género sus procesos de

transformación en madres, en los que experimentan y comparten el placer y el dolor desde las entrañas, a causa del *estrés al que progresivamente se somete el complacer humano ya no sólo en la concepción, sino en la gestación, el nacimiento y la crianza porque son procesos en los que las comadres encarnan las vivas contradicciones de la (prohibida) interdependencia biológica, social y cultural de vida humana*; son mujeres que intentan recuperar el sentido de lo sentido –culturalmente ocultado– en la sexualidad reproductiva al expresar colectivamente sus “co-razones” de madres en la relación con sus hijos/as en contextos patriarcapitalistas; son comadres *insumisas porque habiendo recobrado en gran parte su voz como mujeres, salen al encuentro personal y colectivo, presencial y virtual –internet– de sus voces como madres y de las voces silenciadas de otras madres*” (Aler, 2009).

Las mujeres de la generación comadre son hijas de una doble filiación sin cuya amasada herencia no hubieran podido generar lo que de hecho depende de las condiciones de legitimidad política y socio-cultural logradas por las mujeres feministas con sus desmadres para el reconocimiento de la igualdad política, y sus enmadres para el reconocimiento de la diferencia cultural con respecto a los hombres patriarcales.

Las feministas de la igualdad y de la diferencia con sus insumisiones hacia la incapacitación social derivada del modelo de una mujer madre-esposada anulada políticamente y devaluada culturalmente, dejan un legado político y cultural fundamental del que parten las mujeres comadres: a) el reconocimiento social y el estatuto político como mujeres con derechos individuales propios sin la obligación de tener que transformarse en *madresposas*, y b) el reconocimiento público de la autoridad de las mujeres como (madres) creadoras de cultura.

A partir de este legado insumiso emergen alrededor de los años noventa diversos colectivos de comadres insumisas que reivindican no solo la opción de no desear una maternidad patriarcal madre esposada, sino el deseo de maternidad como una opción *matricial* de mujeres libres que eligen pareja (o renuncian a ella), con la que (o sin la que) desean transformarse en madres libres.

Las comadres son mujeres que afrontan tradicionales y modernas contradicciones de la maternidad, y se inician en un proceso de transformación como madres con el deseo de liberar y dejarse sentir las ambivalentes emociones, unas veces tan patriarcales y otras tan *matriciales* que ya se permiten verbalizar y visibilizar personal y colectivamente al dotarse recíprocamente de autoridad cultural para *narrar-se-las*.

2.5. La maternidad como contratiempo entre la vida cotidiana y las políticas públicas

“Observar a una madre de compras con su hijo en un supermercado: está relacionándose con él de varias formas a la vez. Le está *enseñando el comportamiento que considera adecuado para un niño de su edad en un lugar público*. Está compartiendo su mundo con el niño, más que enseñarle en sentido estricto y esto es agotador. Todo le cuesta el doble de tiempo. Los profesionales hablan de la importancia de la socialización familiar pero cuando una madre está socializando a su hijo de una forma gradual y haciendo muchas cosas más no se lo tienen en cuenta porque todo el mundo cree que simplemente está de compras. *Si la actividad de la madre se limita a comprar entonces la compañía de su hijo parece un impedimento*, pues le obliga a ir en realidad más lenta y le impide hacer las cosas con su eficacia habitual. Pero si reconocemos que todo esto forma parte de su trabajo podríamos redefinir su tarea como “cuidar y comprar”. Eso daría a su hijo una posición legítima en sus acciones (coger cosas de las estanterías, no devolverlas, se eligen productos y se pagan). También explicaría porque una madre está tan cansada e irritable después de sus compras: *dos trabajos son más duros que uno y le resulta aún más duro si ella misma ignora el segundo y cree que solo ha realizado el primero*” (Stadlen: 2010).

“La maternidad fisiológica de la mujer -que ha sido siempre la base material sobre la que se ha construido la identidad diferencial femenina, incluso en una óptica igualitaria- ya no es sino una suerte de “contratiempo” que no debe de producir ningún efecto de diferenciación social significativa entre los géneros (...) Como referencial cualquier diferencia socialmente significativa entre hombre y mujer desaparece; *estamos ante una igualdad desdiferenciada*. Un fondo de diferencia debe seguir existiendo –de otro modo y en última instancia, ya no se podría hablar de mujeres y de hombres-, pero no juega, *no debe jugar, ningún papel en las dimensiones clave del orden social*”⁶ (Prieto, 2007: 45).

6 Las palabras en letra cursiva han sido destacadas por la autora de este capítulo.

El propósito del autor de esta cita es hacer explícita la nueva representación de las relaciones sociales de poder entre los géneros, contenida en *la ley española 39/1999, de 5 de noviembre para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras*, aprobada siguiendo las recomendaciones europeas para la promoción del empleo femenino.

En realidad la cuestión así descrita coincide con el ideario del feminismo de la igualdad que hasta cierto punto asumen tanto el liberalismo, el socialismo y la socialdemocracia, en un contexto legislativo marcado por la inminente despedida del milenio y la entrada del euro como nueva moneda única de la economía de los países de la Unión Europea.

Como trasfondo, el objetivo feminista que justifica la ley, pretende dar finiquito a la moderna dependencia económica de las mujeres como madres esposadas a sus maridos en su rol de ganapanes, a través de un nuevo contrato social entre una pareja de dos sustentadores principales, dos actores socioeconómicos iguales en tanto que trabajadores con empleo remunerado, como modelo de familia a normalizar en el siglo XXI.

Sin embargo los presupuestos de la ley se alinean con los seculares principios del ilustrado proyecto político liberal decimonónico que promueve el desarrollo de una ciencia y una política social que neutralicen y dominen -previa desconsideración- la dimensión biológica humana, para que ésta que había permanecido secularmente dogmatizada por parte del catolicismo para legitimar su poder patriarcal *sobre-humano*, no impida los progresos augurados por la nueva sociedad industrial a base de una progresiva hostilidad invasora y apropiadora de una naturaleza medioambiental (Fox Keller, 1989), y la división sexual del trabajo entre el trabajo gratuito de cuidados domésticos familiares realizado por las mujeres y el trabajo mercantil asalariado realizado mayoritariamente por los hombres.

En la década siguiente, ya entrados en el años dos mil, se avanza todavía más en la misma línea de directriz europea con la nueva *ley orgánica 3/2007 del 22 de marzo para la igualdad efectiva de mujeres y hombres* en la que resulta muy elocuente que la única autoridad intelectual citada en el apartado II de la exposición de motivos sea efectivamente un ilustrado varón liberal decimonónico:

“El pleno reconocimiento de la igualdad formal ante la ley, aun habiendo comportado, sin duda, un paso decisivo, ha sido insuficiente. La violencia de género, la discriminación salarial, la discriminación en las pensiones de viudedad, el mayor desempleo femenino, la todavía escasa presencia de las mujeres en puestos de responsabilidad política, social, cultural y económica, o los problemas de conciliación de la vida personal, laboral y familiar muestran como la igualdad plena, efectiva, entre hombres y mujeres, *‘aquella perfecta igualdad que no admitiera*

*poder ni privilegio para unos ni incapacidad para otros` en palabras escritas por John Stuart Mill hace casi 140 años, es todavía hoy una tarea pendiente que precisa de nuevos instrumentos jurídicos”*⁷.

No cabe duda de los progresos *relativos* que ambas leyes han supuesto para ampliar el reconocimiento de los derechos económicos y sociales de las mujeres españolas. Pero si caben dudas acerca de las limitaciones de los principios políticos y los presupuestos científicos que las sustentan, pues como bien queda recogido en la cita que encabeza este apartado, *cuando la maternidad fisiológica de la mujer ya no es sino una suerte de contratiempo que no debe producir ningún efecto de diferenciación significativa entre los géneros ni debe jugar ningún papel en las dimensiones clave del orden social*, se está identificando la libertad de las mujeres con acceso al empleo salarial asociado al reconocimiento de hecho de su ciudadanía como asalariada y consumidora, al que debe supeditar su maternidad y rechazar la fisiología de la misma.

Las razones históricas y políticas sobre cómo y porqué se llega a identificar *diferencia con desigualdad de género*, ayudan a comprender en su contexto la voluntad idealistamente liberadora de las mujeres feministas, y a mostrar el debido reconocimiento y agradecimiento por las luchas que realizan y los cambios políticos y sociales que posibilitan, pero no a aceptar que en el escenario histórico actual la negación de la maternidad fisiológica de las mujeres -otra cosa es su aplazamiento o la decisión de no ser madre- sea un objetivo o logro estratégico de igualdad política y bienestar social.

Así lo evidencian tanto los contratiempos de diferente índole que ello causa a las madres trabajadoras con o sin empleo asalariado en sus vidas cotidianas, como los contratiempos implícitos entre los principios y objetivos estratégicos desarrollados en la sociedad española por dos tipos de políticas públicas con diferente perspectiva de género: las políticas públicas laborales para la promoción del empleo de las mujeres con o sin hijos, y las políticas públicas sanitarias para la promoción de la salud reproductiva y la salud materno-infantil.

7 Llama la atención que en esta ley 3/2007 para la igualdad efectiva no se haga ninguna referencia explícita a su antecesora ley 39/1999 para la conciliación. Las palabras en cursiva son destacadas por la autora de este capítulo.

Cuando la maternidad como hecho social es vivida personalmente, expresada socioculturalmente y representada política y económicamente como un *contratiempo*, como está ocurriendo en la sociedad española, entre otras, en realidad se está produciendo una brecha sistémica cuyas consecuencias trascienden las manifestaciones de los cambios y contradicciones sociales observables actualmente, para situarnos de lleno en las profundas y sobrevenidas transformaciones que se apuntan en los sentidos de la evolución de la corporalidad y la temporalidad humanas como han sido hasta hoy conocidas, en relación con el bienestar social (parcialmente disfrutado, atisbado o anhelado) y la salud pública (perseguida como objetivo de supervivencia y calidad de vida).

Son muchas las voces⁸ de alarma que desde especialidades científicas muy diferentes están alertando sobre la necesidad de recuperar el debate científico y social sobre la deseabilidad o no de las aceleradas mutaciones culturales que se avecinan dada la orientación de la política económica hegemónica impuesta por las élites sobre la concepción –tanto ideológica como biotecnológica– de la humanidad como especie viva segregada de la biología por la cultura dominante, y por tanto, negadora de los vínculos bio-socio-ambientales que la constituyen desde su origen.

Escuchar y generar condiciones sociales que promuevan la producción de narrativas públicas en libertad por parte de las madres trabajadoras y de sus hijos/as acerca de los cuidados que dispensan, necesitan y reciben (o no), puede ser un buen antídoto contra la estresante huida hacia delante de un modelo cultural hegemónico de malestar social y desigualdad socioeconómica, si cede la obstinación tecnocrática política y científica en continuar devaluando o tergiversando los vulneradores y vulnerables testimonios de ellas y ellos sobre el agravamiento de la crisis en la que están viviendo de forma cotidiana.

A menudo investigar hoy directamente sobre la situación social de las madres y nombrarlas como sujetos agentes en los procesos vitales y de construcción de alternativas sociales, referirse al colectivo de madres (trabajadoras) y no al genérico de mujeres en relación con la maternidad como condición subsidiaria de la que se derivan principalmente consecuencias restrictivas para los proyectos de vida personal-profesional, aún haciéndolo desde una perspectiva feminista crítica, científica y laica, suele interpretarse como un indicio sospechoso de deriva esencialista y regresiva a tiempos tradicionalistas opresivos.

8 Véanse, entre otras, las investigaciones de prestigiosos científicos/as en abierto diálogo interdisciplinar y transdisciplinar acerca del conocimiento-conciencia de la evolución de la naturaleza humana, como son las de la catedrática norteamericana Sandra Haraway desde la epistemología crítica feminista (Haraway, 1995), del investigador chileno Humberto Maturana desde la neurobiología (2003, 2007), del francés Michel Odent desde la obstetricia crítica y sus estudios científicos sobre salud primal (1990, 2001, 2002), del italiano Francesco Tonucci desde la pedagogía (1996, 2012), las del biólogo celular Bruce Lipton desde la epigenética (2007, 2010), las del neurobiólogo portugués Antonio Damasio (2001, 2005) y las del francés Edgar Morin desde la sociología (1982, 2000), entre otras.

En ciertos aforos políticos, sindicales y académicos progresistas se considera ideológicamente ilegítimo, incongruente o incompatible que en nombre del feminismo que promueve la igualdad también se reconozca y promocióne la emergencia de maternidades más *matriciales* que patriarcales en el sentido de constituir procesos sociales de transformación de las mujeres en relación a unas experiencias de maternidad que las empodera más que las incapacita socialmente, y que cuestionan en profundidad las coordinadas normativas patriarcales y capitalistas que regulan el actual sistema social.

Si bien durante los últimos años se están dando pasos en ese sentido para el acercamiento hacia una mayor comprensión y una menor inquisición hacia las decisiones y experiencias de las mujeres como estrategias de liberación. De hecho muchas de esas experiencias se han producido tras haberse enfrentado a los dispositivos institucionales cuyo funcionamiento requiere de la incapacitación o desautorización de las mujeres –mayor o menor según los lugares concretos- al iniciarse en la maternidad, y así lo narran en la proliferación, creciente durante estos últimos años, de redes, aforos y asociaciones presenciales y virtuales de mujeres⁹ cuya maternidad, aún atravesada de múltiples contradicciones, las conmueve intensamente hacia la transformación colectiva de formas de sentir, pensar y actuar alternativas al modelo hegemónico reproductivo de criaturas, bienes y servicios.

Entre una parte considerable y creciente de mujeres españolas en edad reproductiva ha ido tomando cuerpo la creencia y/o la experiencia propia o de terceras personas, de que la maternidad tras la cortina de sublimación católica e idealización publicitaria que el patriarcalismo sigue desplegando en el imaginario colectivo, conlleva un proceso de incapacitación social. Conclusión a la que se llega fácilmente a fuerza de acumular datos empíricos (y promesas de liberación al respecto) sobre las consecuencias restrictivas que la maternidad ha tenido y continúa teniendo en la vida social, personal, conyugal, doméstica y profesional de las mujeres, en un contexto político de acelerada transición democrática y modernización económica de la sociedad española, en que *las mujeres formadas, activas y ocupadas en las empresas públicas o privadas, son auspiciadas como nuevo sujeto de la historia española en la Unión Europea hacia la recuperación de la normalidad democrática y el progreso económico.*

9 Entre estos grupos cabe citar: Asociación El Parto es Nuestro (www.elpartoesnuestro.es), Foro -Apoyo Cesáreas- (www.elistas.net/listas/apoyocesareas), Hospital Maternidad Acuario (www.acuario.org/en), Asociación Vía Ldctea, Asociación Nacer en Casa (www.nacerencasa.org), Asociación Comadronas Europeas por un Parto Activo y Natural (www.comadrona.foro.st) y Plataforma pro Derechos del Nacimiento (<http://www.pangea.org/pdn/plataforma.html>)

Un sujeto colectivo que tenderá a legitimar en lo público y a culpabilizarse en lo privado de las experiencias de una relación subsidiaria, estresada, solitaria, delegada o absentista con respecto a los trabajos de cuidados de maternidad y paternidad. Los reproches, tanto como la estresante resignación con respecto a la poca implicación de los padres en el trabajo de cuidados domésticos, constituye, el pan de cada día, pues a pesar de los cambios significativos mostrados por una minoría creciente de parejas más jóvenes con respecto al reparto más equilibrado en el trabajo de cuidados entre madres y padres, la división social del trabajo sigue anclada en la asimétrica distribución sexual del trabajo, como muestran algunos estudios sobre los procesos de socialización de género, en que las tareas de cuidados domésticos siguen haciéndolos las jóvenes mientras que los jóvenes, se escaquean con la tolerancia de las madres y los padres (Galvez, 2008).

Para muchas de las nuevas madres trabajadoras ocupadas en el mercado de empleo, la dedicación al trabajo de cuidados de la maternidad sobre todo pero no únicamente en los primeros años de vida de los hijos y las hijas, es un proceso que genera incapacidad social para la responsabilidad profesional que en general cada vez exige materialmente mayor disponibilidad temporal, como atestiguan los perfiles laborales y profesionales y el tipo de currículos que son más demandados en el mercado de empleo, pero también genera en ellas contradicciones emocionales y morales asociadas a la *distancia empática* exigida con respecto al cliente o paciente -salvo excepciones- como actitud y práctica profesional supeditada al aumento de las ganancias comerciales o cuotas de la empresa, por las que cada vez más son evaluadas como profesionales.

Si bien la mayoría de las mujeres españolas menores de cuarenta años declaran preferir el modelo familiar de dos sustentadores y dos cuidadores, la presencia o no de hijos en edad no escolar es lo que más polariza la opinión general de las mujeres acerca del trabajo extra-doméstico de las madres trabajadoras, pues mientras que el 37% está de acuerdo en que trabaje en el mercado a tiempo completo si no tiene hijos en edad no escolar, el 73% no está de acuerdo con que las madres con hijos en edad no escolar tengan un empleo a tiempo completo (CIS, 2003).

El trabajo de cuidados es vivido hoy por las madres trabajadoras generalmente como contrario a un tiempo productivo culturalmente impuesto, que aparece cada vez más representado socialmente como un *contratiempo*, *un ir contra el tiempo*, con sentidos polivalentes: en el sentido de ir corriendo *contrarreloj* de un lado para otro, en el sentido de constituir un *obstáculo* porque hace perder un tiempo de oro que se requiere para rentabilizar las credenciales educativas adquiridas en asegurar o ampliar las oportunidades de contratación laboral o promoción profesional, en el sentido de *insumisión inevitable* contra la imposición de los tiempos productivos sobre los tiempos reproductivos necesarios para el cuidado de la vida.

Así la maternidad vivida como contratiempo puede *interpretarse polivalentemente* en las declaraciones y las decisiones tan adaptativas como reactivas de cada vez más mujeres, sean madres o no, y sin embargo estos complejos sentidos de sus experiencias continúan siendo refractados discursivamente entre imágenes estereotipadas y bipolares, dejando errantes las intensas, poliédricas y cruciales vivencias que las madres trabajadoras sienten de formas muy diversas *al vivir reproduciéndose en contra y al servicio a su vez de un tiempo impuesto*.

Quienes mejor expresan esto último son las mujeres implicadas en el movimiento social de comadres, lo que he descrito en otros textos como las *siete co-razones de las actuales madres trabajadoras españolas* (Aler, 2005, 2008), con objeto de contribuir a hacer visibles las dramáticas tensiones que viven las mujeres en la actual democracia constitucional parlamentaria, en la que jurídicamente han recuperado gran parte de sus voces como mujeres, lo que paradójicamente les ha permitido constatar y denunciar que sus voces como madres continúan vetadas en los procesos sociales de transformación en los que se inician cuando deciden optar libremente por la maternidad.

De una u otra forma estas mujeres están asumiendo el reto de plantearse personal y colectivamente la cuestión quizás más sustantiva de la maternidad ante la grave crisis actual: *¿para qué ser madre en los tiempos que corren?* Y en sus decisiones personales y sus debates colectivos sobre maternidad dan cuenta de ello mediante la asunción consciente de siete *co-razones* a contratiempo en los tránsitos entre sus polivalentes tiempos de vida.

En realidad se trata de siete contradicciones en proceso de transformación acerca de los sentidos del tiempo en el trabajo de cuidados, que las mujeres viven de forma cotidiana desde el inicio de sus maternidades más intensamente, entre *un modelo patriarcal* que simula la *perfecta* independencia social de individuos que compiten, dominan y sobreactúan política y culturalmente, y *una visión matricial* que encarna la *plena* interdependencia *biosociocultural* de individuos con disposición a aprender a cooperar y compartir, resistiéndose a ser infravalorados política y culturalmente: (1) del miedo al deseo de transformarse en madre; (2) de la desconfianza a la confianza en la autorregulación corporal; (3) del entreguismo genérico al empoderamiento progresivo con el sistema experto; (4) de la carencia a la creación de espacios sociales públicos de escucha cualificada; (5) del aislamiento estresado a la soledad compartida; (6) de la escisión pervertida del tiempo de vida a la asunción temporal de prioridades vitales; (7) de la reproducción a la sanación de relaciones materno-filiales patológicas.

Las decisiones de maternidad de las mujeres actuales acontecen en un contexto que las presiona para rechazarla o retrasarla con objeto de obtener cada vez más credenciales de formación curricular, ampliando así las oportunidades de contratación y promoción profesional, y los límites de la

edad, en caso de desear ser madre, para que *no se pase el arroz*. Cuando la decisión se toma con conciencia de género, las contradicciones entre la realidad y el deseo se agudizan, aún contando con suficientes credenciales educativas y unas coordenadas socio-políticas en las que sus voces como mujeres ya tienen eco público.

En sus vidas cotidianas, el deseo de ser madres libres puede llevarles a querer trascender su individualidad vinculándose a los cuidados amorosos de un/a hijo/a, a menudo choca de bruces contra el miedo a ser madres *esposadas, escindidas, rajadas, anuladas, abusadas, chantajeadas, culpabilizadas, ninguneadas o desautorizadas*, por parte de los hijos/as todavía no nacidos, de sus parejas, de sus familias, o de los dispositivos institucionales de expertos que controlan tecnocrática o teocráticamente los procesos de transformación social, sexual, familiar y profesional que les compete como madres en relación con el trabajo de cuidados y/o el empleo asalariado.

El salto del miedo al deseo de ser madre, requiere el previo reconocimiento de un miedo adaptativo, sociológicamente hablando, que previene contra el riesgo de desear algo que antes por unas causas (*madres esposadas*) y hoy por otras (*mujer ciudadana o madre cuidadora*) provoca rechazo en forma de vértigo o *parálisis*.

En medio del reconocido miedo al deseo, éste se deja aflorar y de ahí surge el impulso de confiar en la autorregulación del cuerpo atendiendo a las desconfianzas aprendidas programadas para el auto-sabotaje, y se plantean que si se puede concebir y gestar en la mayoría de los casos espontáneamente ¿por qué no confiar en la autorregulación a la hora de parir y criar?

Entonces es cuando se inicia el enfrentamiento al *intervencionismo* en tanto que abusiva intervención del sistema de expertos, empezando por el médico-sanitario, para que no impida sino que incentive el empoderamiento progresivo que la confianza en la autorregulación hace emerger.

A partir de este enfrentamiento (que en muchos casos es reactivo a la situación de maternidad *intervenida* de forma abusiva) expresado de múltiples formas en los foros y grupos de madres que cuentan ya con recursos para ello (más credenciales educativas, más información, más acceso a nuevas tecnologías), las mujeres sienten la necesidad de salir del aislamiento estresado al que suele llevarlas el trabajo de cuidados durante la crianza en los núcleos urbanos de edificios y viviendas unifamiliares, sobre todo pero no sólo si no cuentan con la implicación de sus parejas o alguna ayuda doméstica, y buscan tiempo para compartir con otras madres y sus hijos/as la soledad que sienten en una sociedad organizada de tal manera que los cuidados de (y a la) maternidad continúan menospreciados y *sobreintervenidos*.

Así las mujeres hacen de comadres y van creando y recreando espacios sociales públicos en los que se pueden expresar y escuchar las vivencias de madres con experiencias familiares, educativas, laborales y profesionales

diversas, pero que necesitan una escucha para cuya cualificación aún no hay suficientes credenciales profesionales en el mercado, salvo escasos casos excepcionales.

Ante tal carencia ellas están creando espacios sociales públicos que hagan posible la emergencia de un habla y una escucha entre las madres que van cualificándose a la par que hacen de espejos unas de otras, al sentir la empatía que otras sienten hacia sus criaturas, al hacerse comadres que por encima de diferencias y desigualdades sociales están dispuestas a apoyarse y devolverse autoridad como madres de carne y hueso de criaturas vivas.

Algunas han dado prioridad total al trabajo de los cuidados de la maternidad, otras se han ajustado a los límites de los permisos por maternidad, o se turnan con sus parejas, o cambian el enfoque en la dedicación a su profesión, o salen temporalmente del mercado, pero de una u otra forma las comadres asumen la prioridad del trabajo de los cuidados en la crianza y la socialización temprana, a costa de padecer a medio y largo plazo la injusta mengua en sus derechos laborales y contributivos (promoción, salarios, pensiones), aún cuando estén apoyadas por sus parejas no sólo en su decisión de confiar en la *autorregulación* sino también en la práctica de una paternidad cuidadora y responsable. Ciertamente son las menos pero las más afortunadas en ese sentido.

Es así como lenta pero imparablemente las madres insumisas con perspectiva de género, van recuperando su voz como madres, saliendo al encuentro de sus miedos, deseos, dudas, desvelos, confianzas del placer y del dolor en las entrañas, de sus contradicciones, de los modelos de madres que no quieren reproducir y de la incapacidad para cambiarlos en algunos o muchos momentos y situaciones que viven diariamente, de la incompreensión de los entornos familiares y de amistades hacia una opción que implica replantearse día a día muchas de las pautas tecnocráticas *deshumanizadas* de crianza y socialización temprana, y soñar con la construcción de otro mundo posible en éste, actuando desde los cuidados cotidianos.

De este modo el escenario de aprendizaje mutuo y significativo ya está gestándose, y se van ensanchando las confianzas de partos gozosos y de partos dolorosos, de partos carniceros y de partos asépticos, de partos secuestrados y partos de renacimiento, con infinidad de posibilidades y de sutiles matices que encuentran resonancia en sus *co-razones* de madres insumisas, unidas decididamente hacia un horizonte común: el paso de la reproducción a la *sanación de las relaciones filiales patológicas*, cambiando la concepción de los cuidados a lo largo y ancho de la organización social desde el origen.

Atrás va quedando el *entreguismo genérico al sistema de expertos* médico-sanitario, pero también educativo o mediático, y se replantean la educación de sus hijos/as en la familia y en la escuela, las alternativas al

exceso infantil de consumo mediático, y pasan de poner parches y de apagar fuegos al aprendizaje de malabares y encajes de bolillos en la negociación cotidiana de sus anhelos y las constricciones sociales y culturales dominantes en su entorno.

Así van proyectando en el pensamiento colectivo evidencias políticas y científicas acerca de las potencialidades benefactoras y liberadoras de otras maternidades y paternidades posibles. Es nada más que un horizonte y nada menos que un camino haciéndose como los buenos guisos, poco a poco, hacia un empoderamiento personal y colectivo que las devuelve una y otra vez al núcleo matriz de sus potencialidades surcadas culturalmente de deseos y miedos.

Estos siete contratiempos resultan reforzados por el conjunto de las políticas públicas españolas que afectan a la maternidad, en las que está subrepresentada implícitamente como un contratiempo, es decir con un sentido del tiempo contrario y escindido entre ellas, sobre todo entre las políticas públicas laborales y las sanitarias al respecto.

Así, la orientación predominante de las *políticas laborales* que tienen como objetivo la promoción de empleo entre las mujeres con hijos o sin hijos, están centradas en *una visión de la igualdad humana entendida “al fin” como una dinámica socio-cultural entre hombres y mujeres “adultos”*.

Sin embargo la visión predominante seguida por las políticas sanitarias tienen como objetivo principal la promoción de la salud materno-infantil, y en este caso están centradas en *una visión de la equidad entendida como dinámica biológico-social entre los géneros y las generaciones*.

Cuando la maternidad triunfa normativamente como un contratiempo, además de ser un fracaso humano colectivo, sobre todo de las políticas públicas concernidas dada su debida implicación con la protección y cuidado de la ciudadanía, hace que el peso inquisitivo de una bipolaridad excluyente vuelva a recaer sobre las mujeres en sus vidas cotidianas: mujer-ciudadana o madre-cuidadora, buena madre-mala empleada o mala madre-buena profesional.

La representación social de la maternidad continúa genéricamente atrapada por discursos normativos que, incluso enfrentándose, evolucionan de forma bipolar y estereotipada sostenidos por *el desarrollo de unas políticas públicas contradictorias entre sí desde una perspectiva de género sin consideración (suficiente) con las madres como agentes transversales en ciencia, trabajo y salud*.

3. Maternidad y ciencia: la experiencia de las madres como madre de la ciencia

3.1. La maternidad en la ciencia: un proceso social entre la biología y la cultura

“Resulta sorprendente la expulsión de la vida fuera de las ciencias antropológicas: ser joven, viejo, mujer, niño, nacer, morir, tener padres, una familia, etc., remiten solamente a unas categorías socioculturales que varían en el tiempo y en el espacio. Por no haberse hecho cargo de ella, la sociología se ha convertido en una ciencia privada de vida....El verdadero problema es pues encontrar el tejido conceptual que nos permita descubrir la existencia de estos fenómenos. Si no, no conseguiremos superar el nivel de una biología sub-inteligente y de una antropología exangüe... *Resulta urgente operar una soldadura epistemológica entre ciencias de lo vivo y ciencias sociales, pues todo acto humano es biocultural* (comer, beber, dormir, defecar, aparearse, cantar, danzar, pensar o meditar): totalmente biológico y totalmente cultural” (Morin, 1997).

Ciertamente la maternidad es un complejo proceso social totalmente biológico y totalmente cultural. Y en esta afirmación anida la problemática científica que afecta a la investigación de la maternidad.

En efecto, al adentrarnos en el estudio de la maternidad como hecho social y desde las experiencias de las mujeres, cobran relieve las limitaciones conceptuales de una ciencia social que se ha orientado desde sus orígenes históricos hacia la comprensión global de su objeto: el comportamiento social humano *¿qué habría en él que no fuera social?* Y lo hace alineándose con el *ilustrado proyecto* liberal de desarrollo de una ciencia que segrega de su objeto de estudio la dimensión biológica humana en gran parte como reacción contra el determinismo dogmático con que había vuelto a azuzar la contrarreforma católica.

Sin embargo *¿qué es lo social* sino el espacio de interacción humana en el que se encuentran y/o desencuentran en continua *coevolución* nuestra herencia biológica y nuestra herencia cultural? Ocultar o segregar nuestra herencia *filogenética* desde las ciencias sociales o nuestra herencia *sociogenética* desde las ciencias de la vida, resulta tan patológico socialmente como paradójico culturalmente.

Si ampliamos el escenario evocado en la cita anterior a los procesos humanos de concebir, gestar, parir, criar, cuidar, jugar, complacer, educar, trabajar, compartir, liderar, gozar, padecer, sanar, enfermar, entre otros, nos acercamos directamente a la perspectiva sociológica que contempla la maternidad como un complejo proceso social de empoderamiento y/o incapacitación de las mujeres en el que biología y cultura interactúan desde su origen en mayor o menor confluencia o confrontación.

La necesidad de soldar teóricamente la brecha científica entre la biología y la cultura humanas, adquiere dimensiones dramáticas en los procesos vitales y de investigación de la maternidad, que suelen quedar atrapados, fragmentados o errantes entre discursos científicos cercados que alimentan discursos políticos bipolares y socialmente estereotipados sobre las madres, cuando precisamente la maternidad se halla en el origen social de la encrucijada humana más crítica por la que atraviesa una civilización que considera un mérito la dominación cultural (científico-tecnológica y político-económica) de la vida material y no su cuidado social.

Cada vez son más evidentes las limitaciones epistemológicas y las contradicciones políticas de un modelo de ciencia segregado que aunque cuestionado, continúa siendo hegemónico, y de quienes a ella nos dedicamos al intentar comprender la complejidad social, biológica y cultural de la maternidad.

Para comprender las dimensiones sociales implicadas en esta vital encrucijada es preciso reflexionar acerca del devaluado estatuto científico de las madres como sujetos investigadores y de la maternidad como objeto y proceso de investigación acerca del trabajo de cuidados.

La patriarcal jerarquía epistemológica entre lo cultural y lo biológico, está asociada a la jerarquía de la experiencia de los sujetos que investigan sobre la experiencia investigada de sujetos que son objeto de investigación, y cuando ambas jerarquías son interpeladas y puestas en cuestión en temas de maternidad, suelen provocar reacciones ofensivo-defensivas ideológica y emocionalmente intensas que, en general, difícilmente se explicitan de forma abierta, además de contar con una variada batería de recursos retóricos para su ocultación.

Y dichas reacciones están visceralmente enraizadas aunque se cubran de formas racionalizadoras porque en realidad apelan al sustrato patriarcal de la misoginia más resistente: el desprecio cultural hacia el *cuerpemente de las madres* en el que se concibe, gesta, pare y queda vinculada/desvinculada original y *orgánicamente* nuestra *humanidad*, y/o el rechazo a todo lo que se le asocia por las consecuencias de marginación social que comporta.

Adentrarnos en el reconocimiento personal de semejante actitud puede poner en riesgo la identidad profesional y las normas y prácticas incorporadas y reproducidas, tanto por hombres como por mujeres, con

buena formación en un campo científico corporativamente segregado, en el que nos movemos mentalmente de forma orientada hacia un orden determinado para no descolocarnos de la correcta dirección hacia una movilidad profesional ascendente.

Así podemos preguntarnos hasta dónde podemos y nos interesa “imaginar sociológicamente” que llegan las limitaciones de un modelo de ciencia en la conceptualización de la investigación (del trabajo de cuidados) de la maternidad de las mujeres, si los cimientos científicos y la prescripción de la agencia investigadora han sido y continúan siendo definidos de modo hegemónico por la distribución sexual moderna entre el trabajo como empleo remunerado y los cuidados como trabajo gratuito, entre padres expertos *culturalmente* ilustrados (padres de la ciencia y sus discípulos/as) en oposición a madres legas *naturalmente* cuidadoras *cuya experiencia no es madre de la ciencia sino fundamento de su exclusión*.

La sublimación religiosa de la maternidad como tópicos y delirio discursivo, junto a la marginación política, la devaluación cultural y la explotación económica de las madres trabajadoras, son mecanismos histórico-sociales que retroalimentan la exclusión científica de sus experiencias como agentes en los procesos (de investigación) de maternidad.

En la sociedad española actual las mujeres son mayoría como alumnas y licenciadas en las últimas promociones de casi todas las ramas que se estudian en las Facultades de Medicina, pero son hombres los titulares de la totalidad de las cátedras de Ginecología, Obstetricia y Pediatría (año 2011), para quienes está mostrado que la paternidad juega a favor de la promoción profesional hacia su logro, al tiempo que la maternidad tiene efectos contrarios para las mujeres académicas.

Esta injusta situación estructural, *generalizada* y generizada por la división sexual patriarcal entre el trabajo de cuidados y el empleo se consolida lo largo del siglo XX, penaliza hoy doble y triplemente a las madres en todos los campos profesionales pero resulta muy significativa en este campo académico-clínico.

Desde las especialidades de ginecología, obstetricia y pediatría se promueven y coordinan las líneas de investigación científica sobre los procesos sociales implicados en el tratamiento de la sexualidad reproductiva y la socialización temprana de las criaturas, a través de convenios con otras organizaciones públicas o empresas comerciales, lo que hasta la fecha ha marcado cualitativas y cuantitativas diferencias.

Ninguna madre ocupa alguna de esas cátedras en España, posiciones de reconocido poder desde donde se dirigen las enseñanzas e investigaciones, y por tanto, se orientan las prescripciones sobre cómo son y deben ser analizadas e interpretadas las relaciones entre las mujeres y sus hijos en los periodos de máxima vulnerabilidad para ambos.

El importante esfuerzo realizado en la sociedad española para la promoción de cambios políticos normativos en salud reproductiva en la última década, para adecuar los protocolos sanitarios de atención a la maternidad a la evidencia científica, en un contexto democrático que favorece la participación de las mujeres, ha proporcionado no sólo un nuevo marco estratégico de actuación consensuado entre la administración pública y colectivos de profesionales y de usuarias, sino también ha obtenido alentadores pero locales y parciales progresos¹⁰.

Por consiguiente estando más cerca, todavía se está muy lejos de lograr cambiar el hecho de que las prácticas clínicas cotidianas conduzcan masivamente a las mujeres -mediante rituales de sumisión obstétrica aprendida-, a dejarse *hacer según la palabra* del moderno poder médico heredero del antiguo y medieval poder religioso sobre el cuerpo de las mujeres que las “manda” gestar, “parir con dolor” y les “saca” los hijos (Cabré y Ortiz, 2001).

La clase médica sigue disfrutando hoy del masivo prestigio de “traer al mundo los niños sanos y salvos” en detrimento del reconocimiento de sus madres, que siguen esperando de manos del personal clínico a unos hijos/as contemplados más como recién nacidos clínicamente que como recién paridos corporalmente, como rescatados de una patológica vorágine atribuida de forma indiscriminada a todas las mujeres parturientas (la casi totalidad de las mujeres sanas paren en los hospitales) de la que una ciencia médico-quirúrgica las redime.

La descripción del parto fisiológico normal en el sentido de no patológico, ha estado ausente de los manuales de las especialidades médicas que se han estudiado en las Universidades españolas hasta el siglo XXI (Ruiz Vélez-Frías, 2009), y sigue abrumadoramente marginado, lejos de ocupar el lugar central que le corresponde, pese a los esfuerzos políticos realizados a favor de la humanización del parto y la atención perinatal.

Ello demuestra la imperiosa necesidad de ampliar y aunar los esfuerzos negociadores entre las administraciones públicas, los colectivos de madres trabajadoras y las asociaciones profesionales para el diseño de políticas públicas integrales de carácter intersectorial que reformulen coordinadamente los presupuestos y los objetivos científicos, educativos, económicos

10 Es necesario recordar el admirable liderazgo democrático promotor y aglutinador de la participación de profesionales y usuarias, desarrollado por **Concha Colomer** desde el Observatorio de Salud de las Mujeres del Mº de Sanidad, cuyo inesperado fallecimiento conmovió profundamente. La labor de continuidad que viene realizando -desde sus comienzos- **Isabel Espiga** en el OSM en temas de Salud Reproductiva ha sido fundamental. Véase asimismo las evaluaciones de los procesos de cambio en la humanización de la atención perinatal en las Comunidades Autónomas como la de Andalucía, entre otras, en el marco normativo de las Estrategias de atención al parto normal y a la salud reproductiva promovidas por el Mº de Sanidad.

y sanitarios orientados al desarrollo del bienestar colectivo, en el que la promoción y reconocimiento del trabajo de cuidados de las madres ocupa un lugar prioritario en tres direcciones: el cuidado de las criaturas, el cuidado de las madres trabajadoras, y el auto-cuidado de las madres como cuidadoras.

3.2. La agencia investigadora de las madres trabajadoras

Los procesos de maternidad de las mujeres españolas han sido y siguen siendo muy vulnerables tanto en contextos androcéntricos de corte católico-militar (dictadura) como de corte liberal-mercantil (democracia) porque vulneran sus respectivos patrones normativos sobre la constitución de la naturaleza humana; además la influencia del primero sigue hoy anclada y muy activa en espacios de socialización públicos y privados. Así, la maternidad *fisiológica* vulnera tanto al patriarcado católico-dogmático anclado políticamente en un *determinismo biologicista* que cosifica teológicamente la biología humana: “el ser humano nace ya hecho” de padre-creador divino y de cuerpo femenino asexual e inerte, como también vulnera al patriarcado ilustrado-liberal anclado políticamente en un *determinismo culturalista*: “el ser humano no nace, se hace” de padre-patrón cultural.

Existe ya abundante evidencia empírica que demuestra que el ser humano no sólo nace y se hace, si no que *corporalmente* sigue haciéndose al nacer, en realidad antes, durante y después del parto. En ese sentido podemos afirmar que la maternidad patriarcal entendida como un proceso de *madresposamiento intervenido*, es *castrante* para las mujeres al ser radicalmente contra-intuitiva y contra-empírica con respecto a la fisiología de la maternidad, que es el gran tabú sexual que se reproduce en el patriarcado militar, católico y liberal, y como tal continúa siendo objeto de un obsesivo intervencionismo mediante innovadoras tecnologías.

Cada mujer gestante supone una situación de embarazo *embarazosa* patriarcalmente, y cada parto-nacimiento fisiológico de una mujer parturienta de una criatura, constituye una amenaza porque puede desnudar, si no se controla, las mentiras en las que se *escuda* el patriarcado. De ahí que la maternidad sea un proceso intervenido patriarcalmente de forma sistemática desde su origen mediante un continuo, denodado y renovado despliegue en la producción y reproducción de normas escritas y no escritas, que no tendrían sentido si no tuvieran la intención de contrarrestar o neutralizar la emergencia de tanta evidencia contraria. La maternidad es vulnerable porque *vulnera* la hegemónica ley patriarcal que postula el origen y fundamento civilizador en la autoridad del padre como único o preferente creador-autor del mundo y de los ámbitos considerados importantes de la vida social.

La maternidad es un proceso secuestrado patriarcalmente con el objetivo de interferir y someter su *vulneradora* capacidad de auto-regulación bio-socio-cultural. Siendo vitalmente imposible que el secuestro cultural de la potencialidad fisiológica de la maternidad no deje *vestigios corporalmente* en las madres, se remacha su custodia, se pontifica y dictamina sobre los embriones al margen de ellas, se anestesian sus cuerpos y se bloquean los recuerdos para que no se active su memoria corporal.

En las sociedades *avanzadas* tecnocráticamente se ha *avanzado* todavía más en la dirección de desacreditar políticamente e inhabilitar científicamente a las madres cuando narran sus experiencias de maternidad consideradas con frecuencia demasiado *íntimas, embarazosas, confusas, esencialistas, sentimentales, insignificantes*; narraciones de experiencias tan sutiles y llenas de matices y contrastes, que suelen cuestionar no sólo los discursos normativos estereotipados de origen católico o catódico, sino también el modelo-patrón científico que valida (e invalida) cómo debe ser narrada la agencia investigadora de la realidad social.

Las narrativas de las madres son cada vez más necesarias para poder recuperar la agencia investigadora que de hecho desarrollan en el trabajo de cuidados de la vida: narrativas que requieren y promueven el desarrollo de otra ciencia humana en la que las experiencias de las madres sean incluidas en la “*experiencia como madre de la ciencia*”.

La maternidad es con gran probabilidad la relación social en la que hoy se suele generar mayor *predisposición* a la empatía social para comprender, acompañar y orientar hacia el bienestar mutuo, los cruciales y necesarios ciclos de apego y desapego entre quienes cuidan y quienes son cuidados/as, en los espacios y tiempos más vulnerables de la vida no sólo de las mujeres, quienes deciden su primera maternidad a edades cada vez más adultas –la edad media se acerca a los 32 años en España-, sino sobre todo de los bebés humanos que nacen más inmaduros que el resto de los mamíferos y por ello más vulnerables y dependientes del vínculo materno como vínculo con el entorno socio-ambiental, siendo la relación con sus madres la que suele generar el espacio de interacción y observación social más cercano y comprometido con la evolución de sus necesidades y demandas de cuidado como criaturas en desarrollo desde el inicio de sus vidas.

Unos cuidados a menudo desplegados contra todo tipo de obstáculos y con un coste vital tan obviado como injusto y desproporcionado para las madres, pues la vulnerabilidad que experimentan pone en evidencia otro aspecto que es clave para comprender por qué es preciso redefinir su estatus epistemológico como sujetos de ciencia y el de la maternidad como proceso de investigación.

La maternidad lleva asociada una predisposición sexual de apertura cognitiva (reconocimiento) y adaptación emocional (acoplamiento) a las

necesidades básicas de cuidado en condiciones de interdependencia para la individualización de una nueva vida. Es una predisposición tan *específica* (especie) como *genérica* (género), una dotación heredada fisiológicamente como especie y una donación cultural aprendida socialmente como género, cuya auto-regulación se hace más evidente cuando las mujeres logran librarse, liberarse o zafarse en cierta medida de las intervenciones clericales y tecnocráticas, y parir (concebir, gestar, criar) con más libertad y menos miedo, por vivir en contextos sociales y culturales más favorables a la auto-regulación biosocial o menos proclives al intervencionismo *experto* desde las fases más tempranas, cruciales y estratégicas de la relación madre-criatura.

En un nuevo escenario histórico en que la maternidad se plantea como una opción transformadora, pueden y deberían promoverse las condiciones (económicas, educativas) para que el trabajo de cuidados de las madres sea reconocido como un proceso de investigación en sí mismo, impulsando y dando visibilidad a la vez a la agencia investigadora de las madres en los cuidados que realizan.

Las madres interactúan, observan e interpretan el comportamiento de sus hijo/as desde bebés, y de modo más o menos consciente, ponen en valor práctico el conflicto cultural entre modelos de socialización humana basados en la promoción de la interdependencia o la independencia como característica básica y valor fundamental de lo humano a través del modo en que cuidan del vínculo materno-filial. Y es aquí donde la visión y la narración de los cuidados prenatales, natales y posnatales de las mujeres gestantes, parturientas y lactantes pueden aportar de forma diferente otros posibles sentidos en transformación acerca de la dialéctica civilizadora de dominación e (in)sumisión humana.

Los cuidados de las madres desde el inicio de la relación con su hijo/a están inmersos en un proceso de investigación del vínculo sobre el terreno, un trabajo de campo que requiere la puesta en acción de actitudes, habilidades, acciones y resultados que el paradigma científico emergente para el desarrollo de una ciencia con conciencia (Morin, 1985) requiere hoy de toda persona que investigue sobre la compleja realidad social. Las madres aprenden a desarrollar, porque están predisuestas a ello, habilidades muy valoradas hoy en la producción social del conocimiento, y en particular en la producción científica del conocimiento social, pero que se obvian y devalúan si guardan relación con los procesos de maternidad de las mujeres.

De hecho, el trabajo de cuidados de maternidad pone en acción un juego de espejos cognitivos y afectivos configurador de la sociabilidad humana, en donde la inteligencia emocional, la explícita implicación participante en los objetivos del proceso, el difícil equilibrio entre compromiso (apego) y distancia (desapego), la relación reflexiva entre el sujeto (madre) y el objeto (la criatura; la relación madre-criatura; el cuidado de la relación

madre-criatura), la vulnerabilidad entendida aquí -en uno de sus polivalentes sentidos- como apertura crítica hacia el ensayo-error en la observación de la realidad (las necesidades y reacciones de la criatura en la relación con ella y el entorno), la reflexión continua en un proceso de aprendizaje permanente sobre la naturaleza cambiante de la relación entre el sujeto y el objeto, la autocrítica y la evaluación permanente de los resultados por parte de la comunidad.

En la práctica los procesos de maternidad desde sus inicios son procesos de aprendizaje e investigación pero que están sometidos a una gran presión cultural patriarcal que suele despreciarlos como tales y los somete a continuas exigencias y severos juicios críticos que tergiversan la comprensión de la ambivalente vulnerabilidad que los caracteriza, asociándolos con inseguridad e incapacidad, hasta despojar de reconocimiento político, valor cultural, estima social y autoestima lo que en otros campos formativos y laborales se llega a considerar criterios y manifestaciones aptos para optar a la acreditación profesional o al reconocimiento de su excelencia.

Hoy contamos con indicios y motivos suficientes que justifican la conveniencia colectiva de reflexionar sociológicamente acerca de la relación entre ciencia y maternidad, y de replantear políticamente el estatuto científico de las madres a partir del reconocimiento de que los procesos de maternidad son procesos de investigación *ad hoc*, en que el trabajo de cuidados de las madres no puede quedar reducido al de informantes principales al servicio del desarrollo de un sistema de expertos fundado en la desvalorización de la autoridad cognitiva y emocional de sus experiencias como madres, observando si la conducta de la criatura y la suya propia se ajustan o no a los mandatos de género *patriarcapitalista*, a sus códigos morales y sus protocolos clínicos, escolares o cívicos con objeto de evaluar sus necesidades y orientar los cuidados de sus hijos/as desde una dominante relación externa y jerárquica.

Considerar a las madres en el mejor de los casos como *informantes principales* para la evaluación externa del proceso de trabajo de cuidados de sus hijos, como se ha venido haciendo hasta hace pocos años de forma generalizada, es sustantivamente distinto de reconocer su agencia investigadora en el principal escenario social para el cuidado y el re-conocimiento -simultáneos- de las condiciones en que se constituye originalmente la especificidad de nuestra humanidad.

Se trata de un escenario en el que el trabajo de cuidados de las madres requiere la puesta en práctica de los objetivos y las habilidades básicas que tienen que acompañar cualquier proceso de investigación de la realidad en cuanto que implica *inmersión en los vestigos (in-vestigar)* implícitos y ocultos a la mirada ajena, unos cuidados que se generan en la encrucijada social humana actual más dramática como cruce de caminos en el que se encuen-

tran y desencuentran las dos herencias (biológica y cultural) en que se constituye toda vida humana, y de cuyas principales y radicales escenas las madres son las únicas protagonistas en relación a sus hijos/as porque *experimentan corporalmente* (guardando conciencia de ello si no se la bloquean) el crucial encuentro o desencuentro social entre su herencia biológica y su herencia cultural. Puede que se trate del más cercano *big-bang* del origen de la vida (humana) en el que la ciencia orientada al descubrimiento de lo más importante para la conquista del espacio, desperdicie y desprezice lo que de verdad importa a los seres humanos en sus tiempos de vida.

Las madres trabajadoras son el colectivo humano que encarnan y representa de forma más masiva e intensa esta encrucijada humana, para las que hoy no hay tregua en las democracias formalmente representativas como la española, sometidas a las dinámicas mercantiles, familiares, estatales y europeas, en las que se van haciendo más visibles los conflictos de legitimación que generan los cambios normativos orientados a promover la participación de las mujeres en el modelo hegemónico reproductivo, de criaturas, bienes y servicios, de cuya grave crisis dan cuenta de muy diversas y complejas maneras la insumisión de las mujeres españolas con respecto a sus decisiones de maternidad desde mediados de los años setenta.

La individualización alcanzada por las mujeres de hoy al tiempo que posibilita la libre elección de la maternidad, está en dramática tensión entre la necesidad de autonomía económica y el deseo de trascender su individualidad para crear y cuidar del vínculo social con una nueva vida. La tensión entre individualización y vinculación social, está en el origen fundacional de la mejor teoría sociológica desarrollada para orientar la transformación social hacia el bienestar colectivo. Es también la tensión social cotidiana que *corporal-mente* viven las madres con las que he compartido diferentes grupos y aforos durante los doce años que llevo investigando y participando en la transformación social de la maternidad en la sociedad española.

Las mujeres al hacerse madres no se hacen científicas, pero son quienes cuentan con las únicas y las mejores bazas –si tuvieran reconocimiento cultural, acompañamiento social y libertad personal- para construir y desarrollar conocimiento científico sobre la complejidad del trabajo de cuidados de maternidad como proceso social entre la biología y la cultura. Reconsiderar en profundidad el valor de su relación con la producción de conocimiento social -y el científico entre ellos-, no sólo es necesario para evitar injusticias y desigualdades de género, sino por la urgencia que nos plantea la crítica situación mundial en el año 2012 de volver a investigar en acción participativa las interdependientes condiciones bio-socio-culturales originales en que se constituye nuestra *humanimalidad*, condiciones que continúan sepultadas bajo la androcéntrica erección científica y económica de las instituciones políticas, sociales y culturales actualmente hegemónicas y gravemente enfermas.

Es preciso continuar reformulando conceptualmente la investigación social mediante el debate teórico entre las diferentes perspectivas feministas críticas y las múltiples voces de las madres trabajadoras con objeto de comprender mejor no sólo los cambios en las relaciones de género entre hombres y mujeres relativos a la sostenibilidad y el estatuto del *trabajo de cuidados realizados y recibidos (o no)* en la vida cotidiana, sino también para centrar la reflexión sociológica sobre la deseabilidad o no de los cambios habidos y promovidos con respecto al reconocimiento político y económico de sus *principales valedoras y hacedoras*, las madres trabajadoras, quienes continúan siendo *ninguneadas como colectivo por el núcleo duro-hegemónico de las políticas públicas científicas (educativas) y económicas (laborales)*.

Preguntar a las madres aprendiendo a escucharlas, es quizás hoy un objetivo menos suicida y menos matricida, a la vez que es un método más vivo para repensar los fragmentados y olvidados fundamentos sociales de lo humano en la encrucijada crítica global en la que nos hallamos todos los habitantes del planeta, si queremos participar en recuperar más colectivamente desde su origen el bienestar anhelado y perdido. Cuando miramos hacia los países nórdicos de Europa y reconocemos su aventajado modelo de bienestar social, debemos considerar si el hecho de que sus matronas hayan simultaneado en sus empleos el trabajo de cuidados y la investigación científica desde tiempo atrás, está relacionado con el estatuto científico alcanzado por las experiencias de las madres en el trabajo de cuidados y el estatuto político general alcanzado por las mujeres madres.

4. Corresponsabilidad de género en el trabajo de cuidados

En nuestra cultura, la maternidad es un trabajo, la paternidad un hobby. (Stadlen, 2010).

4.1. Corresponsabilidad materna y paterna en equidad y empatía

A lo largo de este capítulo he centrado el análisis de la maternidad dejando estratégicamente su relación con la paternidad para este último apartado, porque la maternidad requiere de más estudios que la aborden de forma singular, además de su relación con la paternidad, con objeto de profundizar en la descripción de algunas de las dimensiones empíricas que han per-

manecido más ocultas, en gran parte debido a obnubilación que la sobrevaloración cultural de la paternidad, pese a su generalizada ausencia del trabajo de cuidados cotidianos, vierte sobre la maternidad, infravalorándola culturalmente a pesar de su masiva presencia en el trabajo de cuidados en la vida cotidiana.

Si la investigación sobre la situación actual de las madres trabajadoras es compleja, en gran parte se debe a que las normas y prácticas que regulan las relaciones sociales entre las maternidades y las paternidades actuales están minadas de asimetrías y contradicciones.

Durante los primeros años de la transición española las mujeres más activistas vieron claro que necesitaban habitar y promover espacios sociales públicos paralelos *unisex* y *mixtos*, entre mujeres, entre mujeres y hombres, y entre hombres. En principio urgía la habilitación de espacios en que las mujeres pudieran reunirse entre ellas y hablar lo más abiertamente de sus experiencias personales de alienación, marginación o maltrato social, así como de sus deseos de liberación y estrategias de cambio colectivas.

Para ello fue necesario neutralizar la interferencia que generaba la presencia de los varones en los debates sobre la estrategia a seguir para recuperar los derechos de las mujeres secuestrados por el nacional-catolicismo de la dictadura franquista, debates que con frecuencia resultaban bloqueados por las reacciones ofensivas o defensivas de los hombres ante lo que percibían como una agresión personal hacia su egocéntrica identidad masculina, sin llegar a comprender la necesidad histórica que tenían las mujeres españolas de reunirse en un espacio social público de libertad -del que continuaban siendo *privadas*- en que sus voces pudieran ser expresadas, liberadas, escuchadas y articuladas por el movimiento social de mujeres.

En los primeros años de la transición se hizo evidente la necesidad de defender la organización de encuentros colectivos entre mujeres en el ámbito público sin la presencia de hombres para que las mujeres pudieran expresar sin tapujos sus dificultades y estrategias ante el machismo de sus compañeros de luchas sindicales y políticas, o de sus maridos y otros familiares. Más tarde se fue haciendo más evidente no sólo la necesidad de trabajar conjuntamente mujeres y hombres, sino también la necesidad de promover espacios sociales sólo de hombres, con objeto de reconocer por separado e ir superando cooperativamente la pervivencia de actitudes de sumisión y dominación patriarcales de unas y otros.

Asimismo la realidad actual de las *madres trabajadoras* -y de la investigación sobre ellas- requiere de la creación y habilitación de espacios sociales públicos en los que sus procesos de maternidad ocupen el centro y el protagonismo de los debates, sin que la presencia de los padres inhiba la expresión de sus vivencias por el temor de herir los sentimientos de sus parejas, o que su presencia escore en exceso o completamente el debate hacia la falta de implicación de los padres en el trabajo de cuidados.

Son necesarios los espacios sociales en que las madres trabajadoras afronten las motivaciones y consecuencias, las responsabilidades y los compromisos, los deseos y los miedos de sus propias decisiones e indecisiones de maternidad, más allá y más acá del lugar más comúnmente problematizado y en absoluto resuelto que señala la maternidad como una desventaja competitiva con los hombres relativa a las posiciones de las mujeres en el mercado o la administración, y a sus discriminadas trayectorias socio-profesionales para normalizar su presencia en el espacio social público.

La maternidad y la paternidad son procesos sociales mutuamente referenciales que se definen en primera instancia con respecto a los hijos y las hijas, pero en segunda instancia, su estatuto normativo y sus experiencias están condicionadas recíprocamente, no sólo por la evidencia de que la reproducción de nuestra especie es heterosexual, sino también porque la familia patriarcal basada en la distribución sexual asimétrica del trabajo reproductivo de cuidados gratuitos y el trabajo productivo remunerado, ha sido la institución celular de la moderna sociedad patriarcal.

La mayoría de las mujeres españolas menores de cuarenta años declaraba en el año 2003 preferir el modelo familiar de dos sustentadores y cuidadores principales, en el que ambos trabajan en los cuidados domésticos y tienen un empleo remunerado, y recientemente se adscriben a esa opinión la mayoría de la población española (CIS, 2003, 2011). Sin embargo, como en otros temas, los ideales y las prácticas familiares de la población española presentan una considerable brecha debido a las contradicciones entre los valores *proclamados* en declaraciones ideales y los observables comportamientos sociales cotidianos *efectivos*. De hecho, la maternidad y la paternidad son procesos sociales jalonados por una secuencia que parece interminable de encuentros y desencuentros entre hombres y mujeres.

En la ley para la igualdad efectiva de mujeres y hombres (2007) “*que nace con vocación de erigirse en la ley código de la igualdad entre hombres y mujeres*”, la regulación de los permisos independientes e intransferibles de paternidad no canjeables con los de maternidad, constituye una de las medidas más novedosas en la sociedad española para promover la implicación de los padres en el trabajo de cuidados de los y las hijas, medidas que siendo necesarias, han requerido una intensa presión social y hasta la fecha resultan insuficientes y bastante ineficientes.

La corresponsabilidad de género materna y paterna en el trabajo de cuidado de los hijos y las hijas en las tareas domésticas y extra-domésticas, es una necesidad social y una demanda política que está en la base de las políticas de igualdad entre hombres y mujeres. Es también el correlato necesario de la participación de las mujeres en el mercado de empleo y en las responsabilidades públicas.

En principio, pocos dudan de que la corresponsabilidad de género en los cuidados de la vida desde sus orígenes, sea uno de los más importantes objetivos estratégicos, un medio y un fin a la vez, para la transformación social de raíz del modelo político de organización social de bienestar humano. Sin embargo, a pesar de los cambios normativos e ideológicos para la promoción de la implicación de los padres en el trabajo de cuidados, los avances reales han sido escasos, pues continúa siendo una de las fronteras culturales y de las resistencias sociales más difíciles de cambiar.

El diferente compromiso de las madres y los padres con los cuidados sigue anclado en la desigual distribución de la carga global del trabajo en la familia. La corresponsabilidad de género en el trabajo de cuidados es vicaria del modelo de socialización hegemónico y las prácticas educativas desde la infancia y la adolescencia en los aspectos formales e informales en los ámbitos familiares y escolares. La *coeducación* (Simón, 2010) está muy lejos de ser una práctica social en la mayoría de las familias y las escuelas, pues requiere de algo previo que todavía sigue ausente de las políticas públicas: el reconocimiento equitativo del valor del trabajo de cuidados realizado masivamente por las *madres trabajadoras*.

Y la trampa ideológica es la de *saltarse* las medidas políticas necesarias para el *reconocimiento* de la centralidad social de dicho trabajo y priorizar la estrategia en que los varones compartan de hecho tales tareas *sin ese reconocimiento político-económico y científico previo a sus históricas protagonistas*. Y esa es una de las mayores incongruencias *sistémicas* de las políticas públicas que nos remiten a los fundamentos del patriarcado: *la negociación radical de la autoridad materna que hace crecer el agujero negro en que son succionados los pasos (políticas públicas a contratiempo) que se dan hacia la igualdad humana*.

Sin el reconocimiento del valor del trabajo de cuidados de la vida desde sus orígenes, realizado por las madres, no es posible recuperar, dignificándola, la memoria histórica colectiva de la que las madres han estado y siguen estando excluidas. Se trata de una cuestión de equidad entendida como igualdad en el justo tratamiento de la importante contribución diferencial de las *madres trabajadoras* hasta el presente. Sin saldar la deuda histórica con las madres trabajadoras –para lo que la delirante sublimación histórica religiosa sí constituye un obstáculo–, y por tanto sin sanar la memoria histórica colectiva, las conductas cotidianas de los varones no van a encontrar el anclaje cultural necesario para su transformación colectiva en la línea de implicarse en unas tareas que siguen desprestigiadas socialmente, despreciadas culturalmente y generan marginación y vulnerabilidad económica a quienes las llevan a cabo.

La orientación predominante de las políticas de igualdad en las actuales coordenadas neo patriarcales y neo capitalistas al contribuir a la repre-

sentación social de la maternidad como un contratiempo para el empleo mercantil representado como medio y fin prioritario del tiempo de vida de la ciudadanía de las mujeres para igualarse a los hombres, está poniendo una cortina de humo sobre lo que con toda probabilidad contribuye a la desesperanzada creencia en la inevitabilidad del patriarcado: el matricidio como criminal secuestro de la menospreciada maternidad.

La cuestión es *cómo lograr que la maternidad deje de ser vivida cotidianamente y representada políticamente como un contratiempo*, sin renunciar a la estratégica promoción de los derechos laborales y económicos, y las oportunidades profesionales de las mujeres -con y sin hijos/as- con objeto de que participen paritariamente con los hombres -con y sin hijos/as- *en todas las posiciones y decisiones de las instituciones y empresas públicas y privadas*.

El hecho hipotético que los padres compartieran ese *contratiempo* de cuidar cotidianamente a los hijos corresponsablemente con las madres al implicarse en todas las tareas concernidas al respecto, puede que lo aliviara, como de hecho ocurre en algunos casos particulares, pero no sería la solución para la mayoría de las situaciones, en que se recurre a los servicios *de otras mujeres madres trabajadoras más pobres* que tienen que vender su tiempo de vida para hacerse cargo de los trabajos de cuidados de las clases más pudientes.

Confiar en que si los varones se implican en el trabajo de cuidados domésticos la valoración de éstos últimos cambiará, es querer rehacer la casa por el tejado manteniendo los cimientos podridos, pues los varones de todas las clases sociales que pueden evitarlo lo hacen llevados por una lógica social consciente o inconsciente pero estratégicamente impecable: ¿para qué implicarse voluntaria y presencialmente en un trabajo de cuidados de la vulnerabilidad humana -población menor, enferma o mayor- si el hacerlo conduce de forma constatada a quedar relegado a las posiciones socioeconómicas y culturales más vulnerables?.

Se mire por donde se mire, es preciso reconocer el valor político y económico del trabajo de cuidados que han realizado y continúan haciendo las *madres trabajadoras*, estén o no estén empleadas, sin que se siga contrargumentando que ello que las disuade de permanecer, incorporarse o reincorporarse al mercado de trabajo. Si el estatuto político, económico y científico del trabajo de cuidados que realizan las madres trabajadoras resulta reconocido y acreditado laboralmente como un trabajo socialmente necesario y remunerado, ¿quién seguiría pensando que el tiempo dedicado a la maternidad -y a la paternidad- es una rémora y no una experiencia de aprendizaje e investigación que puede cotizar al alta como trabajo al servicio de la comunidad y no sólo de los beneficios comerciales de las élites?.

La relación entre equidad y empatía (Rifkin, 2011) desempeña un importante papel de la comprensión de la corresponsabilidad materna y paterna en el trabajo de cuidados de la vida.

Si la equidad es la igualdad en el reconocimiento justo de la diferencia, la maternidad como hecho social es acreedora de un reconocimiento equitativo, que no puede pasar por alto el hecho de que la maternidad fisiológica de las mujeres, cuando es culturalmente reconocida y socialmente cuidada, genera yacimientos de intensa empatía entre madres y criaturas, como la investigación científica clínica más reciente está demostrando. Los procesos de maternidad auto-regulados son procesos *bio-socio-culturales que generan corporal-mente* modelos de relación social donde las necesidades del otro/a y la complacencia mutua encuentran una predisposición neurobiológica que actúa como base para el pegamento social de la vida humana. Se trata de lo que tantos y tantas siguen llamando *amor* (Odent, 2001).

La empatía por tanto no es meramente un concepto, es también una *predisposición* humana neurobiológicamente heredada que capacita para meterse en la piel o ponerse en el lugar de otra/o *sin perderse*. Y en esto último interviene también estratégicamente en un sentido u otro, empoderando o incapacitando, nuestra herencia socio-genérica que en las coordenadas patriarcapitalistas hasta hace poco hegemónicas, ha condicionado a *los varones para no perderse* a costa de inhibir su predisposición neurobiológica a la empatía, y a *las mujeres a perderse* a costa de confundirse empáticamente con el otro (marido, hijo/a, los otros en general) y por tanto perder su autonomía.

El reconocimiento de la maternidad como un yacimiento clave de empatía humana, no asume el estereotipo de que todas las mujeres sean empáticas por naturaleza, ni que todos los hombres estén incapacitados por la misma para la empatía, sino que la interrupción socio-cultural de la empatía con la madre es un desperdicio y una pérdida dolorosamente estresante para la criatura, niño o niña, que si bien podrá apegarse a otra relación de cuidados *sustitutoria* con otra persona adulta, *no será lo mismo*. Pero también es una pérdida dolorosa para las madres cuyas necesidades emocionales en este sentido han sido menos reconocidas científicamente a costa de la sublimación de unas obligaciones impuestas.

La ausencia de madre es, fisiológica y culturalmente, una pérdida de nuestra potencial plenitud *humanimal*, que sin duda puede repararse. Los hombres que de niños han tenido empatía *primal* con sus madres, pueden llegar a estar más predisuestos a la cercanía empática en sus relaciones sociales y la resolución de los conflictos emergentes de las mismas. A su vez para que los hombres asuman sus responsabilidades como ciudadanos cuidadores, la paternidad ofrece un escenario incomparable de motivaciones hacia ese despertar.

Si bien son los hombres quienes deben de plantearse cómo pueden hacer coincidir el despertar de sus anhelos de empatía con las necesidades y anhelos de las madres y las criaturas, las siguientes reflexiones pueden

orientar tanto el debate como la comprensión acerca *del ritmo y el modo* en que se manifiesta la corresponsabilidad de los hombres en los cuidados de paternidad:

- 1) La legislación no puede por sí misma lograr el cambio social efectivo *-la sociedad no se cambia por decreto-* si bien promueve la acción social colectiva hacia un fin dotándola de incentivos y sanciones. Para motivar que los hombres asuman la corresponsabilidad de los cuidados de la *población menor, mayor y enferma*, y en general las tareas en el ámbito doméstico, es necesario reconocer el valor cultural, político y económico del trabajo de los cuidados en los ámbitos sociales domésticos, y de quienes hasta ahora lo han venido haciendo. ¿Qué varones desean realizar de forma voluntaria un trabajo que está devaluado y que se asocia con la marginación y la vulnerabilidad social y económica de quienes lo desempeñan como madres trabajadoras?: *socio-lógica-mente muy pocos*.
- 2) La paternidad es sin lugar a dudas la puerta de entrada más importante para la socialización en las tareas de cuidados debido a las implicaciones sexuales conyugales y filiales, materiales, emocionales y morales que tiene de forma inmediata, así como de proyección biográfica y de continuidad reproductora a largo plazo. Cuando la implicación de los hombres en el cuidado de las y los hijos durante la gestación, el parto y nacimiento, crianza y socialización temprana tiende a ser más corresponsable, tiene efectos profundamente benefactores como así lo testimonian madres, padres e hijas/os. Durante esos procesos las madres son una pareja de hecho con sus criaturas, y la necesidad y el deseo más común suele ser que el padre asuma el papel de cuidador de la pareja madre-criatura dada la intensidad erótica que en el mejor de los casos se despliega entre ambas parejas, siendo la relación de la madre y la criatura durante el periodo primal, la prioritaria.

De hecho cuando los padres comprenden el necesario acoplamiento primal entre madre y criatura, inician uno de los aprendizajes más significativos para la redefinición de su virilidad parental protectora equitativa y orientada a una concepción matricial de los cuidados. En ese sentido la presencia del padre es fundamental desde el nacimiento, pero el tipo de cuidados que requieren madres y criaturas son diferentes, que si bien con el tiempo tienden o pueden igualarse o intercambiarse, no es así durante la llamada *exterogestación* en el primer año de vida.

- 3) Tanto la concepción como la gestación y el parto natural e intervenida/o, la lactancia materna como el biberón con leche artificial, mere-

cen el respeto como opciones legítimas en situaciones concretas, pero no son equiparables de forma general por sus diferentes implicaciones en la salud materno-infantil. Sin bien el respeto a cada situación debe hacerse en un marco normativo claro y flexible ante la compleja variedad de situaciones de maternidad y paternidad que hoy se dan, hay que seguir investigando y promocionando lo idóneo para la calidad del desarrollo de la vida humana.

Justo es el derecho de las criaturas a ser recibidas en el entorno-hábitat más idóneo y corporalmente la madre lo garantiza mejor frente a cualquier otro, *siempre que ella quiera, pueda, lo desee, sea consciente, y esté y se sienta apoyada y acompañada*. La concepción es entre dos, hombre y mujer como pareja única; la gestación, el parto, el nacimiento y la lactancia se da fundamentalmente entre la pareja madre-criatura, que pasa a ser temporalmente la pareja de hecho más importante, y en el mejor de los casos será cuidada y abrazada por la pareja conyugal de la madre y/o padre de la criatura, y el personal clínico y red familiar que las sostengan.

- 4) Los permisos de paternidad son necesarios y deben ampliarse pero, al igual que ocurre en otros países con mucha más experiencia y clarividencia en la centralidad pública de este tema, no a costa de congelar la necesaria ampliación de los insuficientes permisos de maternidad como ocurre en nuestro país, ni confundir a la población con la promoción de políticas de igualdad en colisión o detrimento de las políticas públicas de salud materno-infantil.

El cuerpo del padre como hábitat de la criatura, y ésta en su regazo recibiendo o no el biberón, sin duda que tiene efectos benefactores para la criatura, el padre y la relación, cuando ambos, madre y padre, desean que así sea, o cuando la madre no está, no puede o no quiere, pero no como campaña de una igualdad promovida como modelo que hace intercambiables igualando desde el nacimiento la maternidad y la paternidad, y se desentiende de la *equidad* que necesitan las criaturas en el origen y para el resto de sus vidas.

Y en este contexto de equidad de género, sigue reabierto el debate entre feminismo y maternidad, que precisa desarrollar una visión amplia no autoritaria (*la mía es la mejor*) ni relativista (todas valen lo mismo) de las relaciones existentes entre las diferentes maternidades y las diferentes paternidades.

Sigue pendiente reconciliar el derecho a la maternidad como una opción libre de las mujeres con el derecho de toda criatura a ser deseada y cuidada porque se trata de la relación *biosociocultural* entre una mujer más

o menos madura y una criatura que se gesta en su cuerpo según la situación en que viva la madre.

La forma en que la criatura es concebida, gestada, parida al nacer y criada deja intensa huella, condiciona el desarrollo de la conciencia corporal en un sentido u otro, porque la criatura *humanimal* es la que nace más vulnerable e inmadura de todas las especies mamíferas, y necesita el cuerpo de su madre como *hábitat erótico idóneo* para su equilibrada relación de maduración. Y la maternidad como opción transformadora elegida libremente como compromiso de cuidados necesita de reconocimiento cultural –no de sublimación religiosa- y acompañamiento social.

4.2. De la ciudadanía a la cuidadanía en la organización social del bienestar.

Pensemos en dos evidencias históricas y sociológicas relacionadas: a) en el siglo XX se ha destruido la Vida del Planeta más que en toda la historia de la Humanidad anterior, al tiempo que se ha dado la mayor expansión de la protección occidental de los derechos humanos individuales, y b) quienes hoy en nuestras sociedades cuidan a la población menor, mayor y enferma en tanto que población más vulnerable (de la que formamos parte todos y todas en diferentes momentos de nuestro ciclo vital) son las mujeres madres, hijas, hermanas, esposas, abuelas, tías, nueras, cuñadas, sobrinas, nietas, que siguen viviendo en situaciones socio-económicas y de salud deficitarias, a las que llegan y permanecen como resultado de dedicarse precisamente a dichos cuidados.

*Cuidar de la población más vulnerable genera vulnerabilidad social a quienes a ello dedican la gran parte de su tiempo de vida, porque se les niega el equitativo reconocimiento socio-económico que les correspondería culturalmente en un orden social justo, todavía hoy muy alejado de una sociedad cuyas élites siguen condicionando los procesos de socialización y educación humana para la sumisión a la mercantilización capitalista de la vida, a pesar de la emergente *con-ciencia* de la importancia de *los fundamentos olvidados de lo humano*.*

Con todo, la grave crisis que padecemos está siendo una retadora oportunidad para seguir investigando y reflexionando, con mayor urgencia si cabe, acerca de la naturaleza *o-culta* de lo humano, lo que en este texto se aborda en referencia a un proceso apenas iniciado de transformación de la ciudadanía en *cuidadanía*, para cuya comprensión resulta clave la evidencia sociológica disponible sobre la continuidad sistémica entre lo personal, lo

social y lo cultural, es decir, entre naturaleza, individuo, sociedad y cultura, y el papel clave que el *cuidado aprecio o descuidado menosprecio social de y a la maternidad* desempeña en ello.

El modelo dominante de ciudadanía se muestra hoy obsoleto para cambiar el rumbo actual hacia la autodestrucción planetaria porque sigue anclado en *la falsa disociación entre individuo y sociedad*, en un ideal de individuo defendido con independencia de los vínculos que lo constituyen en un proceso de interacción social continua entre su herencia *filogenética* (biología) y *sociogenérica* (cultura).

Defender la independencia o la autonomía de esta última (cultura) respecto de la primera (biología), actuar como si así fuera o como si nuestra biología estuviera totalmente subsumida en la cultura dominante, es una forma de pensar tan falsa y dañina como la contraria, sin otro objetivo que la máxima protección de las libertades individuales al servicio de las elites mercantiles.

El individuo idealizado por la cultura moderna, patriarcal y capitalista, como independiente de la sociedad (*como “un-a-parte” de la sociedad*) se manifiesta patológicamente como un ser fragmentado, portador enfermizo del desencuentro social entre biología y cultura.

La desconexión de nuestra conciencia corporal se inicia dramática e intensamente en los procesos sociales de reproducción sexual y de transformación de las mujeres en madres, y beneficia los intereses económicos de una minoría a costa del deterioro de los vínculos sociales que constituyen nuestra *humanimalidad*. La lógica capitalista *virtual* en que se mueven los intereses comerciales hoy, contribuye a que *el cuerpo como fuente de vida y sede de la experiencia* esté siendo progresivamente secuestrado y suplantado por *una imagen mental de nuestra apariencia corporal*.

Se dice que nunca antes el cuerpo humano fue tan importante, ni tuvo tanta *presencia* en nuestras vidas, cuando en realidad es al contrario, *está como ausente*, y la gran mentira cultural es hacernos creer que el cuerpo humano se reduce a su apariencia. Las mujeres modernas siguen siendo socializadas en la impostura cultural que *o-culta* las rebeldías y alternativas que su atrofiada conciencia corporal generaría de forma saludable –lo sigue haciendo de forma patológica– hacia un modo de vida tan nocivo que las condiciona para que modelen una apariencia según el canon mediático-mercantil si quieren ser (más) reconocidas socialmente, a costa de negar, descuidar y anestesiar la conexión cuerpo-mente y el tejido emocional que la sostiene.

Es necesario ponderar la corresponsabilidad de género para que sea equitativa con nuestra condición humana básica y promueva los procesos de *entrañamiento* que la empoderan frente a los procesos de *extrañamiento* social que la incapacitan progresivamente. Hay todavía mucha sumisión,

mucha rabia contenida, hacia el mensaje cultural (y su respectivo tratamiento social) que sigue programando a las mujeres a parir con (mucho) dolor, y al que hoy se ha sobre-impuesto el mensaje que promueve la anestesia total que *neutraliza* la experiencia viva que lo acompaña. Se sigue confundiendo el dolor con el sufrimiento, se agudizan los *miedos a sentir* la conexión *humanimal* que nos constituye.

Se *o-culta* que las hembras humanas están preparadas fisiológicamente para gestionar el dolor placentero mucho más que para el sufrimiento que lo niega. Una minoría creciente de madres con conciencia de género afrontan un sinfín de contradicciones y dificultades con el deseo de ir *recreando* la erótica con sus dos parejas de hecho en el decisivo origen temprano de la vida: sus criaturas y los padres de sus criaturas cuidando en el mejor de los casos de la pareja madre-criatura en la gestación, parto-nacimiento y amamantamiento.

Los procesos de empoderamiento y de recuperación de la autoridad de las madres están *des-cubriendo* encrucijadas, estrategias y aspiraciones humanas que permanecían *o-cultas* y que son fundamento del cambio de paradigma político de la ciudadanía a la *cuidadanía* frente el riesgo de auto-destrucción al que nos lleva el modelo hegemónico reproductivo de criaturas, bienes y servicios: el *patriarcapitalismo*.

La visión matricial de los ciclos de apego y des-apego previstos filogenéticamente, aunque todavía desvirtuados *patriarcapitalistamente*, proporciona una matriz modélica para los cuidados socio-ambientales como alternativa a los modelos culturales de socialización temprana dominante que promueven un *adulterado* (adulto errado) desapego precoz y generan la adicción compensatoria posterior a través de conductas de compulsivo apego a diferentes objetos o sujetos (dinero, sexo, juego, poder, fama, televisión, internet, sustancias psicotrópicas, pareja, trabajo, tecnología...) tecnocráticamente rentabilizados por las élites financieras.

El proceso de empoderamiento de la ciudadanía de las madres trabajadoras está volcado en la asunción colectiva de la “*cuidadanía*” como modelo de organización social y constituye un referente clave necesario para afrontar las críticas consecuencias socio-ambientales derivadas del desprecio social promovido culturalmente hacia los vínculos que sostienen nuestra maltrecha *humanimalidad*.

En el más urgente que emergente horizonte de transformación cultural para afrontar la crisis actual, se vislumbra un posible salto evolutivo desde el hegemónico modelo de ciudadanía polarizado en la defensa patriarcal de la “*independencia del individuo*” para extremar las libertades y beneficios mercantiles de las elites -y aspirantes a las mismas- de un planeta destrozado con yacimientos esquilados y menguadísima capacidad de autorregulación, hacia una visión matricial de la *cuidadanía* centrada en

el cuidado de la interdependencia de los vínculos socio-ambientales que constituyen nuestra *humanimalidad* genérica como especie viva.

En conclusión, hoy sabemos aunque se siga ocultando que en el desarrollo saludable de nuestra individualización humana interactúan tres niveles de acción social que hay que cuidar y que afectan al conjunto del entramado institucional de la organización social y al imaginario colectivo que la sostiene: 1) el cuidado de la relación madre-criatura (*inter-personal*); 2) el cuidado de la ciudadanía de las madres (*socio-político*); 3) el cuidado del valor material, emocional y moral del trabajo de cuidados (*ético-cultural*).

5. Resumen

A lo largo de este capítulo se ha intentado contribuir *sociológicamente* a desactivar la reiterada y reductora bipolaridad cultural estereotipada sobre la maternidad como proceso social, con objeto de ayudar a comprender mejor su compleja realidad existencial. Así, se han descrito realidades y argumentado razones empíricas sobre puntos de inflexión científico-política con respecto a la maternidad tanto desde las experiencias de las mujeres como desde los discursos normativos culturalmente hegemónicos y socialmente emergentes, que en última instancia nos permiten resaltar los fundamentos éticos de nuestra condición humana y su evolución histórica. Para ello se han desvelado fracturas epistemológicas *ocultas* tras hegemónicos parapetos culturales, y se han planteado propuestas de reconocimiento de las suturas invisibles existentes allí donde se presentan aparentes rupturas impuestas.

En el horizonte cultural del emergente desarrollo de una *ciencia con conciencia* se ha justificado la necesidad de dar visibilidad y promover representaciones culturales de la maternidad como un proceso social basado en una nueva definición del estatuto científico y político de las madres, en el que se reconozca la agencia investigadora que les compete en el trabajo de cuidados, posibilitando así que sus *vivencias* puedan instituirse como *experiencias* en tanto que *con-ciencia* de lo vivido gracias y a través de la construcción social de narraciones políticamente representativas y científicamente válidas tras *haber sido validadas con y por las madres*.

En última instancia se ha querido contribuir a una reflexión científica colectiva orientada a lograr el ecuaníme reconocimiento económico, social y cultural que merece el trabajo de cuidados de maternidad realizado por las mujeres en condiciones históricas cada vez más vulnerables, al tiempo que más necesitadas de una transformación de la ciudadanía en ciudadanía,

orientada fundamentalmente hacia el cuidado de la interdependencia de los *vínculos sociales* que originan y posibilitan el desarrollo saludable de la individualización humana desde el temprano origen del proceso de socialización.

Una **cidadanía** que sitúe los cuidados de la interdependencia social constitutiva de lo humano -como individuos de la sociedad- en el centro de la agenda política y económica, y que transforme las mejores aspiraciones de *libertad en igualdad* y de *respeto a la diversidad* de la ciudadanía moderna, en corresponsabilidad de género para el desempeño del trabajo de cuidados en *equidad y empatía* a lo largo y ancho de los espacios sociales públicos y privados.

6. Bibliografía

Abril, R. (coord.) (2011). Políticas públicas de atención social a la maternidad. Una visión transversal. Valencia: Tirant lo Blanch.

Alberdi, I., Escario, P., Matas, N. (2000). *Las mujeres jóvenes en España*. Barcelona: Colección de Estudios Sociales 4, Fundación "la Caixa".

Aler Gay, I. (2006). *La transformación de la maternidad en la sociedad española 1975-2005. Otra visión sociológica*. Documentos de Trabajo 2/2006; <http://www.centrodeestudiosandaluces.es>.

Aler Gay, I. (2007). El prólogo prohibido: acerca de la experiencia como madre de la ciencia. En M. Jesús Blázquez, (Coor.), *Maternidad y Paternidad Hoy* (pp 11-17). Zaragoza: Prensas Universitarias.

Aler Gay, I. (2008). Sociología de la maternidad como proceso de transformación social en España: 1978-08. En M. Jesús Blázquez, (Coor.), *Maternidad y ciclo vital*, (pp 16-48) Zaragoza: Prensas Universitarias.

Aler Gay, I. (2011). La perspectiva personal, social y de género de la maternidad. *Matronas Profesión*.

Badinter, Elisabeth (2010). *Le conflit: la femme et la mere*. Paris: Flammarion.

Blazquez García, M^a.J. (2010). *La ecología al comienzo de nuestra vida*. Zaragoza: Tierra Ediciones.

Bock, G.; Thane, P. (eds.), (1996). *Maternidad y políticas de género*. Madrid: Cátedra.

Braidotti, Rosi (2004). *Feminismo, diferencia sexual y subjetividad nómada*. Barcelona: Gedisa.
Cabré, M.; Ortiz, T. (eds.) (2001). *Sanadoras, matronas y médicas en Europa. Siglos XII-XX*. Barcelona: Icaria.

Carrasco, C.; Borderías, C.; Torms, T. (eds.) (2011). *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*. Madrid: Catarata.

Centro de Investigaciones Sociológicas (2003). Encuesta Género y Familia. E. 2529.

Centro de Investigaciones Sociológicas (2006). Fecundidad y valores en la España del siglo XXI. E. 2639.

Damasio, Antonio. (2001). El error de Descartes. Barcelona: Crítica.

Damasio, Antonio. (2005). *En busca de Spinoza. Neurología de la emoción y los sentimientos*. Barcelona: Crítica.

De la Concha, Ángeles; Osborne, Raquel (coords.) (2004). *Las mujeres y los niños primero. Discursos de la maternidad*. Icaria: Barcelona.

De Villota, Paloma (ed.), (2008). *Conciliación de la vida familiar y profesional: políticas públicas de conciliación en la Unión Europea*. Madrid: Síntesis.

Dubet, Francois (2010). *Sociología de la experiencia*. Madrid: CIS.

Duran de las Heras, M^a Angeles. (2008). *La contribución del trabajo no remunerado a la economía española: alternativas metodológicas*. Madrid: Instituto de la Mujer.

Duran de las Heras, M^a Angeles. (2012). *Más allá del dinero: la economía del cuidado*. Discurso de investidura como Doctora Honoris Causa por la Universidad de Valencia (9 de marzo del 2012).

Fox Keller, Evelyn (1989): *Reflexiones sobre género y ciencia*. Valencia: Edicions Alfons el Magnànim.

Franco Rubio, G. (ed.), (2010): *Debates sobre la maternidad desde una perspectiva histórica (siglos XVI-XX)*. Barcelona: Icaria.

Galcerán, Marcela. (2009). *Deseo (y) libertad. Una investigación sobre los presupuestos de la acción colectiva*. Madrid: Traficantes de sueños.

Galvez, L., Torres, J. (2010). *Desigualdades. Mujeres y hombres en la crisis financiera*. Barcelona: Icaria.

Galvez, L., y otras (2008): *Aprendiendo a trabajar y cuidar de forma diferenciada: género y capacidad en los jóvenes andaluces*. Sevilla: Fundación Centro de Estudios Andaluces.

Hays, Sharon (1998). *Las contradicciones culturales de la maternidad*. Barcelona: Paidós.

Hoschild, R. (2008). *La mercantilización de la vida íntima. Apuntes de la casa y el trabajo*. Barcelona: Katz.

Haraway, Donna. (1995). *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Madrid: Cátedra.

Ibáñez Alonso, Jesús. (1994). *Por una sociología de la vida cotidiana*. Madrid: SXXI.

Ibáñez Alonso, Jesús. (1991). *El regreso del sujeto. La investigación social de segundo orden*. Santiago de Chile: Amerinda.

Knibiehler, Ivonne; Fouquet, Catherine (2000). *Historia de las madres y de la maternidad en Occidente*. Ediciones Nueva Visión: Buenos Aires.

Lagarde, Marcela (2005). *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. Universidad Nacional Autónoma de México.

Lerner, Gerda (1990). *La creación del patriarcado*. Barcelona: Crítica.

Lipton, Bruce (2010). *La biología de la transformación*. Madrid: La esfera de los libros.

- Meil, Gerardo (2006). *Padres e hijos en la España actual*. Barcelona: Colección Estudios Sociales, Núm. 19, Obra Social “la Caixa”.
- Nash, Mary (2004). *Mujeres en el mundo. Historia, retos y movimientos*. Madrid: Alianza.
- Maturana, Humberto., Varela, F. (2003). *El árbol del conocimiento. Las bases biológicas del entendimiento humano*. Buenos Aires: Lumen.
- Maturana, Humberto., Verden, G. (2007). *Amor y juego. Fundamentos olvidados de lo humano*. Chile: J.C. Sáez.
- Martin Palomo, T. (2010). *Los cuidados en las familias. Estudio a partir de tres generaciones de mujeres en Andalucía*. Sevilla: Instituto Estadística Andalucía.
- Melero-Barberá, J. (1980). *Parirás con placer. La sexología y el orgasmo en el parto*. Barcelona: Kairós.
- Moreno, Amparo. (1989). *Contar la historia a ras de piel*. Barcelona: La tempestad.
- Morin, Edgar (2000). *El paradigma perdido. Ensayo sobre bioantropología*. Barcelona: Kairós.
- Morin, Edgar (1997). La unidualidad del hombre. *Gazeta de Antropología* 13.
- Murillo, Soledad. (1989). *El mito de la vida privada*. Madrid: SXXI.
- Observatorio de Salud de las Mujeres (2007). *Estrategia de atención al parto normal del Sistema Nacional de Salud*. Madrid: M° de Sanidad y Consumo.
- Observatorio de Salud de las Mujeres (2010). *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*. Madrid: M° de Sanidad y Política Social.
- Odent, Mitchell (1990). *El bebe es un mamífero*. Madrid: Mandala.
- Odent, Mitchell (2001). *La científicación del amor*. Buenos Aires: Creavida.
- Odent, Mitchell (2002). *El granjero y el obstetra*. Buenos Aires: Creavida.
- Pazos Morán, María (2009). “Frente a la crisis económica: el papel de la igualdad de género. New Deal global (www.attacmadrid.org)”.
- Pérez Seseño, E.; Ibañez Martín, R. (eds.), (2012). *Cuerpos y diferencias*. Madrid: Plaza y Valdés.
- Prieto, Carlos (ed.), (2007). *Trabajo, género y tiempo*. Madrid: Hacer/UCM.
- Rich, Adrienne (1996). *Nacemos de mujer. La maternidad como experiencia y como institución*, Cátedra, Instituto de laMujer: Madrid.
- Rifkin, J. (2010). *La civilización empática. La carrera hacia una conciencia global en un mundo en crisis*. Madrid: Paidós.

- Rodrigañez, C.; Cachafeiro, A. (1996). *La represión del deseo materno y la génesis del estado de sumisión inconsciente*. Madrid. Nossa y Jara.
- Rodrigañez, Casilda (2008). *La sexualidad y el funcionamiento de la dominación*. Murcia: Ed. Autora.
- Ruiz, Consuelo (2009). *Parir sin miedo*. Madrid: Obstore.
- Sau, Victoria (2004). *El vacío de maternidad*. Barcelona: Icaria.
- Sendon, Victoria. (2002). *Marcar las diferencias. Discursos feministas ante un nuevo siglo*. Barcelona: Icaria.
- Shiva, V. (1995). *Abrazar la Vida. Mujer, ecología y desarrollo*. Madrid: horas y Horas; 1995.
- Simon, E. (2010). *La igualdad también se aprende. Cuestión de coeducación*. Madrid: Narcea.
- Stadlen, Noami (2010). *Lo que hacen las madres. Especialmente cuando parece que no hacen nada*. Barcelona: Urano.
- Tobio, C. (2005). *Madres que trabajan. Estrategias y diferencias*. Madrid: Cátedra.
- Tobio, C.; Agulló, M^a. S.; Gómez, V.; Martín Palomo, T. (2010). *El cuidado de las personas. Un reto para el siglo XXI*. Barcelona: Colección Estudios Sociales Núm. 28, Fundación “la Caixa”.
- Tonucci, Francesco (1996). *La ciudad de los niños*. Barcelona: Grao.
- Valcárcel, Amelia. (1993). *Del miedo a la igualdad*. Barcelona: Crítica.
- Waring, M. (1994). *Si las mujeres contaran. Una nueva Economía Feminista*. Madrid: Vindicación Feminista; 1994.

Capítulo IV.

Experiencias propias vividas y narradas. Escriben madres y padres

Presentación

María Jesús Blázquez García. Bióloga. Catedrática de Biología-Geología. I.E.S. Félix de Azara de Zaragoza. Directora de los cursos de Maternidad de la Universidad de Zaragoza. Cofundadora de la Asociación Vía Láctea.

*Cuando estaba embarazada y ya había entrado en el trabajo de parto, volví a toparme con esa barrera arbitraria entre conocimiento experto e ignorancia. La médica insistía en que era necesario practicar una cesárea porque, según dijo, iba a tener un parto difícil. Yo no había tenido ningún problema previo, me había preparado para el parto natural y me había informado sobre posibles problemas potenciales, incluidas las prácticas médicas inadecuadas. **Sin embargo, en mi calidad de madre, se me negaba la condición de “experta” en partos; ese estatus estaba reservado para la médica.** Yo era el cuerpo ignorante; la médica era la mente sapiente. Cuando pregunté por qué estaba indicada una cesárea, me respondieron a regañadientes que era demasiado mayor, o sea, que tenía 30 años y ese era al parecer un indicador suficiente de la necesidad de la intervención. Pero yo prefería guiarme por mi propio sentido común y me levanté para abandonar la sala de partos. Mi padre me llevó a un hospital más modesto donde se mostraron dispuestos a concedernos a mi criatura y a mí la oportunidad de ser naturales. Tal como esperaba, di a luz sin dificultad y de manera no traumática. (El subrayado es mío)*

Vandana Shiva

Con este relato, Vandana Shiva¹¹ en su libro: Ecofeminismo, relata su experiencia en el parto. La barrera a la que hace referencia, se ha ido creando a lo largo de los tiempos, como se puede comprobar estudiando la historia de la Medicina. Los mitos y desatinos en relación con el parto y el nacimiento, han sido consecuencia de la toma de decisiones sin ningún criterio científi-

co, aunque se tomaron en nombre de la ciencia. Algunos ejemplos. Acostar a la mujer para el parto. La separación de las madres y sus criaturas con el invento de la incubadora. La fabricación y uso de la leche artificial. El invento y el uso del fórceps. La práctica de la episiotomía... etc.

Las grandes declaraciones internacionales de la OMS, como las Recomendaciones sobre los derechos de la embarazada y el bebé en el parto (1985), y los Diez Pasos para una Feliz Lactancia Natural (1989). Y en España, con La Estrategia de atención al Parto Normal en el año 2007, iniciativa del Ministerio de Sanidad, a través del Observatorio de Salud de las Mujeres. Han contribuido, a la recuperación del protagonismo de las mujeres, sus bebés y familias y a respetar la fisiología del parto y el nacimiento.

La fuerza impulsora de esas grandes declaraciones, siempre ha partido de las mujeres y de aquellos profesionales que han tenido la mejor escuela, mediante la observación activa, pero pasivos, expectantes y con respeto del ritmo fisiológico que permite la autorregulación del proceso.

Después de acompañar un parto y un nacimiento fisiológicos, todo cambia, se da una «reconversión» y se recupera la confianza en la capacidad de la mujer para parir y de la criatura para nacer. Sin embargo, cuando se desconoce la fisiología del parto y solo se tiene como referente lo patológico, se trata a todas las mujeres como incapaces de parir.

Marsden Wagner, ante la pregunta ¿Cómo y cuándo cambió su percepción del parto y el nacimiento? Respondió: «*El no haber visto nunca un parto natural es el problema*». Y confesó que tuvo una formación médica ortodoxa científica y que al incorporarse a la OMS como máximo responsable del área materno infantil, conoció a una matrona que le invitó a acompañar un parto en casa; era la primera vez que él veía a una mujer pariendo plena, poderosa y con fuerza. Y expresó «*sentí miedo de tanto poder, no fui el mismo después, algo había cambiado en mi*».

La investigadora sueca, Kerstin Uvnäs Moberg, y su equipo de investigación del instituto Karolinska, formado por un grupo de diez mujeres madres que han disfrutado personalmente de la experiencia de dar a luz, se ha dedicado durante muchos años a investigar sobre la oxitocina, y en su libro: *Oxitocina. La hormona de la calma, el amor y la sanación*, dice, que su experiencia como madre de cuatro hijos, durante el embarazo y la lactancia le permitió descubrir un estado diametralmente opuesto al del estrés de su

11 *Vandana Shiva (India) Física, filósofa, ecologista y feminista. Premio Nóbel Alternativo, líder del Internacional Forum on Globalization, dirige la fundación para la Investigación Científica, Tecnológica y Ecológica de la India, es una de las pioneras de la protección del medio ambiente.*

vida anterior. Sus investigaciones sobre la oxitocina confirmaban lo que había experimentado como madre, un estado de calma y contacto, muy diferente al del reto, la lucha competitiva y la búsqueda del éxito.

Es indudable que la observación directa y el autoconocimiento es el mejor impulso para la investigación y además, la persona que observa influye en los resultados. Según han determinado recientes investigaciones realizadas por físicos franceses, los fotones se comportan como onda o partícula según el observador. La física cuántica nos da claves para ampliar nuestra percepción, abandonar nuestra rigidez y abordar la realidad desde múltiples perspectivas.

Durante el siglo XX se han hecho las investigaciones en relación con el parto y el nacimiento, partiendo de preguntas en negativo, por ejemplo cómo eliminar el dolor o el miedo, olvidando hacerlas en forma positiva, para conocer cuáles son las necesidades básicas de las mujeres y del recién nacido. La mejor forma de conocer dichas necesidades, es dando la palabra a las madres y a los padres, que también ponen la voz en nombre de sus criaturas.

En el presente capítulo se ofrece una recopilación de relatos de vida, en los que se pretende mostrar, desde la libertad de la subjetividad, la autenticidad de las vivencias personales que han experimentado mujeres y hombres, en diferentes momentos de su maternidad o paternidad. Con la finalidad de aportar datos, claves y observaciones, sobre prácticas que se realizan en los centros sanitarios de nuestro país, tanto las buenas como aquellas que conviene abandonar.

En bastantes ocasiones he presenciado, las reacciones de las personas asistentes a los cursos de formación en lactancia materna, cuando al final, en la parte titulada «papel de las madres», se daba paso a la presentación de sus experiencias. La reacción de las asistentes al curso es de máxima atención y respeto, se hace un silencio revelador de la fuerza que tiene la palabra cuando brota desde el sentimiento y la vivencia. Las conclusiones ante el sentir de las madres, por parte de los profesionales, requieren un trabajo de aceptación profunda, para reconocer que las prácticas que se han estado realizando a lo largo de los años, con la mejor de las intenciones, eran malas prácticas, pero así las aprendieron en las universidades y en la práctica diaria.

Hay graves carencias en el currículo; se dedican muchos años al estudio de enfermedades y poco o nada al de la salud. Es muy diferente el concepto de curar y el de cuidar. Y parir, nacer, amamantar y criar, son actos fisiológicos saludables.

También las madres y los padres, tienen ante sí el reto de la reconversión de aquello que experimentaron como una derrota, con frustración por no tener el parto soñado o no amamantar lo deseado...; es una gran oportunidad de aprendizaje, no solo desde la humildad y la aceptación, que también, sino de sabiduría.

Las experiencias de partos, nacimientos y crianzas saludables, son actos íntimos que transforman para siempre la vida de las familias y tienen consecuencias favorables para toda la sociedad.

Ante la invitación lanzada a través de la Asociación Vía Láctea¹², la respuesta de las personas que han escrito sus experiencias, ha sido inmediata, generosa, sincera y valiente. Con ello han querido demostrar su gratitud y reconocimiento hacia el Observatorio de Salud de las Mujeres, por facilitar un espacio abierto, tanto al rigor como a la evidencia científica. Un espacio, en el que las mujeres madres hemos estado presentes tal y como somos, como expertas en Maternidad.

12 *Vía Láctea, nació hace más de 25 años en Aragón, con la finalidad de recuperar la autenticidad básica de la maternidad, dignificarla y restituirla a la Humanidad con el reconocimiento social que merece. Vía Láctea, es la primera asociación española creada para estos fines. Comenzó con la ayuda de madre a madre, mediante encuentros y atención telefónica, han atendido más de dieciséis mil llamadas de madres. Editado materiales, organizado cursos de Maternidad en la Universidad de Zaragoza. Y desde hace 12 años, el programa de Maternaje, presta atención psicosocial a madres.*

Vía Láctea nace del impulso que brota en cada mujer madre que pare y amamanta con libertad y gozo. Y de la energía multiplicada del funcionamiento conjunto, de las mujeres madres y de los hombres padres, en red para cambiar el mundo...

La ayuda de madre a madre, produce una transformación, aproxima y hace valorar los cuidados y afectos por encima de la productividad y la lucha competitiva de esta sociedad.

En ningún instante hubo sufrimiento

En un parto, dolor y sufrimiento no son lo mismo. Se puede tener un parto muy doloroso sin sufrir, y se puede vivir un parto sin dolor (con epidural) sintiendo gran sufrimiento.

Mi primer parto fue muy medicalizado y totalmente protocolizado, tuve epidural, así que poco tiempo de dolor. Pero sí hubo sufrimiento durante el parto, porque al poco de ponerme la epidural, mi hija entró en bradicardia y todo pitaba y todo el mundo gritaba; me hice a la idea de que mi hija nacería con problemas neurológicos. Y, sobre todo, al tiempo, a los meses: cuando descubrí cómo había sido mi parto y qué traumático el nacimiento de mi hija.

Mi segundo parto fue natural, es decir, normal. Muy intenso, muy doloroso en momentos, pero ya está, doloroso. En ningún instante hubo sufrimiento. Recuerdo que durante el expulsivo que fue muy largo, entre contracciones decía: “¡Duele mucho, pero no os preocupéis, no estoy sufriendo!” y hasta nos reíamos.

Una mujer sufre en un parto cuando tiene miedo, cuando nadie le informa de lo que ocurre o de lo que le van a hacer, cuando se siente sola aunque esté rodeada de gente, cuando vive el proceso de parto como algo peligroso y piensa que el dolor es malo. Ese sufrimiento se queda grabado en la cabeza para siempre.

Cuando una mujer (y la sociedad) entiende que el parto es sano y fácil, porque las mujeres somos tremendamente poderosas en esos momentos, cuando conoce su fisiología y lo asume con total normalidad... el dolor se queda en eso, en simple dolor físico, que cesa tras el parto.

Amanda Fabios. Fisioterapeuta

Mi cuerpo en el vaivén de las olas y mi hijo latiendo fuerte

Sé que es el momento, nos vamos al hospital con contracciones muy seguidas, estoy en otro mundo, con mi bebé dentro todavía.

Todo va bien hasta que, en cama, las contracciones se paran. Y el parto no progresa...y oigo a la matrona decirme "esto acaba en cesárea"...lloro, lloro mucho, vomito, tengo mucho miedo.

Y llega el primer ángel: un ginecólogo me dice si quiero algo, le pido agua, cierra la puerta y me da el agua prohibida, dejándome el vaso para que a escondidas beba... Me siento mejor, me digo que puedo parir, conecto con mi bebé de nuevo.

Llega el segundo ángel, la maravillosa matrona que me devolvió la confianza: y todo fue rápido entonces, mi cuerpo en el vaivén de las olas y mi hijo latiendo fuerte. Y nace...y sobre mí siento su calidez húmeda, lo miro, me mira, es el ser más perfecto del mundo, la ternura entre mis brazos y sobre mi piel.

Estoy eufórica, no puedo dejar de mirarlo, solo quiero estar pegada a él. Mi marido está sobrecogido, yo llena de fuerza, llena de la vida que acaba de salir de mí.

María Álvarez Landesa. Profesora

Los cambios se notan.

Parto vaginal después de cesárea

Hace seis años que nació mi primera hija, fue en un gran hospital de mi comunidad. Viví un embarazo saludable y me preparé en el centro de salud de mi barrio con una matrona que es muy apreciada, con la que fui perdiendo los miedos y aprendí los riesgos que conlleva el uso de la epidural.

Mi pareja se implicó mucho porque es veterinario y conoce el parto en animales y siempre me dio mucha confianza. Conocíamos la posibilidad de presentar un plan de parto y preparamos una carta en la que expresamos nuestro deseo de tener un parto natural sin gotero de oxitocina y con libertad de movimiento durante toda la dilatación, sin episiotomía y lo más importante para nosotros era que nos dejaran a nuestro bebé todo el tiempo.

El parto llegó mucho antes de lo esperado y yo me sentía angustiada e insegura. No me dejaron beber y tuve la desgracia de tener cambio de turno de la matrona y digo desgracia porque con la primera todo iba de maravilla, aunque se iba alargando un poco, pero al llegar con la matrona del turno siguiente me sentí muy mal porque le dijo a mi marido que eso de pedir parto a la carta era una moda que no tenía ningún criterio científico y que si seguía sin avanzar en la dilatación me practicarían una cesárea y así fue finalmente.

Me sentí muy mal, derrotada, entre personas extrañas, una de ellas dijo, ya ves cómo terminan las modas de parto natural, si es que os lían con tonterías, eso me dejó absolutamente rota, estaba deseando que todo terminara cuanto antes, hubo momentos que ni pensaba en mi bebé, solo quería marcharme de allí, sentí rabia y vergüenza. Sólo vi a mi hija durante un instante cuando nació, desde lejos, antes de que se la llevaran y le grité frases cariñosas hasta que las miradas extrañadas me cohibieron y callé. No me dejaron tocarla, nadie me informó sobre qué pasaba y por qué nos separaban. Me trasladaron durante 4 horas a otra planta.

No hubo dolor físico por la anestesia epidural, pero sí un gran sufrimiento por aquella separación rutinaria e inexplicable.

Fui poco a poco recuperándome, mi niña era preciosa y gracias a la lactancia materna y a los grupos de madres que facilitaba la matrona en el centro de salud, nos fuimos recuperando la familia al completo, mi marido disfrutaba mucho dándole masajes a la niña y conseguimos organizarnos muy bien sin necesidad de ayuda, porque nuestra familia está lejos.

Después conecté con otras madres y gracias a mi participación en la lista Apoyo Cesáreas de EPEN (Asociación El parto es nuestro) se fue curando la herida.

Ahora tengo en mis brazos a mi hijo Raúl de seis meses y tengo que decir que ese mismo hospital en el que tuve mi experiencia de parto traumático, ha cambiado. Y ahora, unos años después en el mismo hospital, nadie se burló de mi decisión de presentar un plan de parto, incluso sentimos que estaban contentas las personas que nos atendieron y me dijeron que iban a darme todo su apoyo para que mi bebé naciera mediante parto vaginal. Yo tenía muy claro como quería que fuera este parto: a mi ritmo, tranquilo y sin agobios.

Se volvió a adelantar el parto y la dilatación iba con un ritmo estupendo según decía la matrona, que me daba ánimos y lo mejor de todo, pude beber, no me pusieron el molesto enema de la otra vez, ni me rasuraron, ni vía con suero (oxitocina sintética), pude moverme todo lo que necesité y no tuve monitorización continua y jadear, me daba tanto alivio.

La dilatación transcurría con muy buen ritmo y antes de darme cuenta estaba en dilatación completa pero el parto no progresaba, tuve un momento en el que volví a revivir el parto de mi primera hija y la matrona me dijo que me pusiera de pie, me animaban a que empujara y me decían que lo hacía muy bien, yo saltaba del ánimo al desánimo, y fue conectarme con mi bebé lo que me hizo recuperar fuerzas.

El niño estaba prácticamente fuera, primero salió su cabecita y después todo su cuerpo, sin ningún esfuerzo. ¿Cómo pudo ser tan fácil? Había parido por mí misma, me colocaron a Raúl encima de mí y entonces empecé a llorar de alegría y tristeza a la vez, lloraba porque mi hija no pudo nacer así y al mismo tiempo estaba llena de alegría por el nacimiento tan sencillo de Raúl.

Gracias a todas las personas que han hecho posible estos cambios que han facilitado tanto mi segundo parto. Sí, los cambios se notan y nos influyen de manera decisiva en cómo vivimos los partos. Gracias.

Susana Pozo. Ingeniera de telecomunicaciones

Parir, amamantar, coleccionar, portear, amar

Amamantar. Colechar. Portear.
Besar. Abrazar. Susurrar. Acariciar.
Lamer. Cuidar. Arropar. Canturrear. Llorar.
Acompañar. Sostener. Sonreír.
Amar.

Llevan pegados a mi piel dos años
estos verbos que antaño poco usaba... casi nunca.
Desde que nuestra hija eligió nacer a nuestro lado
una revolución se puso en marcha
cálida y potente que nadie puede parar

Cuando decidí criar de una forma distinta a lo que se hace en la mayoría de los hogares de nuestra sociedad occidental... temía que me iba a enfrentar a todo tipo de trabas y comentarios, miradas y suspiros acerca de ese modo de educar a mi hija tan poco convencional hoy día. Sí, mi temor era fundado... y parece que va a durar porque yo he tomado la firme decisión de no retroceder. ¡Llevo quince días de lactancia prolongada! (en los términos de la OMS, es decir, desde que mi hija cumplió dos años), dos años de colecho, un parto en casa, y trato de educar a mi hija desde el respeto y el amor.

A lo largo de este tiempo, descubrí una cosa... Es que tenemos mucha fuerza las madres. Descubrí que si estaba segura de mi misma, de lo que hago con mi hija, si estaba conectada con mi corazón, los comentarios se iban disminuyendo, se iban haciendo más breves, transformándose en preguntas – a las cuales respondo con toda la calma y tranquilidad del mundo. ¡Cuánto poder tiene nuestra energía en este momento! Cuán más nerviosa estaba antes, y con más miedo, más comentarios, más acosos...

Este verano en Francia, varias veces se me acercaron mujeres mayores mientras le daba el pecho a Lhasa. Por dentro pensaba simplemente “¿A ver qué me va a decir ésta?” (En vez de antes “ya verás que me va a decir qué barbaridad, una niña tan mayor etc.”). Y por mi más grande asombro, ¡siempre fueron comentarios positivos! “Qué bien que le estés dando la teta a tu peque, ¡no hay nada mejor en el mundo!” O bien “¡Qué bonito, qué tierno!”. Y yo me sentía... rara. ¡Sí! Estaba dispuesta a soltar el discurso de “la OMS dice que... blablablá...” antes de que esas mujeres abrieran la boca.

Me ayudó a entender que parte de lo que recibo, lo genero yo, de alguna manera. Si estoy tranquila y confiada, hay menos probabilidades de que me acosen... Que también puedo ser yo y pasar de la opinión de los demás. Que no tengo que convencer a nadie... Simplemente sigo mi camino, y mi camino, es ese. ¿No lo entienden? Puede ocurrir. No tengo por qué dar

explicaciones si no lo veo importante. Ahora cuido mi energía. Trato de no malgastarla. Guste o no guste lo que hago y lo que soy. Si por dentro sé que lo que estoy haciendo está bien y estoy acorde con el compás del corazón... **Nadie puede parar esta revolución.**

Céline Rainoird. Cuentista y profesora de teatro

Se me olvidó todo lo soñado con respecto a mi parto

Pensaba en un parto idílico, natural, sin epidural, piel con piel, parir en mi casa, aunque sabía que no lo iba a hacer porque me daba miedo (a pesar de que me hubiera encantado).

Mis contracciones comenzaron a las cinco de la mañana, estuve en mi casa tranquila y relajada aguantando el dolor como buenamente pude hasta las siete de la tarde. Lo llevaba muy bien, controlado, a pesar del dolor. Tras dos horas con contracciones cada minuto y medio, decidí ir al hospital. Aquí empezó lo que no había imaginado. Con un dolor insoportable tuve que dar mis datos personales (parece ser que mi marido no les servía), silla de ruedas para subir a planta, enfermera que ni me pregunta mi nombre, matrona que me dice que estoy sólo de cuatro centímetros y que ¿cómo me voy a volver a mi casa?

Se me olvidó todo lo soñado con respecto a mi parto. A la hora, ya tenía puesta la epidural (he de decir que fue un alivio), un gotero de oxitocina, ¿por qué? -pregunté ilusa-, -no querrás que estemos hasta mañana pariendo -contestó la matrona-

Después vino la rotura de la bolsa, ¿para qué? –volví a preguntar-. “Parece que el bebé no se encuentra muy a gusto y además las aguas han salido un poco teñidas”. Me pusieron oxígeno durante toda la dilatación que, por suerte, solo fueron un par de horas.

El sentimiento de ser una mala madre por no haber conseguido parir sin epidural me acompañó en todo momento junto con la preocupación de si estaría todo bien.

Ya en el paritorio todo fue muy rápido, he de decir que sentía las contracciones para saber cuándo empujar aunque no sentía dolor alguno. En tres empujones el bebé estaba fuera. En mi plan de parto había pedido que quería donar la sangre del cordón (me parecía un acto bonito) a pesar de que me gustaba la idea de no cortarlo hasta que dejara de latir (ilusa de mí, con mi parto natural). La matrona comenzó a forcejear con el cordón umbilical y a decir que nunca había visto un cordón tan corto que era imposible donar la sangre, que no había suficiente... Mientras, lo único que podía ver y tocar era un pie de mi pobre niño (porque era un niño) que no decía ni mu. Y... ¡bualá!, ya no había bebé, se lo habían llevado porque no reaccionaba como debía. **Sólo pude tocarle un pie...**

Nuestra preocupación aumentaba por momentos puesto que no le oíamos llorar y nadie nos decía nada. La matrona solo hablaba de la longitud de mi cordón y nos enseñaba la placenta como si eso fuera a sustituir al niño que se habían llevado. Pasaban los minutos y, a pesar de preguntar si todo andaba bien, no nos decían nada...

Por fin lo trajeron, todo estaba bien, envuelto como si fuera un “gusiluz”, me lo pusieron encima, rápidamente lo desenvolví y comenzó mi tan ansiado piel con piel intentando resarcir todo lo que no había salido como me hubiera gustado. Después de todo esto, mi niño vivió y durmió en mi teta durante una plácida semana en la que conseguí recordar mi parto como algo maravilloso (qué cosa es esto de la percepción...).

Una semana después -casualmente el día de mi cumpleaños- en el que me aguardaba un plan estupendo con mi familia, comencé a desangrarme. Durante los primeros instantes no le di mayor importancia, pero pronto me di cuenta que algo no andaba nada bien. No paraba de sangrar, era un flujo continuo y abundante de sangre.

Rápidamente decidimos ir al hospital, pasando primero, a buscar a mi hermana (no sé por qué, pero la necesitaba ahí). Ya en el coche mi única preocupación era cómo alimentar a Nicolás, que lo llevaba en la teta y, había cogido el sacaleches. Cuando me empecé a marear pensé que lo más sensato era dejarlo en su silla y comencé a sacarme leche por si acaso... Mi hermana llegó y -según me han contado- comencé a perder el sentido, con la cara pálida y un sudor frío... aunque yo seguía con mi sacaleches...

Una vez en urgencias, parecía que mi situación no era tan grave como para una silla de ruedas (no me la querían dar). Y, a pesar de estar semi inconsciente, la idea principal era esperar una larga cola de unas diez personas para dar simplemente los datos personales. Por fin, alguien pareció darse cuenta de la situación y me pasaron directamente a un despacho para que ahí diera mis tan ansiados datos. Por cierto, la persona encargada de dicho asunto, quedó espantada al ver tan rocambolesca escena: una chica sacándose leche en silla de ruedas.

Aquí comenzó la movida: llegué casi en parada cardíaca con una tensión mínima. Me subieron a la cuarta planta del Hospital Clínico de Zaragoza un poco más estable con gotero en vena. Por fin vi una cara amable: la de una ginecóloga que conocía. Se confirmaron mis sospechas: se han dejado abundantes restos placentarios. Es muy sencillo María, un legrado y esta tarde, o como mucho mañana, te vas a casa. Bueno, pues vamos allá...

A partir de aquí, ya no recuerdo mucho y me lo han contado. Me metieron en el quirófano y me dormí pensando en algo bonito, para despertarte de buen humor, me habían dicho...

Me encontré en la sala de despertar del hospital, con una enfermera (que parecía mi salvadora) a la que no dejaba de preguntar qué me había pasado y por qué estaba allí. Al anestesista también se lo preguntaba, pero la verdad es que no entendía nada; además, todavía bajo el efecto de la anestesia, me costaba entender todo lo que decían. **Por fin entró una cara cono-**

cida y he de decir que desencajada, la de mí marido, que comenzó a explicarme lo que había pasado:

El legrado ha sido muy complicado puesto que habías llegado en un estado un tanto crítico ya que habías perdido mucha sangre. Además les ha costado mucho detener la hemorragia. Han tenido que hacerte una transfusión. Después (de casi una hora esperando en la puerta de quirófano) ha salido la ginecóloga explicándome que al pasarte de una camilla a otra, habías vuelto a sangrar, que te han puesto un balón intrauterino para detener la hemorragia, que si esto no funciona, te harán un cateterismo y que si esto tampoco funciona, te quitarán el útero. Ah por cierto, y mejor te llevan a la UCI.

¿Qué....?. Entonces ya sí que no entendí nada y mi única pregunta fue: ¿puedo sacarme leche? Me miraron como si fuera un marciano, a mi marido con el sacaleches en la mano, no imagináis cómo le miraron...

Así que nos fuimos a la UCI mi sacaleches y yo. Ya en la UCI, encontré a la gente más amable de todo el hospital, enfermeras cariñosas (aunque extrañadas) me ayudaban a sacarme leche cada tres horas. Mi único consuelo era sacarme leche... lo miraba embelesada como si de mi niño se tratara. Fueron cuatro días horribles, tan horribles que no me acordaba prácticamente del pequeño Nicolás.

Sabía que estaba en buenas manos. Tan buenas, que hasta le dio teta sin tener leche, sus pobres pezones han estado doloridos durante unas semanas... Otra buena amiga le dio teta todas las veces que pudo y nos obsequió con su apreciado arsenal de leche materna congelada. Puedo decir, que sólo tomó en una ocasión leche de fórmula. Tampoco faltaron candidatas de Vía Láctea que se ofrecieron voluntarias para amamantarlo...siempre estaré agradecida a Marta que, sin conocernos de nada, fue a casa de mis padres a darle pecho.

Volviendo a la UCI, el horario restringido de visitas hace que las horas sean interminables, el pensar que te puedes morir no es demasiado agradable y la opción de que me quitaran el útero me parecía simplemente impensable.

Me exploraron como si fuera una vaca (a pesar de haber parido hacía solamente una semana) no tenían ningún cuidado, rodeada de muchas personas y como tu madre te trae al mundo (en pelotas), te sientes todavía más vaca. Y cuando (conmigo delante) hablan de la opción: quitar el útero como quién quita un lunar..., ya sólo te falta hacer muuuuuu.

Pasaron unos interminables días y, ya en planta, con unas expectativas una tanto más esperanzadoras me encontré con: enfermeras amables, desagradables, bordes, que se mosqueaban si les preguntabas algo con preocupación, ginecólogas residentes aún más bordes, médicos que decían que el problema había sido por culpa de mi pobre útero y no de los “abundantes restos placentarios”, ¿placenta? ¿Pero qué dices de placenta? En fin... algo digno de olvidar.

Ya han pasado tres meses de esta historia y estoy feliz con mi niño y mi lactancia. ¿Secuelas? Puede que sí ya que, pensar en mi parto, todavía me hace llorar. Error humano o no, la línea que separa algo maravilloso de algo que no lo es, es demasiado fina.

María Narvaiza. Profesora

Uriel en neonatos

Estamos en casa, desde hace unos días. Has cumplido ya dos semanas. **Parece que vamos remontando tras el largo ingreso, la cesárea y la transfusión, aunque aún estoy flojita y sufro una amigdalitis con fiebre muy alta.** Siento que algo no va bien en ti, Uriel. Parece que te atragantas al mamar, una vez, y otra. Afortunadamente duermes en nuestra cama, sobre mi cuerpo, así no tardo en evidenciar que de noche también dejas de respirar, aun sin mamar. No duermo, estoy agotada. Necesito que te vea un pediatra, no puedo más.

Vamos al hospital, y el pediatra que te recibió al nacer nos aconseja ingresar en el servicio de neonatos. Qué horror, no puede ser... ¿cómo haremos? Le preguntamos y sí, podemos acompañarte las 24 horas.

Nada más llegar y tras hacernos la anamnesis te llevan a un cuartito de aislamiento, donde pasaremos los siguientes días, por si fueras portador de un virus respiratorio. No nos dejan acompañarte, “será un momento”. Te están haciendo algunas pruebas y analíticas. Te oigo llorar, fuerte, como nunca antes lo habías hecho. Tu leche sale a raudales de mi pecho, mojo mi ropa, pero no puede calmarte, tampoco a mí.

Al terminar nos permiten entrar, ¿es aquí donde vas a estar ingresado? Es un lugar minúsculo, sin luz natural, con un nido y una silla rígida de plástico que ni tan siquiera se puede reclinar. Te tomo en brazos, me siento en la silla y te amamanto. Te miro, mi niño bonito, tan chiquito. Creo que no va a resultar sencillo. Empiezo a llorar. Miedo, cansancio, tristeza. Y tu hermana, con solo 3 años, se vuelve a quedar sin mamá.

Mis padres me traen una tumbona plegable para que pueda descansar por la noche. Y así hacemos, contigo en mi pecho, piel con piel. Dándote de mamar casi ininterrumpidamente, salvo por los comentarios del personal, que no tardan en llegar. “¿Otra toma?” “Pobrecito, déjalo en la cuna que se te va a caer al suelo” “Tiene frío, ponle más ropa” “Está con febrícula, tu cuerpo le da demasiado calor” “Se queda con hambre” “Te sale demasiada leche y lo atragantas” “Si te ve llorar se pondrá ansioso”. No tengo fuerzas para replicar. Sólo quiero tu bienestar y poder volver a casa lo antes posible. Llora al oír los llantos de otros bebés que pasan la noche solos pidiendo ser abrazados.

Pronto se me hinchan las piernas, no parecen mías. Una madrugada siento una humedad. He vuelto a sangrar.

Los pediatras se vuelcan en ti, toman mucho interés, nos informan de todo al detalle. Estás monitorizado, entre tanto cable pareces más chiquiti-

to. Me permiten acompañarte en algunas pruebas, y lo agradezco tanto.

Sentimos desde el zulo la energía y el amor que nos llega de los nuestros y de las mujeres-madres-salvajes, esas hermanas que no tuve en mi infancia, las que por fortuna encontré en mi camino.

Cada mañana me piden que salga una hora para bañarte a ti y a los demás bebés. Al principio lo hago, me aseo, tomo un café y en veinte minutos vuelvo a estar esperando fuera a que me dejen reencontrarte. No tengo fuerzas para luchar por ese rato, a pesar de encontrarlo muy injusto. ¿Qué me está pasando?.

Al cuarto día, tras regresar a tu lado, veo un biberón con leche de fórmula que lleva tu nombre. Salgo con él en la mano, ahora sí, como una fiera. Me dicen que es por si lloras por hambre y yo no estoy. ¡Pero si te acompaño todo el día salvo el rato que no me permiten estar! Además el personal sabe que te alimentas con lactancia materna exclusiva. Ahora sí. Me enfado, me acaloro, me enrabio, me atrincho y desde entonces ya no callo. Por ti, mi bebé, y por mí. Ya está bien. Ya no permito que te despierten para pesarte el pañal dos veces durante la noche. Eres mi hijo y yo soy tu voz, perdóname por no haberlo podido hacer hasta ahora.

Hay también alguna enfermera que se aproxima con cariño a preguntar cómo estamos y cómo va todo. En ese momento la abrazaría fuerte y deseo que nos acompañe ella todo el tiempo.

Tu evolución no ha sido del todo favorable, pero hay poco más que hacer, así que nos vamos a casa con el monitor y pruebas y revisiones pendientes, y con la sensación de haber sobrevivido todos a la semana de ingreso.

Marta Sánchez Mena. MIR Psiquiatría

Ese momento tan especial

Algo noté entre mis piernas mientras dormía que me hizo levantar rápidamente. Había roto aguas. Desperté a mi compañero para avisarle de que había llegado ese momento tan esperado. ¡Qué emoción, qué nervios, qué alegría! Nos abrazamos y dejamos que pasara la noche entre velas, música, duchas y recenas. ¡Qué sensaciones tan agradables guardo de esos momentos!

Después de una siesta matutina, decidimos ir al hospital. Como en casa en ningún sitio pero íbamos tranquilos ya que contábamos con un personal con el que habíamos hablado muchas cosas e iba a ser un parto 100% respetado.

Por desgracia, una vez en el hospital y cada rato y cada cosa que ocurría nos hizo ver que esto no era así. Ni la matrona era una persona atenta, delicada y sensibilizada con el parto natural, ni el ginecólogo estaba dispuesto a dejar que el parto llevara su proceso y se produjese a cualquier hora de cualquier día, ni tampoco debimos de pillar al anestesista en buen momento... ni varias cosas más.

Podría escribir varias páginas describiendo cada maltrato y cada manipulación a las que nos vimos sometidos (por intereses médicos muy evidentes), sin ser capaces de cambiar el rumbo de lo que acontecía. Así que ese momento tan especial de recibir a un hijo, se convirtió para los tres en una experiencia desagradable, frustrante y humillante.

Por la tarde, cuando el ginecólogo terminó en su consulta, vino al hospital con la idea clara de que mi parto tenía que terminar rápido. No perdió ni un minuto. Él quería cenar en casa, no venir a media noche a atenderme, ni al día siguiente (que era un festivo señalado). Nada más verme me dijo que había que hacer una cesárea (de las llamadas innecesarias ya que el motivo que la propiciaba eran claramente el tiempo) que además fue bastante traumática por un incidente médico.

Después de 20 meses que tiene mi hijo, me sigo emocionando y entristeciendo cuando recuerdo ese proceso tan poco digno, poco bonito, falto de humanidad y con tanta rabia de saber que esa huella que deja la cesárea en la tripa y en el corazón, se puede curar pero no borrar. La recuperación física y emocional no fue fácil para ninguno de los tres.

Por suerte, en cuestión de minutos tras el nacimiento, mi hijo estaba en brazos de su papi, esperándome juntos. Cuando nos encontramos, aún adormilada por la anestesia, lo cogí, lo puse en la teta, se amorró a ella como si ya lo hubiera hecho antes y sin apenas soltarla pasamos la mayor parte del tiempo de los días posteriores.

Anónimo

Como bandera la intuición y como escudo la atención

Carne, sudor, sangre y lágrimas son los elementos que más recuerdo del parto. Bueno de la “innecesária “que sufrimos. Carne por lo que el ser humano es, sudor por la lucha hasta el fin, sangre por lo que sufres y lágrimas al hacerte consciente de todo lo anterior. El mío (soy padre), el nuestro fue un día duro, seco, sin alma; un día en el que la sensibilidad del mundo no hizo acto de presencia para recibir a nuestro primer hijo.

La matrona, curtida en miles de partos (¡pobres parturientas!) **llevaba el reloj bien sujeto a la muñeca.** Parecía lo más importante porque no dejaba de mirarlo. Ya en los días de antes al parto, el tiempo, las prisas y el estrés parecían ser viejas compañeras de su desdichada vida.

Y de la misma forma decidió introducir, (¿introducir?), perdón, empujar la vagina de mi pareja con el tampón de prostaglandina como el cazador que busca ávido al conejo escondido en la madriguera. Tampón que llevaba en el puño desde que la avisamos de que nos dirigíamos al hospital. La delicadeza brillaba por su ausencia. Repetidas veces le pedí que lo hiciera con suavidad, ya que en cada tacto (hubo varios) el procedimiento era el mismo.

Y después comenzó una noria de artificiales contracciones que ahora la recuerdo como matadora para la mamá, pero bonita en nuestra manera de entenderla, a través de los masajes, el agua, las caricias y las palabras que ofrecía a mi familia.

Después de unas horas de continuas y fuertes contracciones, (siempre juntos) el ambiente estaba enrarecido por las expresiones y maneras de la matrona. Ésta puso una vía a mi pareja alegando que lo iban a intentar con oxitocina, pero en realidad era la antesala del quirófano que ya estaban preparando para nosotros, ya que la oxitocina nunca llegó.

Estar agotados, desanimados, confusos y ser padres por primera vez fueron factores que utilizó la matrona para ocultarnos la verdad y manejar-nos como le pareció. ¡Debía haber estado cerca y cercana! Y no hacía sino correr por los pasillos de habitación en habitación manejando no sé cuántos partos al unísono.

Se llevaron a mi pareja de la habitación. Nos separaron. Nos separaron para que, ambos en soledad y con el ánimo y las fuerzas por los suelos, esperásemos durante más de una hora al señor anestesista que llegaría con la salvadora epidural. En un cuartito escuchaba y sentía los dolores de mi pareja, escuchaba los cuchicheos de los sanitarios intuyendo una cesárea. **Así durante más de una hora. Recuerdo un saco de cemento en el pecho.**

Antes un cazador y ahora nos tocaba un picador de toros. Cinco intentos ó más hasta que atinó con el pinchazo, el señor anestesista. Cuando logré ver a mi mujer estaba blanca, tiritando, muerta de frío y de miedo. Y yo igual pero no podía mostrarlo. “Lo sacaremos por arriba” dijo. Me acerqué a mi mujer, la acaricé, la besé y me hice a un lado.

Desde un costado le vi la cara al terror, al miedo, al dolor, a la muerte. Mi mujer gritaba pidiendo por favor que lo sacaran rápido, porque el señor anestesista no había hecho bien su trabajo. La cara de los sanitarios decía que algo no iba bien.

Lo sacó grande y rosado, y la mascarilla de anestesia general fue lo que recibió mi mujer en vez de su hijo. “No lo he visto” dijo ella entre llantos. “Yo estoy con él”, le dije.

Me lo dieron, pronto, y pronto lo puse en mi pecho desnudo, piel con piel y le susurré que: “Ya viene la mamá”. Han pasado casi dos años y todavía nos duele lo ocurrido.

Para traer al mundo a nuestro siguiente hijo tendremos la intuición como bandera y la atención como escudo.

Anónimo

Huele a mama

Desde que comencé a desear ser madre, siempre soñé con un parto natural, en mi casa con mi pareja, y con poder dar de mamar a mi bebé. Era un deseo que sentía con fuerza dentro de mí, y que cuando por fin me quedé embarazada, y nos dieron la alegría de que **eran mellizas**, lejos de disminuir, siguió creciendo impulsado por la emoción tan inmensa que me embargaba, por la plenitud que experimentaba como mujer y como madre y por el enorme agradecimiento que sentía hacia la vida por haberme dado el privilegio de ser mamá de dos niñas. Era un regalo al que yo tenía que corresponder con todo mi cuerpo y con toda mi alma.

No pude cumplir mi sueño de parto natural, ya que por problemas en el crecimiento de una de las niñas, hubo que programar una cesárea. Yo creo que esta circunstancia influyó en reforzar, si cabe, mi firme determinación de amamantar a mis hijas.

Yo me sentía plena, segura, confiada, entregada, con fuerza y con ganas de darles a mis hijas lo mejor, mi instinto me decía que podía hacerlo, pero a la vez estaba experimentando unas vivencias tan nuevas, tan intensas, tan desbordantes y absorbentes, que suponían una continua movilización tanto energética como emocional, e incluso una alteración de la percepción de la realidad (recuerdo tener la sensación de haber vivido en una semana los acontecimientos que ocurrieron en un solo día).

En este momento tan especial y tan crítico en mi vida, el entorno sanitario, familiar y social no me lo pusieron nada fácil. **Tuve que salvar matronas que me dijeron: “con gemelas ni te plantees amamantar”, pediatras: “si maman dormidas solo están tomando aire”,** protocolos del personal sanitario que introdujo biberón a una de mis hijas solo por estar en neonatos por faltarle unos gramos para los dos kilos, y a la otra por una ligera pérdida de peso en los primeros días, sin darse cuenta de que simplemente le había costado un poco más coger el pecho al principio porque estaba muy duro por la subida de la leche.

No faltaron tampoco los consejos de familiares, de conocidos y desconocidos:

“Tendrás que ayudarles con biberón” “No puede estar todo el día con la teta fuera, eso es que no tienes suficiente leche” “Te van a secar” “No vas a tener suficiente leche para las do” “Tendrás que darles biberón, por lo menos para que te dejen dormir por la noche”...

Mi vida se había focalizado en mis hijas, en darles, en cuidarlas, en protegerlas y solo el pensar que su salud pudiera estar en peligro, hacía surgir en mí dudas, miedos e inseguridades que me hacían vulnerable.

En este contexto, mi núcleo familiar me acompañaba, mis hijas apostaban fuertemente por la teta y mi pareja nos apoyaba y disfrutaba con nosotras, pero aún así viví muchos momentos de soledad, de incertidumbre, de dudas y de inseguridades, que el entorno se encargaba de alimentar.

Para mí fue muy importante encontrar otro entorno, que en este caso eran otras mamás de Vía Láctea, que habían vivido experiencias similares, que creían en las capacidades de la mujer y de las criaturas, que confiaban en la naturaleza, que me reafirmaban, enviándome mensajes positivos y de confianza, contrarrestando con ello toda la negatividad recibida.

Finalmente **mis hijas tomaron teta en exclusiva hasta los seis meses y han disfrutado, y he disfrutado, de lactancia materna hasta la actualidad en que tienen seis años.**

Es ahora cuando me hago plenamente consciente de todo lo que ha supuesto para ellas y para mí la experiencia de la lactancia y me doy cuenta de que ha sido mucho más de lo que yo pretendía y podía imaginar, más que el ofrecerles un excepcional alimento y un reconfortante contacto físico. Ha supuesto una inmersión total de ellas en mí y de yo en ellas, una experiencia sensorial incomparable en la que hemos compartido todos los sentidos: nos hemos tocado, abrazado, acariciado, olido, nos hemos saboreado, hemos oído nuestros latidos, nuestras voces, nuestras risas, nuestros llantos.... Nos hemos visto tan de cerca y durante tanto tiempo y hemos compartido tantas emociones en todo este camino que hemos podido compartir también nuestra alma, nuestro espíritu, la esencia de nuestro ser, nos hemos dado lo mejor de nosotras.

No solo entre madre e hija sino también entre hermanas, el mamar juntas, una al lado de la otra ha propiciado momentos muy bonitos y ha contribuido a crear una relación muy especial, y cada una desde su tetita ha observado, oído, tocado a su hermana, compartiendo risas, juegos, riñas, lloros...

Además **para ellas su tetita ha supuesto su refugio, su consuelo, su calmante en momentos de dolor, de tristeza, de llanto, de cansancio y para mí ha sido algo mágico poder ofrecérsela y cubrir sus necesidades con algo tan natural, tan sencillo, tan económico, tan disponible y tan accesible en todo momento y lugar.**

Es ahora, cuando una de mis hijas que ha decidido dejar de mamar, me ha ayudado a hacerme plenamente consciente de todo esto, cuando en ocasiones se tumba a mi lado, me chupa, me abraza, me toca, me huele y con un suspiro me dice: ¡Qué bien huele! ¡Huele a mamá!

Consuelo Oliván Monge. Mamá de mellizas y maestra

Parir dos veces

La importancia de nacer, criar y vivir. Eva y Carlos, mamá y papá de Carlota y Diego Gurpegui Magaña. Nos dimos cuenta de la coincidencia cuando el médico me preguntó el primer día de mi última regla: nuestros dos hijos venían del mismo día del mismo mes de dos años tarde.

Carlota nació un cinco de abril de 2005, en un parto programado en la semana 40, no de un día cualquiera, sino de un martes, el día de la semana que al ginecólogo le venía bien porque “le tocaba hospital”. Se trataba de una clínica privada de Zaragoza.

Diego vino al mundo un dieciocho de abril de 2007, el día para el que yo había firmado un consentimiento de cesárea programada. **Sólo que finalmente mi hijo eligió precisamente ese día porque le dio la gana, en un parto natural, y contra todo pronóstico, pues pesó al nacer cuatro kilos trescientos cincuenta gramos y todo apuntaba olvidarme de parir y dejarme intervenir quirúrgicamente.**

E ahí la cuestión: una mujer grande como yo, de metro setenta y con buenas caderas, que ya había tenido un parto vaginal anterior (luego el camino ya estaba hecho) instada por el ginecólogo de un hospital público de Alzira en Valencia a prevenir complicaciones renunciando a un parto natural en beneficio de mi propio bebé, que “podría nacer con complicaciones y consecuencias graves de por vida”.

Madre, padre e hija nos habíamos ido de propio desde Zaragoza a Valencia, porque yo quería asegurarme un parto natural y poder vivirlo a tope (y no a expensas del buen o mal día que el equipo médico tuviera, como me pasó en mi primer parto). Estimulación en las últimas revisiones semanales para empezar a dilatar, parto programado con TI (todo incluido) oxitocina artificial, goteros y vías, enema, rotura de la bolsa provocada, episiotomía, y una epidural que una vez aplicada se esbafa, pues el aparato que debería seguir dosificándola no funciona desde el principio, transcurriendo más de una hora hasta que los médicos lo arreglan, por lo que desaparece el efecto de la anestesia y el dolor que me provoca la oxitocina artificial no me da respiro. Al final, el anestesista reaparece a gritos, justo antes de bajarme a paritorio para los pujos. Monitorizada sin poder moverme ni comer ni beber nada durante más de doce horas y con un señor gritando a los pies de mi cama. La verdad, un despropósito.

Volviendo a mi segundo parto, afortunadamente, contrasté la opinión con los doctores Pere Enguix y Enrique Lebrero en Beniarbeig, Alicante, fundadores de la clínica privada Acuario, tristemente cerrada en el 2012 a causa de la crisis. Animados por el quipo médico a seguir adelante y confiar

en mi cuerpo y en la naturaleza, con las pruebas médicas y el historial médico de mi parte, decido seguir con el curso natural del embarazo/parto.

Puedo decir que el momento del parto, además de dolor, para mi supuso un momento maravilloso de mi vida, me sentí como una mamá leona alumbrando a su bebé, sentí que por vez primera hacía equipo con mi hijo y nuestro parto fue una experiencia que me ha unido muchísimo a él. Me ofrecieron relajarme con música (a mi me sobraba) me hidraté lo que quise bebiendo zumos, dilaté primero sentada en cojines y luego en el agua. Finalmente salí de la bañera y me puse en cuclillas para el expulsivo. Y no hizo falta episiotomía, apenas me dieron un par de puntos. Vivimos el parto en familia.

Lamento mucho que me robaran ese momento con mi hija, además de tratarme desgraciadamente mal, valga la expresión. El único detalle que tuvieron conmigo fue al marcharme del hospital, de repente la bolsa de mi hija pesaba mucho y sonaba a cristales. Habían metido botes de leche artificial, práctica que es absolutamente ilegal y sobre todo éticamente dudosa, pues una madre ha de dar el pecho a sus hijos, y lo que tenían que haber metido en su lugar es algún libro de lactancia materna o información sobre asociaciones de lactancia natural, por ejemplo.

Respecto a la lactancia, en ninguno de mis dos partos el equipo médico sabía ni mínimamente lo que hay que saber: me salvó el apoyo de la asociación Vía Láctea de Zaragoza, pues hay mucho desconocimiento acerca de este tema y los ginecólogos, matronas y pediatras normalmente no saben realmente cómo ayudar a las madres en la lactancia materna, en verdad no conocen lo que están hablando, es grave la desinformación que padecen sobre un asunto tan básico y fundamental, lo peor es que no son conscientes de estas grandes lagunas, y a veces llegan a dificultar el trabajo de las madres con consejos erróneos que, en ocasiones, puede incluso impedir que la lactancia siga su curso.

Deberían dirigir a las madres a las asociaciones creadas para tal fin, así como por supuesto intentar formarse. Una de las excepciones es el pediatra Carlos González, quien ha editado numerosos libros de un gran valor en este sentido. Como decía, fue gracias a Vía Láctea, como pude conseguir una lactancia de éxito. Nunca olvidaré ese regalo que me hicieron: apoyo en la lactancia materna a mis hijos, lo felices que les he hecho y el legado que de por vida queda en su cerebro. En sus células siempre estará mi leche materna, con la que se han construido muchos meses de su vida, incluso años.

Falta mucho por aprender. Se nos vende que el embarazo no es una enfermedad, y a veces sí que hay complicaciones o cuando menos molestias. Y sobre todo, se nos trata como a verdaderas enfermas cuando damos a luz. Se nos vende que el parto es cosa del ginecólogo, cuando si todo va bien es con la matrona con quien has de trabajar el parto. En las escuelas no se

forma en educación sexual, ni en lactancia materna, parece que el mejor alimento es aquel que sale de las estanterías del supermercado.

Los laboratorios farmacéuticos no perdonan. Me gusta mucho un slogan que utiliza una tienda de ropa infantil: “Para criar a un niño hace falta la tribu entera”, que es en realidad un proverbio africano muy sabio. Un hijo, no es cosa de la madre, del padre o de la familia directa. Un hijo es de la sociedad: de los jefes, de los compañeros, de los vecinos, de las Instituciones. Un hijo no es un capricho personal sino el proyecto de todos, pues con los niños estamos construyendo la sociedad del futuro y la del presente. Una sociedad no avanza desde el individualismo, somos una manada y como tal hemos de caminar juntos.

Eva Magaña. Periodista. Actriz. Gestora cultural

Colecho

En la penumbra, entre respiraciones y ronquidos, el bebé empezaba a moverse en el cuco. La mamá, como un resorte bien adiestrado, brincaba en la cama. Ya no hacía falta que llorase apenas, ante la más leve oscilación se despertaba sola, cogía amorosamente al bebé y lo acercaba a su pecho, que ya cabeceaba buscándolo. Después, cada uno, volvía a dormirse en su lecho.

Una noche, como cualquier otra, el bebé mamaba. Su regular movimiento, su leve sonido al tragar, acunaba a la mamá que forcejeaba con el sueño. Cada día que pasaba le costaba más esfuerzo mantenerse despierta. Tras varias cabezadas, fue consciente de que podía dormirse y el miedo se apoderó de su cuerpo. ¡Y si dejaba caer al bebé sin quererlo!

Así, dos horas después, cuando el bebé clamaba su alimento, decidió probar. Quería intentar dar de mamar de medio lado, tumbada en la cama. Había oído a esa mujer que ella durmió con su bebé y que apenas se despertaba para darle el pecho. Esta afirmación le había sorprendido porque ninguna madre a su alrededor le había mencionado tal hecho. Ni la madre, ni la suegra, ni las cuñadas, ni las amigas... A ninguna mujer vio dar de mamar en otra postura que no fuese sentada.

Lo apoyó con cuidado, cerca de su padre, y se tumbó a su lado. Buscó una posición cómoda, arqueando su brazo, y, como si fuese algo ensayado desde tiempos lejanos, el bebé se aferró al pezón y ambos disfrutaron del momento. Daba igual si se dormía o contemplaba despierta, el bebé tenía su pecho y ella su respiración tranquila.

Han pasado dos años desde aquella noche y la pequeña sigue durmiendo entre sus padres. Cuando tiene frío se acurruca bajo la axila de mamá; cuando duerme a pierna suelta coloca sus pies sobre el vientre de papá; cuando está inquieta se aferra al pezón y un abrazo la rodea mientras se va tranquilizando; cuando despunta un llanto por dolor tiene el calor de dos cuerpos que la acompañan hasta que le vence el sueño.

Sus manos se agarran, sus olores se buscan, se funden, sus respiraciones se acompañan... A veces, la mamá pega su rostro al cuerpo de su hija aspirando su calor y deja que la felicidad fluya en sus sueños. Su sonrisa se llama colecho.

La familia me pregunta: ¿cuándo va a dormir sola la peque, cuándo voy a dejar de dar el pecho?. Hoy las ideas, el cuerpo, el alma... corren al unísono. No es como se comienza sino lo revelado.

Guadalupe Corraliza Hoyas

Ser padre

La felicidad es una manera de mirar la realidad, según la óptica de las ideas y creencias que habitan dentro de nosotros. Si la inteligencia es la nitidez de la razón, si el amor es la poesía de los sentidos, la felicidad es estar contento con uno mismo. La felicidad no depende de la realidad, depende de la interpretación de la realidad que uno hace. Lo ideal sería ensamblar, a la vez, corazón y cabeza, sentimientos y razones, lo afectivo y lo intelectual. Dice una amiga que ser padre hoy en día poco tiene que ver con el distante padre kafkiano, ni con Edipo Rey y sus complejos, ni siquiera con Borges. Para empezar, tomamos la mano a nuestra pareja en el mismo momento de parir. ¿Cuándo se vió tal cosa en los tiempos de Sófocles, el autor de Edipo?

El papá del siglo XXI es mucho más cercano y entrañable, como el de nuestra más tierna niñez. Mi pequeña hija Carla me llama “papayé” y, si le hago extravagancias y payasadas, me suelta un “¡jeste papaaá...!”. Y es que los papás de ahora somos canguros y cambiapañales, actores y madres, cuentacuentos y duermevelas, amos de casa. En cualquier caso, y aunque ayudo –poco- en las tareas domésticas, nunca hago la cama. Ni la colada. **A veces, sin embargo, infravaloramos a los niños.** Hay costumbre de velar inquisitorialmente por ellos y de creer que todo lo que ven lo imitan, como si no tuviesen bastante hastío con imitarnos. La construcción cultural del bienpensante pasa por dos frases estruendosas, una a modo de censura y otra de condena: “Hay niños delante” y “Es un mal ejemplo para los niños”. Otros padres justifican su paso por la vida poniéndolo como escudo humano: “No quiero que mi hijo herede un mundo peor”. Hombre, qué va a heredar tu hijo un mundo. En todo caso, preocúpate de que no herede tu hipoteca, porque en el futuro el reino de los cielos será de los que no reciban herencia. Y pobre de aquellos que tengan que abrir un sobre delante del notario.

Pero no nos pongamos trascendentes, que **ser padre es una experiencia nueva y enriquecedora, de una inusitada vitalidad, emocionante y perdurable, privilegiada y enamorada, que pugna contra lo viejo, lo grotesco, lo blando, lo patético y putrefacto.** Los putrefactos son exactamente eso: lo arcaico e inactual, lo conservador y tradicional, lo tópico y lo retórico, lo sentimental y lo cursi. Nunca me he sentido tan cerca de mí como jugando con mi niña o abrazándola cuando solo quiere estar con su padre. Ser padre de una hija es un destino, algo que nos interpela y nos obliga muy por encima de la vida corriente y de la gran rutina. No bastan los fines de semana ni los restaurantes, o ver cada año la misma película por navidad. Un padre tiene que ser una metáfora, un símbolo para su hija. Mortal, pero indestructible. Es el vínculo más esencial, casi definitivo, pero también el más letal. Nunca me había sentido tan retado, tan decisivo, tan frágil.

De momento, ser padre es descubrir a tu hija en su propia intuición del secreto en el horizonte, observándola en sus gestos sucesivos, intentando imitarnos, sin terminar de decidirse entre uno y otro modelo de comportamiento a seguir. El único posible comportamiento que me queda es el que habré de convertir en mi historia. Y en esta historia habrá una hija, una puerta abierta, un viejo árbol, un abrazo en la calle, una mesa común y una mano fraterna. La mano que mece la vida. Una nueva vida. La felicidad.

Carlos Calvo Nieto

El instinto me ayudó a confiar

Soy mujer, soy madre, he parido a dos hijos, mi cuerpo y mi corazón han estado amamantando durante seis años de mi vida de mujer.

La lactancia materna puede llegar a ser muy dura, pero el instinto me ayudó a confiar en mi cuerpo y en mi capacidad para alimentar a mis hijos.

La conexión que yo sentía que había en esos momentos tan íntimos que pasábamos juntos me ha ayudado a comprenderlos, a ver más allá de sus palabras, a ponerme en su piel y sobre todo a tenerlos en cuenta como personas completas, me ha ayudado a entender que no deberían existir relaciones de poder en el mundo, ni de los hombres sobre las mujeres, ni de los mayores sobre los pequeños, ni de los padres sobre sus hijos.

Y este vínculo me ha hecho trascender mi hogar y mi familia y me ha conectado con algo más grande, ya no solo me siento madre en mi hogar, ahora me doy cuenta de que ese sentirme cuidadora se extiende en el tiempo y en el espacio y hace abrir mis fronteras de ternura a otros ámbitos.

Soy cuidadora, mis hijos ya son mayores pero yo sigo siendo madre, de mis hijos biológicos y de los bebés que vienen a mi casa buscando una familia acogedora. Me llama la atención como mi cuerpo de madre amamantadora sigue funcionando, cada vez que me llaman para acoger un nuevo bebé mi pecho reacciona, ya no tengo leche, pero mi cerebro primitivo libera las hormonas necesarias para preparar el cuerpo y el corazón, para recibir a un nuevo hijo. La lactancia artificial ha entrado en mi vida familiar y en mi vida como madre acogedora y me ha dado la oportunidad de sentir muchas cosas diferentes a las conocidas por mí...

El cuerpo de la mujer es sabio y mi experiencia en lactancia materna me ha guiado para saber que necesitaba para desarrollar el vínculo con mi nuevo y pasajero hijo. Cuando hay un biberón entre la madre y su hijo, hay que tener más cuidado para que todo lo que ha predisposto la naturaleza se pueda dar también durante la toma de alimento diario.

A los bebés, recién nacidos o no, que he cuidado les he ofrecido el calor de mi pecho, las maravillas de la piel con piel, el colecho, y el respeto, también cuando tomaban el biberón. Para mí, ha sido importante que fuera yo la que le daba el biberón, de día o de noche, ingeniármelas para que, al alimentar a mi bebé, hubiera un contacto directo y cercano con la mirada, y, a la vez, poder acariciar su piel teniendo una mano libre para poder tocarlo mientras le hablaba. Cuando he dado un biberón ha sido a demanda, cada vez que mi bebé quería comer.

¡Que placer sentir el mismo amor y conexión que cuando daba de mamar a mis hijos!. Si la dejamos, la gran oxitocina se las arregla para “desbordar” en cualquier relación amorosa...

Lilia Pina Vacas. Psicóloga

El papel del padre en el parto Está en re-elaboración, recreándose o re-inventándose

Sospecho, hay claras razones, que el papel del padre en el parto está en re-elaboración, recreándose o re-inventándose.

El concepto de parto y sus zonas limítrofes lo está por entero, y este asunto particular no se deja de lado. Por mi única experiencia personal, sé que el parto, al menos cuando natural y en casa, puede necesitar de una figura de padre flexible y versátil: en mi caso, pasé sucesivamente por ser --o servir de-- silla, mesa, potro, la mecedora, la almohada a disposición, sin pensar en casi nada, cada tanto mirando el reloj.

Fui para la madre, y a través de ella para el bebé, un apoyo estupefacto, deslumbrado por el empuje de la vida, casi mudo, sobrecogido por el sudor. Si todas las plantas que he sembrado, de las infantiles habichuelas a las hermosas calas, de la adolescente marihuana al incienso, al aguacate, al ciruelo, al girasol,... si todas hubieran brotado, crecido y florecido al mismo tiempo, no hubiera vivido más honda y feliz experiencia de asombro y emoción como la que sentí cuando Lhasa nació en esta casa que habitamos, donde su madre y un poco su padre habían dispuesto todo para esperarla.

Sin querer, sin poder entrar a fondo en las implicaciones emocionales que **la asistencia del padre** en un acontecimiento como este puede tener --aunque es precisamente en lo que habría que entrar a fondo, desde el fondo y hacia el fondo--, **su papel en un parto natural y casero es gozoso, sí y ante todo, y tan lleno de maravilla y verdad como la mamá y el bebé consigán darle al nacimiento, y es también un notable esfuerzo físico y mental.**

Al alcance de casi cualquiera que haya sido capaz de engendrar una criatura previamente, claro que sí, no creo que sean necesarias dotes de atleta. Incluso así, la forma física me pareció en esta única experiencia algo a tener en cuenta para posibles siguientes y así quiero compartirlo.

Será muy importante que hablemos y escribamos y pongamos en común los padres lo que en esta vivencia hay de emocional por nuestra parte, desde nuestra posición única. Por la mía, desde la mía, en el todo revuelto de una madeja que aún no he desanudado por completo, y con las salvedades hechas, querría añadir poco más que quizá tenga alguna importancia. Si vuelvo a pasar por la experiencia o algún padre en el trance me pidiese que le diese alguna pista, me subrayaría los siguientes párrafos, me los volvería a leer:

- anatomía y fisiología del parto;
- fortalecer el vínculo con la madre y el bebé e intensificarlo en las semanas inmediatas y los días previos;
- tener todo el proceso muy hablado, soñado, imaginado y recorrido con todas las personas que vayan a asistir a tan jubiloso momento;
- cultivar la espontaneidad, la concentración, la animalidad, la ligereza en el pensamiento y lo intuitivo orientados a las horas del parto;
- varios etc.

Y, además, tendré el buen cuidado de mantener la buena forma física de un ser sano: Varias horas después del parto, una pareja de amigos rondaba nuestra ventana de la buena nueva, gritos, rimas, farias y botella de sidra incluidos.

Me permití, entre lavadoras, agotamiento y felicidad, un momentico de ducha y me uní a ellos, por unos momentos en el portal de casa. “Habéis tenido un parto casero”, “Como un mal árbitro”, “O como un pequeño artefacto explosivo”. Creo que lo traían preparado pero tuvo su gracia. De cansancio, casi no conseguí cumplir con la sonrisa, pero lo hice, tamaño esfuerzo.

Daniel R.

No hemos sido unos padres al uso

Los momentos en los que más se enfrentan mi condición de madre y trabajadora es cuando mis hijos enferman, que no es muchas veces (menos mal) Me he visto, en ocasiones, sacando a uno de mis hijos de casa a pesar de que me está diciendo que le duele la tripa o que se encuentra mal. Cada vez que ha sido así, que les he forzado, he acabado volviendo de las escaleras, de la calle o... de 300 m más allá. Todo por querer llegar al trabajo. He vuelto a casa con ellos, he buscado a una vecina, o he llamado a mi marido y le he esperado, o se han quedado solos un rato hasta que su padre ha podido venir a ver cómo estaban...

Cuando tenían menos de 3 años no estaba ese problema ya que su padre había pedido una excedencia para su cuidado hasta que iban al colegio. En ese sentido la corresponsabilidad ha sido total. Ahora, cuando hay que cuidarlos por enfermedad, nos quedamos uno de los dos dependiendo de lo que cada uno tenemos en el trabajo.

Tengo escasos momentos de reconocimiento sociológico respecto al cuidado de mis hijos. Resultó novedoso que fuera su padre el que los cuidaba de pequeños. Mi sensación es que puedes pasar penalidades para escribir una tesis pero si se trata de tus hijos siempre hay algún remedio que solucione el problema: está como mal visto tener dificultades y vivir con ellas.

Por ejemplo, si te han dolido los pezones por amamantar, y has resistido buscando remedios para aliviarlos, no eres valorada. Lo mejor es dar un biberón y no sufrir. Sufrir está muy mal visto, ya es bastante carga ser madre como para encima sufrir. Si lo llevas encima porque llora, lo mejor visto es atarlo a la silla y dejarlo hasta que se canse. Hacer lo contrario es ser muy “blanda” y tiene “no sé cuántas consecuencias negativas”. Solo he encontrado apoyo, ayuda, empatía, escucha... en Vía Láctea, una asociación de ayuda madre a madre y con otras madres que entienden la maternidad y la crianza de forma diferente.

Durante mis 4 gestaciones (una no llegó a término) he llevado un control rutinario: análisis, ecografías... La prueba de la glucosa era la que peor llevaba ya que paso muy mal el rato de sacarme sangre. En una ocasión, en Pamplona, la enfermera me dijo que no era una prueba necesaria y que podía prescindir de ella. No obstante, con una madre diabética, no me atreví a negarme.

Me han ofrecido la amniocentesis en las dos últimas gestaciones. La he rechazado. Me han advertido de las “ventajas”, y aun así no la he realizado. Sí acepté un legrado en la 3ª gestación tras un aborto espontáneo y fue uno de los peores momentos de mi vida, al verme tumbada, con las piernas atadas y en un quirófano.

Mis tres partos se han producido en la intimidad de mi hogar y no estoy acostumbrada a esas posiciones y a lo extraño del espacio médico. **En mi última gestación, en una de las últimas revisiones en “alto riesgo” ya que el bebe era muy grande** (el término “alto riesgo” me parece terrible ¿es que todos los partos son de riesgo y algunos de alto riesgo?) estaba de 6 cm dilatada. Mientras el residente observaba con la lamparita el color de las aguas, **me dijeron que me iban a poner un gotero y que en dos horas tendría a mi bebé conmigo**. Rápidamente contesté que cuando bajara de la camilla hablaríamos. Una vez sentada **expuse que yo estaba bien, que el bebe también y que me faltaban 3 días para cumplir. Evidentemente no me podían obligar, conocía mis derechos. Se limitaron a extenderme un volante de ingreso para el día que cumplía y a avisarme de que viniera sobre todo si rompía la bolsa. Mi hijo nació un día antes.**

Mis tres hijos nacieron en casa. Estuve acompañada de mi marido, de una matrona y de una doula. Tres experiencias maravillosas. Hubo dolor pero no sufrimiento. Valoro de aquellos momentos que me dejaron en paz. En el tercer parto la matrona fue distinta y era más intervencionista, eso me molestó bastante. Aun con todo, mi hijo nació con total normalidad, con mi confianza, experiencia y mucha tranquilidad. A los tres los tuve en brazos desde el primer momento, succionaron al acercarse a mi pecho y solo se separaron de mí al rato para el test del recién nacido. Así, pegados a mí estuvieron muchísimo rato, hasta que me fui a duchar.

He amamantado a mis hijos casi tres años a cada uno. Con la primera tuve grietas que me duraron dos meses. Cambié de posturas hasta que se fue el dolor. Con el segundo también, pero duraron menos. Y con el tercero, tuve un verdadero problema “candidiasis de pezón” que tardé tiempo en diagnosticar ya que lo confundí con grietas. La ayuda de Vía Láctea fue fundamental para resolverlo.

He dormido con ellos y con su padre y les he dado a demanda. No me privaría de la experiencia por nada del mundo. He viajado con ellos, he volado a otros países... nunca un problema con la comida. Muy cómodo, muy limpio, muy sencillo. Cuántas caídas, enfados y problemillas se han solucionado con una buena teta. Refugio y seguridad eso era la teta. Ni qué decir cuando se han puesto malitos, la lactancia resolvía el paréntesis mientras volvían a comer. El destete lo decidí yo en los tres casos, cuando entendí que era el momento. Los acompañé en el proceso y hoy siguen acariciando mis pechos con un gran cariño.

El colecho no ha sido nunca problemático. Cuando nació el segundo le pedimos a la mayor que le dejara el sitio y accedió sin problemas. Muchas veces dormimos los cuatro. El segundo se fue a su cama cuando tendría 3 años. Y el tercero... con 6 años que tiene hoy, se cuele en cuanto puede. Nunca ha sido un problema con mi marido. El segundo, que se movía mucho, desplazó muchas noches a su padre a otra cama. Pero sin influir en nuestra vida de pareja.

No hemos sido unos padres al uso. Hemos tenido que argumentar muchas de nuestras decisiones ante familiares y amigos. Consideramos que ser padres no es un valor en alza. Es como algo que no tiene remedio y que se lleva como se puede.

Mabel Ruiz Ruiz. Madre de tres hijos. Maestra

Tomamos la decisión de que yo me quedara en casa

Cuando nacieron nuestros hijos tomamos la decisión de que yo me quedara en casa cuidándolos hasta que fueran al colegio. Valoramos 3 aspectos: realización en el trabajo, vacaciones y sueldo. En los 3 salía más puntuado el trabajo de mi mujer, así que aprovechando las ventajas que daba mi empresa (extensión a 3 años de los beneficios de 1 año de excedencia por cuidado de hijo menor de 3 años) cogí en cada hijo los 3 años que podía. Han sido 9 en total. Con el tema de administrar medicinas es más responsable mi mujer, a mí se me olvida a veces.

He sido valorado por haberlo hecho, sobre todo en la familia cercana.

En mi familia extensa, motivados por mi ejemplo ha habido 2 casos más de padres en excedencia por cuidado de hijos. También he tenido reconocimiento social: me han entrevistado varias veces, he salido en la tele, he dado charlas y ahora estoy escribiendo este artículo. La gran mayoría de la gente me ha dicho que era mejor que fuera a trabajar y contratar a alguien para cuidar a mis hijos, que me saldría más barato, valorando solo lo económico y no la inversión en la educación de mis hijos.

En cuanto al parto, decidimos que fuera en casa. Ello no me supuso ninguna duda ni problema. Ante el primer parto, me sentía preocupado por el tema de infraestructura: sangre, agua, limpieza posterior... Todo quedó en una mancha de unos 10 cm en el protector de la cama. No hubo ni tanta sangre, ni tanta agua. Tardé unos 10 minutos en recoger todo. En los tres casos el ambiente fue tranquilo y relajado. Estuve todo el tiempo cerca de mi mujer y a su lado en los expulsivos, ella me agarraba-arañaba del brazo. Para el segundo parto fabriqué una silla que facilitara la postura de mi mujer a la hora del expulsivo; la usó también en el tercer parto.

Nada más nacer mis hijos fueron “achuchados” abrazados y besados. Luego, al rato, la matrona que nos acompañaba realizó los test rutinarios. Se agarró al pecho al ratico. Tras dos días, la leche no brotaba con facilidad y estimulé el pecho de mi mujer para ayudar a la leche a salir. Teníamos clara la opción de lactancia materna. Madre y bebé estaban siempre juntos. **Mis hijos no han tenido contacto alguno con la lactancia artificial. Se dice que esta lactancia libera a la mujer; pero mi experiencia cercana es que el 90% de los biberones los prepara, calienta, administra y friega, la mamá.** Con lo que me parece, es más cómoda la “teta” que siempre está lista. Y la pareja puede compensar con la realización de otras tareas.

Hemos practicado el colecho. Me ha aportado comodidad, aunque dependiendo del hijo ya que con la primera dormimos juntos durante 27 meses, sin ningún problema. Pero con el segundo, cuando cumplió 6 meses,

ya no pude porque me echaba a patadas porque se movía mucho. Así que cambie de cuarto. Con el tercero, el colecho se ha mantenido hasta... (Hoy tiene 6 años y lo mantiene 1 día a la semana junto a su hermano mediano y a su madre). La ley facilita el año de excedencia y no hay muchas personas que lo cojan. Yo lo comparo con la antigua mili, a la que obligatoriamente había que ir y se dejaban trabajos y no pasaba nada. Para algo tan importante como el cuidado de los hijos y su educación, se le ponen pegas y no se aprovecha. La gente prima el trabajo y el riesgo de perderlo además de la recompensa económica.

Pachi Altuna Alfaro, 44 años. Empleado de Telefónica. Padre de 3 hijos

Habla una madre, escribe una mujer

Tengo casi 40 años y llevo desde los 15 teniendo muy claro que quería ser madre. Conseguí mi fin a los 31 años, después de mucho luchar contra el sistema, o eso creía yo pues ahora creo que solo luchaba contra mi misma contra lo que siempre creí que era ser “una mujer libre”.

Como mujer que trabaja fuera de casa, y siguiendo siempre los patrones que se nos da desde niña, debes de poner en 1º persona tus objetivos, que son ser un ser libre e independiente. Tener trabajo digno y poder vivir honradamente con este, pero ¿dónde se quedo la maternidad en este nuevo patrón? Hablo de “nuevo patrón” porque antes hace 50 años sin ir más lejos una mujer si se quedaba en casa para cuidar a sus hijos hacia lo correcto, ahora si una mujer deja de trabajar para quedarse a cuidar a sus hijos se ve mal, está renunciando a su independencia.

Desde hace unos años se está trabajando a nivel sanitario para que cada vez más mujeres tengan un parto respetado y una lactancia satisfactoria, ¿Pero alguien se ha parado a pensar como lo viven las mujeres que no pueden permitirse una excedencia? ¿Aquellas que tienen problemas en su parto y una lactancia complicada y a las 16 semanas deben de incorporarse a trabajar una media de 7 horas diarias? ¿No es un paradigma? ¿No es una contradicción entre la salud y los cuidados?

Sabemos que una mujer que triunfa en el mundo laboral es reconocida socialmente, pero aquella que renuncia a su carrera por dar lo mejor a sus criaturas, a aquella solo le queda el sabor agri dulce de saber que hace lo mejor, pero puedo dar fe que muchas de estas mujeres luchan ante todo contra ellas mismas ya que no se las educó para esto.

Si nos ponemos a analizar todo lo que nos dice la OMS que es bueno para la crianza, podemos ver que primero hay que luchar con todo lo que nos han enseñado que es lo correcto. Por ejemplo el piel con piel, ahora todo el mundo tiene clarísimo que el piel con piel es lo mejor, pero solo las dos primeras horas del nacimiento y esto es así desde hace menos de 4 años pues mi hija menor tiene 4 años y a mí no me la pusieron piel con piel.

¿Pero qué pasa si le dices a una madre que lo haga con su bebe de un mes? Se ve bien pero con reparos, ¿y si se hace con niños más mayores? Entonces entramos en terreno muy pantanoso y yo me pregunto, ¿si el piel con piel es magnífico lo dice la OMS porque solo sirve para dos horas después del nacimiento?

En este marco podemos englobar todo lo que conlleva la crianza, la lactancia prolongada, el colecho, el sentir y vivir sin prejuicios disfrutándonos como seres y sin cargas sociales.

Creo sinceramente que esta lucha que tenemos ahora muchas mujeres entre lo que queremos y lo que podemos es el nuevo paradigma de la maternidad.

Escribo esto no solo basándome en mi propia experiencia, si no viendo a las madres que se acercan a que les demos asesoramiento de lactancia. Desde la lucha que ellas transmiten, desde lo que dejan ver y lo que realmente pueden hacer. Creo sinceramente que esta es la nueva situación de muchas mujeres con la maternidad en España.

Lola Ruiz Barrionuevo. Asesora de lactancia, Doula e Ingeniera

Terribles contradicciones en tiempos de cría

Cuerpo de mujer, especialmente diseñado para albergar una nueva vida y ayudarla a nacer... pudiera parecer un regalo divino... o quizás una maldición... o simplemente sea una función más de la hembra del ser humano... la función reproductora que dará continuidad a la especie...

Cada persona es un mundo, y como tal, cada aventura en su vida sucede y es entendida de distinta manera. Para mí, la maternidad siempre ha sido deseada, ¿por qué? pues no lo sé, porque sí, desde niña quise ser madre, sentía en mi interior ese deseo como lo más importante que sucedería en mi vida de adulta... y realmente así ha sido.

Pero, ¿la maternidad es solo tener un hijo? Y una vez que lo tienes ¿qué?, ¿lo entregas a la comunidad?

Desde que soy madre mi mayor preocupación ha sido tener que justificar mis actos. **La sociedad quiere que seas perfecta, pero perfecta a su manera, ¿y cómo es eso?, ¿lo que siento dentro no es lo que tiene que ser? Protejo a mis crías de todo lo que considero malo para ellas, pero ¿estoy equivocada? todo el mundo parece saber lo que es bueno para ellas, ¿y yo no?, quiero estar con ellas el mayor tiempo posible, tocarlas, acariciarlas, besarlas, amamantarlas... son parte de mí y mi responsabilidad es cuidarlas y protegerlas hasta que puedan valerse por sí mismas ¿no es cierto?**

Me dicen que las lleve a un sitio donde las cuidarán. ¿Por qué? Si las cuido yo.

Que allí se socializarán. ¿Por qué? Si conmigo se socializarán, junto a mis círculos familiares y de amistades.

Me dicen que tengo que trabajar fuera de casa...

Así que era eso... se trata de que si no, no soy un miembro productivo de la sociedad... ¿es porque me tienen que mantener económicamente?, ¿no me guardarán mi puesto de trabajo?, ¿no tendré nunca un puesto de trabajo? pero... ¿qué es esto?, resulta que lo importante ¿no son mis crías?, ¿es el crecimiento económico de la sociedad?, ¿hago caso a mi instinto y nado contracorriente?, ¿alguien me apoyará en ese camino?, ¿estoy sola?, ¿tengo que hacer caso al rebaño?, ¿al líder de la manada?

Si soy buena y cumplo con lo que hay que hacer, ¿me dejarán ser una más del grupo?, ¿tendré derecho a opinar si yo también gano dinero?, o ¿tendré que dar cuentas a quien lo trae a casa para mí y para las crías? Quiero dedicar el tiempo a mi prioridad, que en este momento son mis crías, pero, ¿qué pasará cuando mi prioridad deje de ser esa porque las crías hayan crecido?, ¿la sociedad volverá a admitirme como un miembro más?, ¿tendré que quedarme en el reducto de mi hogar para siempre, como un miembro de segunda categoría?, ¿no habré dedicado mi tiempo a “produ-

cir” nuevos miembros sanos para esa sociedad a la que pertenezco?, ¿entregar a mis crías es el precio que tengo que pagar por ser libre y tener derechos?

... ojalá esta sociedad apoyara la maternidad.

Soy madre de tres criaturas. La primera y la segunda nacidas en casa, fueron dos partos naturales, respetados, la tercera no sé cómo nació la primera vez, puesto que creció en el vientre de otra madre y vino a mí en un nuevo nacimiento, tras un proceso de adopción.

En la maternidad he tomado muchas decisiones, entre ellas parir en casa, sin intervenciones innecesarias; cambiar de pediatra por no sentir respeto hacia mí y mis hijos; cambiar de residencia y de colegio, huyendo de multitudes y posibles etiquetas; cambiar de trabajo, para permitirme más tiempo con ellos... y la verdad, estas decisiones no siempre fueron fáciles, aunque terminaba escuchando y haciendo lo que me decía mi instinto de madre. Hoy me siento muy orgullosa de haber sabido encajar las piezas, de haber logrado criar a mis hijos sin traicionarles y sin traicionarme a mí misma, a pesar de las dificultades encontradas.

Y en ello seguimos... entrando en época de adolescencia.

Anáis Isarre Parrilla. Técnica Superior en Animación Sociocultural

Lactancia simbólica. Lactancia y adopción

Soy una mujer madre de tres hijos, los dos primeros son biológicos y ya son adolescentes, la pequeña tiene dos años y medio y es adoptada. A los tres les he amamantado aunque de forma diferente, los dos primeros lo hicieron de forma exclusiva durante los primeros meses de vida y durante uno y dos años más respectivamente, combinando con otros alimentos. Con la pequeña la experiencia está siendo diferente.

Antes de adoptarla tuve la suerte de conocer a otra mamá que estaba amamantando a una hija a adoptada y me abrió los ojos. Recogimos a Rocío con 18 meses asustada y enfadada por separarse de sus cuidadores en China. La manera de ganármela fue con mucho contacto, paciencia y cariño.

Desde el principio dormimos juntas y en cuanto cogió confianza le mostré bebés y mamás amamantando y le dije que allí había leche, lo entendió rápidamente. Le dije si quería probar ofreciéndole mi pecho, a ella le gustó la idea y se acercó a chupar y tocar con su boca y con sus manos. Enseguida quiso repetir y periódicamente se ponía a mamar, siempre de forma breve, chupando un ratito en cada pecho y diciendo “ya está” enseguida.

Se la veía cada día más feliz y confiada y yo me sentía más próxima y accesible para ella. No he tenido crecidas de leche, no es una lactancia como se entiende normalmente, ese no ha sido mi objetivo y además la niña ya era mayorcita cuando me la dieron. Lo bonito de la experiencia es que ella recupera la sensación de mama, establece un contacto real conmigo, tiene acceso al calor, al olor, al tacto de mi cuerpo a través de mi pecho y así siente que verdaderamente soy su madre.

Ella, que fue abandonada en cuanto nació, puede ahora sentir a mama, algo que debía haber hecho los primeros meses de su vida. Este amamantamiento es simbólico pero siento que le llena de felicidad y de amor. Por supuesto que hay otras muchas maneras de conectar con un hijo pero creo que esta es la manera primordial.

Ahora que ya tiene dos años y medio va dejando de interesarse por mi pecho, creo que ya no lo necesita, yo tampoco. Os puedo asegurar que se la ve una niña muy feliz y la quiero igual que a mis hijos mayores.

Menchu Blasco. Puericultora. Consejera de lactancia

Bibliografía

- i Duffy FH, Als H, McAnulty GB. Behavioral and electrophysiological evidence for gestational age effects in healthy preterm and fullterm infants studied two weeks after expected due date. *Child Dev.* 1990 Aug;61(4):271-86
- ii Katrina Braun. The Prefrontal-Limbic System: Development, Neuroanatomy, Function, and Implications for Socioemotional Development. *Clin Perinatol* 38 (2011) 685–702
- iii Talge NM, Neal C, Glover V (2007) Antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment: how and why? *J Child Psychol Psychiatry.* 48 :245-61
- iv Pearson H. Your destiny, from day one. *Nature.* 2002 Jul 4;418(6893):14-5.
- v Huppertz B. The feto-maternal interface: setting the stage for potential immune interactions *Semin Immunopathol* 2007 Jun;29(2):83-94.
- vi Brunton PJ, Russell JA. The expectant brain: adapting for motherhood. *Nat Rev Neurosci.* 2008 Jan;9(1):11-25.
- vii Brizendine L. El cerebro femenino. 5ª edición RBA libros. 2007; pag 122
- viii Paus T, Collins DL, Evans AC, Leonard G, Pike B, Zijdenbos A. Maturation of white matter in the human brain: a review of magnetic resonance studies. *Brain Res Bull.* 2001 Feb;54(3):255-66.
- ix De Felipe J. Brain plasticity and mental processes: Cajal again. *Nature Reviews.* 2006; 7: 811-817
- x Teicher MH, Andersen SL, Polcari A, Anderson CM, Navalta CP. Developmental neurobiology of childhood stress and trauma. *Psychiatr Clin North Am.* 2002 Jun;25(2):397-426, vii-viii.
- xi Champagne FA. Epigenetic influence of social experiences across the lifespan. *Dev Psychobiol* 2010;52(4):299–311
- xii O'Connor TG, Heron J, Golding J, Beveridge M, Glover V (2002) Maternal Antenatal Anxiety and Behavioural Problems in Early Childhood. *Brit J Psychiat* 180, 502-508.
- xiii O'Connor, T.G., Heron, J., Golding, J., & Glover, V., and the ALSPAC study team (2003). Maternal Antenatal Anxiety and Behavioural/Emotional Problems in Children: A Test of a Programming Hypothesis. *J Child Psychol Psychiat* 44,1025-1036.
- xiv Bergman K, Sarkar P, O'Connor TG, Modi N, Glover V (2007) Maternal stress during pregnancy predicts cognitive ability and fearfulness in infancy. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatr* 46: 1454-1463.

- xv Dancause KN, Laplante DP, Oremus C, Fraser S, Brunet A, King S. Disaster-related prenatal maternal stress influences birth outcomes: project Ice Storm. *Early Hum Dev.* 2011 Dec;87(12):813-20. Epub 2011 Jul 23.
- xvi Schlotz W, Phillips DI. Fetal origins of mental health: evidence and mechanisms. *Brain Behav Immun* 2009;23(7):905-16
- xvii Oberlander TF, Weinberg J, Papsdorf M, et al. Prenatal exposure to maternal depression, neonatal methylation of human glucocorticoid receptor gene (NR3C1) and infant cortisol stress responses. *Epigenetics* 2008;3(2):97-106.
- xviii Radtke KM, Ruf M, Gunter HM, et al. Transgenerational impact of intimate partner violence on methylation in the promoter of the glucocorticoid receptor. *Transl Psychiatry* 2011;1:e21.
- xix Barbazanges A, Piazza PV, Le Moal M, et al. Maternal glucocorticoid secretion mediates long-term effects of prenatal stress. *J Neurosci* 1996;16(12):3943-9
- xx Weinstock M. The long-term behavioural consequences of prenatal stress. *Neurosci Biobehav Rev* 2008;32(6):1073-86
- xxi Van Heteren CF, Boekkooi PF, Jongsma HW, Nijhuis JG. Fetal learning and memory. *Lancet.* 2000 Sep 30;356(9236):1169-70.
- xxii Groome LJ, Watson JE, Dykman RA. Heart rate changes following habituation testing of the motor response in normal human fetuses. *Early Hum Dev.* 1994 Jan;36(1):69-77.
- xxiii Graven SN. Early neurosensory visual development of the fetus and newborn. *Clin Perinatol.* 2004 Jun;31(2):199-216, v.
- xxiv Philbin MK . Planning the acoustic environment of a neonatal intensive care unit. *Clin Perinatol.* 2004 Jun;31(2):331-52, viii.
- xxv Marlier L, Schaal B, Soussignan R. Neonatal responsiveness to the odor of amniotic and lacteal fluids: a test of perinatal chemosensory continuity. *Child Dev.* 1998 Jun;69(3):611-23.
- xxvi Rivkees SA. Emergence and influences of circadian rhythmicity in infants. *Clin Perinatol.* 2004 Jun;31(2):217-28, v-vi.
- xxvii Carrera JM, Kurjak A. Conducta fetal: Estudio ecográfico de la neurología fetal. Editado Elsevier Masson. 2008; pag 175-179.
- xxviii Schaal B, Marlier L, Soussignan R . Responsiveness to the odour of amniotic fluid in the human neonate. *Biol Neonate.* 1995;67(6):397-406.
- xxix Schaal B, Marlier L, Soussignan R Olfactory function in the human fetus: evidence from selective neonatal responsiveness to the odor of amniotic fluid. *Behav Neurosci.* 1998 Dec;112(6):1438-49.

- xxx Marlier L, Schaal B, Soussignan R. Bottle-fed neonates prefer an odor experienced in utero to an odor experienced postnatally in the feeding context. *Dev Psychobiol.* 1998 Sep;33(2):133-45.
- xxxi Anand KJ, Sippell WG, Aynsley-Green A. Pain, anaesthesia, and babies. *Lancet.* 1987 Nov 21;2(8569):1210.
- xxxii Smith RP, Gitau R, Glover V, Fisk NM. Pain and stress in the human fetus. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2000 Sep;92(1):161-5.
- xxxiii Uno H, Lohmiller L, Thieme C, Kemnitz JW, Engle MJ, Roecker EB, Farrell PM. Brain damage induced by prenatal exposure to dexamethasone in fetal rhesus macaques. I. Hippocampus. *Brain Res Dev Brain Res.* 1990 May 1;53(2):157-67.
- xxxiv Schaal B, Hummel T, Soussignan R. Olfaction in the fetal and premature infant: functional status and clinical implications. *Clin Perinatol.* 2004 Jun;31(2):261-85, vi-vii.
- xxxv Gitau R, Cameron A, Fisk NM, Glover V. (1998) Fetal exposure to maternal cortisol. *Lancet* 352, 707-708.
- xxxvi Gitau R, Fisk NM, Cameron A, Teixeira J, Glover V. (2001). Fetal HPA stress responses to invasive procedures are independent of maternal responses. *J Clin End Met.* 86, 104-109.
- xxxvii Teixeira J, Fisk N, Glover V. (1999) Association between maternal anxiety in pregnancy and increased uterine artery resistance index: cohort based study. *BMJ* 318, 153-157.
- xxxviii Glover V, Bergman K, Sarkar P, O'Connor TG. (2009) Association between maternal and amniotic fluid cortisol is moderated by maternal anxiety. *Psychoneuroendocrinology.* 34(3) 430-5.
- xxxix Alberts JR. Learning as adaptation of the infant. *Acta Paediatr Suppl.* 1994 Jun;397:77-85.
- xl Harlow HF, Dodsworth RO, Harlow MK. "Total social isolation in monkeys," *Proc Natl Acad Sci U S A.* 1965
- xli Kamath BD, Todd JK, Glazner JE, Lezotte D, Lynch AM Neonatal outcomes after elective cesarean delivery. *Obstet Gynecol.* 2009 Jun;113(6):1231-8.
- xlii MacDorman MF, Declercq E, Menacker F, Malloy MH. Neonatal mortality for primary cesarean and vaginal births to low-risk women: application of an "intention-to-treat" model. *Birth.* 2008 Mar;35(1):3-8.
- xliii Wiklund I, Edman G, Andolf E. Cesarean section on maternal request: reasons for the request, self-estimated health, expectations, experience of birth and signs of depression among first-time mothers. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2007;86(4):451-6.
- xliv Roduit C, Scholtens S, de Jongste JC, Wijga AH, Gerritsen J, Postma DS, Brunekreef B, Hoekstra MO, Aalberse R, Smit HA. Asthma at 8 years of age in children born by caesarean section. *Thorax.* 2009 Feb;64(2):107-13. Epub 2008 Dec 3.

- xlvi Stein PD, Matta F, Yaekoub AY . Incidence of amniotic fluid embolism: relation to cesarean section and to age. *J Womens Health (Larchmt)*. 2009 Mar;18(3):327-9.
- xlvi Lin SY, Hu CJ, Lin HC. Increased risk of stroke in patients who undergo cesarean section delivery: a nationwide population-based study. *Am J Obstet Gynecol*. 2008 Apr;198(4):391.e1-7. Epub 2008 Feb 14.
- xlvii Pérez-Ríos N, Ramos-Valencia G, Ortiz AP. Cesarean delivery as a barrier for breastfeeding initiation: the Puerto Rican experience. *J Hum Lact*.2008 Aug;24(3):293-302. Epub 2008 Jun 6.
- xlviii IHAN Calidad en la asistencia profesional al nacimiento y la lactancia Informes, Estudios e Investigación 2011. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- xlix Gómez Papi A, Baiges T, Batiste MT, Marca MM, Nieto A, Closa R. Método canguero en la sala de partos. *An Esp Pediatr*. 1998; 48: 631-633
- i Rosenblatt JS. Psychobiology of maternal behavior: contribution to the clinical understanding of maternal behavior among humans. *Acta Paediatr Suppl*. 1994 Jun; 397:3-8.
- ii Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 5. Art. No.: CD003519. DOI:10.1002/14651858.CD003519.pub3.
- iii Olza Fernández, I., Marín Gabriel, M., Malalana Martínez, A., Fernández-Cañadas Morillo, A., López Sánchez, F. and Costarelli, V. (2012), Newborn feeding behaviour depressed by intrapartum oxytocin: a pilot study. *Acta Paediatrica* 2012 Jul;101(7):749-54.
- liii Widström AM, Lilja G, Aaltomaa-Michalics P, Dahllöf A, Lintula M, Nissen E. Newborn behaviour to locate the breast when skin-to-skin: a possible method for enabling early self-regulation. *Acta Paediatr*. 2011 Jan;100(1):79-85.
- liv National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Caesarean section. NICE guideline. London (UK): National Institute for Clinical Excellence (NICE); 2004.Apr.38p. (Clinical guideline, N° 13).
- lv Rowe-Murray HJ, Fisher JR. Baby friendly hospital practices: caesarean section is a persistent barrier to early initiation of breastfeeding. *Birth* 2002;29:24–31.
- lvi Smith J,Plaat F, Fisk NM. The Natural caesarean. *BJOG* 2008;115: 1037–1042
- lvii Hung KJ, Berg O. Early skin-to-skin after cesarean to improve breastfeeding. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2011 Sep-Oct;36(5):318-24; quiz 325-6.
- lviii Lusskin SI; Misri S. Postpartum blues and depression. *UpToDate*, Mayo 2011.

- lix Brett Schrewe, Annie Janvier, Keith Barrington. Life-threatening event during skin-to-skin contact in the delivery room. *BMJ Case Reports* 2010; doi:10.1136/bcr.11.2010.3475
- lx Andres V, Garcia P, Rimet Y, Nicaise C, Simeoni U. Apparent life-threatening events in presumably healthy newborns during early skin-to-skin contact. *Pediatrics*. 2011 Apr;127(4):e1073-6. Epub 2011 Mar 14.
- lxi Becher JC, Bhushan SS, Lyon AJ. Unexpected collapse in apparently healthy newborns – a prospective national study of a missing cohort of neonatal deaths and near-death events. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2012;97:F30?F34. doi:10.1136/F30adc.2010.208736
- lxii Fleming PJ. Unexpected collapse of apparently healthy newborn infants: the benefits and potential risks of skin-to-skin contact. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2012 Jan;97(1):F2-3. Epub 2011 Sep 12.
- lxiii Poets A, Steinfeldt R, Poets CF. Sudden deaths and severe apparent life-threatening events in term infants within 24 hours of birth. *Pediatrics* 2011;127:e869–73.
- lxiv Cuidados desde el nacimiento: Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. Sanidad 2010 Ministerio de Sanidad y Política Social.
- lxv Erlandsson K, Dsilna A, Fagerberg I, Christensson K. Skin-to-skin care with the father after cesarean birth and its effect on newborn crying and prefeeding behavior. *Birth*. 2007 Jun;34(2):105-114.
- lxvi American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics* 2012;129:e827–e841
- lxvii Christensson K, Siles C, Moreno L, Belaustequi A, De La Fuente P, Lagercrantz H, Puyol P, Winberg J. Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. *Acta Paediatr*. 1992 Jun-Jul;81(6-7):488-93.
- lxviii Franceschini, R., Venturini, P. L., Cataldi, A., Barreca, T., Ragni, N., & Rolandi, E. (1989). Plasma beta-endorphin concentrations during suckling in lactating women. *British Journal of Obstetric Gynaecology*, 96(6), 711–713.
- lxix Hooper LV, Midtvedt T, Gordon JI. How host-microbial interactions shape the nutrient environment of the mammalian intestine. *Annu Rev Nutr*. 2002;22:283–307
- lxx Underwood MA, Gilbert WM, Sherman MP. Amniotic fluid: not just fetal urine anymore. *J Perinatol* 2005;25(5):341–348. [PubMed: 15861199]
- lxxi Wagner CL, Taylor SN, Johnson D. Host factors in amniotic fluid and breast milk that contribute to gut maturation. *Clin Rev Allergy Immunol* 2008;34(2):191–204. [PubMed: 18330727]
- lxxii Brandtzaeg P. The mucosal immune system and its integration with the mammary glands. *J Pediatr* 2010;156(2):S8–S15. [PubMed: 20105666]

- lxxiii Steenwinckel V, Louahed J, Lemaire MM, et al. IL-9 promotes IL-13-dependent Paneth cell hyperplasia and up-regulation of innate immunity mediators in intestinal mucosa. *J Immunol* 2009;182(8):4737-4743. [PubMed: 19342650]
- lxxiv Bornstein M. Sensitive periods in development. Structural characteristics and causal interpretation. *Psychol Bull* 1989;105: 179 -97.
- lxxv Shore AN. Effects of a Secure Attachment Relationship on Right Brain Development, Affect Regulation, and Infant Mental Health. *Infant Mental Health Journal*, 22, 7-66
- lxxvi Shore A. Back to basics: attachment, affect regulation and the developing right brain. Linking developmental neuroscience to Pediatrics *Pediatr Rev*. 2005; 26: 204-17
- lxxvii K Uvnäs Moberg. Oxitocina la hormona de la calma, el amor y la sanación. 2009 Ed Obelisco SL
- lxxviii Varendi H, Porter RH, Winberg. The effect of labor on olfactory exposure learning within the first postnatal hour. *J Behav Neurosci*. 2002 Apr;116(2):206-11.
- lxxix Brennan P, Kaba H, Keverne EB. Olfactory recognition: a simple memory system. *Science* 1990 Nov 30;250(4985):1223-6.
- lxxx Wilson DA, Best AR, Sullivan RM. Plasticity in the olfactory system: lessons for the neurobiology of memory. *Neuroscientist*. 2004 Dec;10(6):513-24.
- lxxxi Bystrova K, Widström AM, Matthiesen AS, Ransjö-Arvidson AB, Welles-Nyström B, Wassberg C, Vorontsov I, Uvnäs-Moberg K. Skin-to-skin contact may reduce negative consequences of "the stress of being born": a study on temperature in newborn infants, subjected to different ward routines in St. Petersburg. *Acta Paediatr*. 2003;92(3):320-6.
- lxxxii Lagercrantz H, Slotkin TA. The "stress" of being born. *Sci Am*. 1986 Apr;254(4):100-7.
- lxxxiii Anderson GC, Chang HP, Behnke M, Conlon M, Eyler FD, Self-regulatory mothering (SR) postbirth: Effect on, and correlation between, infant crying and salivary cortisol. *Pediatr Res* 1995;37:12A
- lxxxiv Miller NM, Fisk NM, Modi N, Glover V (2005) Stress responses at birth: determinants of cord arterial cortisol and links with cortisol response in infancy. *Bjog*; 112(7): 921-6.
- lxxxv Glover V, Miles R , Matta S, Modi N, Stevenson J. (2005) Glucocorticoid exposure in preterm babies predicts saliva cortisol response to immunisation at 4 months. *Ped Res* ; 58(6):1233-1237.
- lxxxvi O'Connor TG, Ben-Shlomo Y, Heron J, Golding J, Adams D, Glover V (2005) Prenatal Anxiety Predicts Individual Differences in Cortisol in Pre-Adolescent Children *Biol Psychiatry* ; 58:211-217.
- lxxxvii McKenna JJ, Mosko SS, Richard CA. Bedsharing promotes breastfeeding. *Pediatrics*. 1997;100(2 Pt 1):214-9.

- lxxxviii Blair PS, Heron J, Fleming PJ. Relationship between bed sharing and breastfeeding: Longitudinal population based analysis. *Pediatrics* 2010;126:e1119-26.
- lxxxix Porter L. All night long: understanding the world of infant sleep. *Breastfeeding Rev.* 2007;15 (3):11-5
- xc Kinney HC, Thach BT. The sudden infant syndrome. *N Engl J Med.* 2009;361:795-805
- xci Landa Rivera L, Díaz-Gómez M, Gómez Papi A, Paricio Talayero JM, Pallás Alonso CR, Hernández Aguilar MT y cols. El colecho favorece la práctica de la lactancia materna y no aumenta el riesgo de muerte súbita del lactante. *Dormir con los padres. Rev Pediatr Aten Primaria.* 2012;14:53-60.
- xcii Blair PS, Fleming PJ, Smith IJ, Platt MW, Young J, Nadin P, Berry PJ, Golding J. Babies sleeping with parents: case-control study of factors influencing the risk of the sudden infant death syndrome. CESDI SUDI research group. *BMJ.* 1999 Dec 4;319(7223):1457-61.
- xciii Kendall-??Tackett, K.A., Cong, Z., & Hale, T.W.(2010). Mother-??infant sleep locations and nighttime feeding behaviors: U.S. data from the Survey of Mothers' Sleep and Fatigue. *Clinical Lactation*,1, 27-36.
- xciv Montgomery--?Downs HE, Clawges HM, Santy EE. Infant Feeding Methods and Maternal Sleep and Daytime Functioning. *Pediatrics.* 2010 Dec;126(6):e1562--?e1568.
- xcv McKenna JJ, Ball HL, Gettler LT. Mother-Infant Cosleeping, Breastfeeding and Sudden Infant Death Syndrome: What Biological Anthropology Has Discovered About Normal Infant Sleep and Pediatric Sleep Medicine. *Yearbook Physical Anthropology.* 2007;50:133-61.
- xcvi Anderson GC. Risk in mother-infant separation postbirth. *Image J Nurs Sch.* 1989;21(4):196-9.
- xcvii Joan L. Luby,1, Deanna M. Barcha,b,c, Andy Beldena, Michael S. Gaffreya, Rebecca Tillmana, Casey Babba,Tomoyuki Nishinoa, Hideo Suzukia, and Kelly N. Botterona . Maternal support in early childhood predicts larger hippocampal volumes at school age. *PNAS*, 2012, February 21, 109(8), c 2854–2859.
- xcviii Australian Association for Infant Mental Health Inc. Affiliated with the World Association for Infant Mental Health www.aaimhi.org. Position Paper 1: Controlled Crying. Issued November 2002; Revised March 2004
- xcix Goldman AS. Evolution of immune functions of the mammary gland and protection of the infant. *Breastfeed Med* 2012;7:1321-142.
- c Smith J, Dunstone M, Elliott-Rudder M. Health professional knowledge of breastfeeding: are the health risks of infant formula feeding accurately conveyed by the titles and abstracts of journal articles?. *J Hum Lact.* 2009 Aug;25(3):350-8. Epub 2009 Apr 15.
- ci McNeil ME, Labbok MH, Abrahams SW. What are the risks associated with formula feeding? A re-analysis and review. *Breastfeed Rev.* 2010 Jul;18(2):25-32.

- cii Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D, et al. Breastfeeding and Maternal and Infant Health Outcomes in Developed Countries, Evidence Report/Technology Assessment No. 153, AHRQ Publication No. 07-E007, Rockville, Md: Agency for Healthcare Research and Quality. Retrieved September 4, 2009 from www.ahrq.gov/downloads/pub/pdf/brfout/brfout.pdf
- ciii Paricio Talayero JM, Lizán-García M, Otero Puime A, Benlloch Muncharaz MJ, Beseler Soto B, Sánchez-Palomares M, Santos Serrano L, Rivera LL Full breastfeeding and hospitalization as a result of infections in the first year of life. *Pediatrics*. 2006 Jul;118(1):e92-9.
- civ Alison Stuebe, MD, MSc. The Risks of Not Breastfeeding for Mothers and Infants. *Rev Obstet Gynecol*. 2009;2(4):222-231 doi: 10.3909/riog0093.
- cv Camilla Krogh, Robert J. Biggar, Thea K. Fischer, Morten Lindholm, Jan Wohlfahrt Bottle-feeding and the Risk of Pyloric Stenosis. *Pediatrics* 2012, 130 (4), DOI: 10.1542/peds.2011-2785
- cvi Ferguson A. Mechanisms in adverse reactions to food. The gastrointestinal tract. *Allergy* 1995;50(s20):33-40.
- cvi Gribble K. Mechanisms behind breastmilk's protection against, and artificial baby milk's facilitation of, diarrhoeal illness. *Breastfeed Rev*. 2011;19(2):19-26.)
- cvi Kramer MS, Aboud F, Mironova E, Vanilovich I, Platt RW, Matush L, Igumnov S, Fombonne E, Bogdanovich N, Ducruet T, Collet JP, Charlmers B, Hodnett E, Davidovsky S, Skugarevsky O, Trofimovich O, Kozlova L, Shapiro S, PROBIT Study Group. Breastfeeding and child cognitive development: New evidence from a large randomized trial. *Arch Gen Psychiatry*. 2008;65(5):578-584.)
- cix Hauck FR, Thompson JMD, Tanabe KO, Moon RY, Vennemann MM. Breastfeeding and reduced risk of Sudden Infant Death Syndrome: A metaanalysis. *Pediatrics*. 2011;128(1):103-110
- cix Wasilewska J, Sienkiewicz-Szlapka E, Kuzbida E, Jarmolowska B, Kaczmarek M, Kostyra E. The exogenous opioid peptides and DPPIV serum activity in infants with apnoea expressed as apparent life threatening events (ALTE). *Neuropeptides*. 45(3):189-195.

El documento que se presenta continúa la línea de los que le anteceden en el marco de las Estrategias de Atención al Parto Normal y de Salud Reproductiva, insistiendo en la importancia de contemplar el embarazo, parto, nacimiento y lactancia como un proceso fisiológico de gran importancia y trascendencia en la vida de las mujeres, bebés, parejas y familias.

Explica el proceso neurobiológico y las posibles consecuencias de las alteraciones de la neurofisiología, con el fin de garantizar resultados óptimos para la madre y el bebé. Señala la importancia de las primeras horas de la/el recién nacido en contacto precoz piel con piel con la madre, y resalta en las funciones vitales, que aparte de necesitar un aprendizaje o conocimiento, conllevan sentimientos, sensaciones y emociones. También contribuye a visibilizar y comprender la compleja realidad existencial de la maternidad, resaltando los fundamentos éticos de la condición humana y su evolución histórica, así como el reconocimiento económico social y cultural que merece el trabajo de cuidados de maternidad realizado por las mujeres.

Enfoca la maternidad desde la óptica de la salud para resaltar los aspectos biológicos, neurológicos, emocionales, sociales y vivenciales, como base del conocimiento y el reconocimiento a las capacidades de las mujeres y el vínculo con la criatura. Es el enfoque basado en la evidencia científica y las buenas prácticas, que señalan como primordial el respeto al proceso fisiológico y que cualquier intervención debe ser valorada para ser aplicada sólo si ha demostrado beneficio y está de acuerdo con las necesidades y deseos de cada mujer. Una atención sanitaria que difiere sensiblemente de otros procedimientos médicos ya que está dirigida a población sana, durante un proceso fisiológico lleno de vida, y no de enfermedad.

