



**“MUJER, MATERNIDAD Y LACTANCIA”**

Importancia de las relaciones afectivas en el desarrollo  
psíquico y emocional del hijo

**DISCURSO**

pronunciado por el

**ILMO. SR. DON JUAN ANTONIO MOLINA FONT**

en su recepción académica

y

**CONTESTACIÓN**

del

**EXCMO. SR. DON MANUEL CRUZ HERNÁNDEZ**

SILLÓN  
Nº  
8

En la sesión celebrada en el Salón de Actos de la Real Academia de Medicina  
el día 21 de febrero

**GRANADA**  
1998

Silla  
No. 8

REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA DE GRANADA



**“MUJER, MATERNIDAD Y LACTANCIA”**

Importancia de las relaciones afectivas en el desarrollo  
psíquico y emocional del hijo

DISCURSO

pronunciado por el

**ILMO. SR. DON JUAN ANTONIO MOLINA FONT**

en su recepción académica

y

CONTESTACIÓN

del

**EXCMO. SR. DON MANUEL CRUZ HERNÁNDEZ**

En la sesión celebrada en el Salón de Actos de la Real Academia de Medicina

el día 21 de febrero

GRANADA

1998

Excmo. Sr. Presidente de la Real Academia de Medicina  
Excelentísimos e Ilustrísimos Señores Académicos  
Excelentísimas e Ilustrísimas Autoridades  
Señoras y Señores  
Compañeros, familiares, amigos todos:

Cuando en octubre del año 1954 inicié los estudios en la Facultad de Medicina de Cádiz, no podía imaginar que 43 años después, me encontraría en esta tribuna leyendo el discurso de ingreso en esta docta Corporación. Mi presencia aquí no se justifica por mis méritos, insuficientes y modestos, sino por vuestra generosidad, que me permite ser recibido en el seno de esta Real Academia de Medicina de Granada y que me obliga y compromete a corresponder a vuestra generosidad y confianza con la dedicación y el trabajo para cumplir las tareas que me sean encomendadas. El agradecimiento lo manifiesto en primer lugar a los señores académicos que propusieron mi candidatura, profesores Campos Muñoz, Gálvez Rodríguez y Martínez Valverde, y después a todos aquellos que me votaron.

En este momento, largamente esperado, se hacen presentes recuerdos, añoranzas, vivencias y agradecimientos, que me hacen retroceder en el tiempo y rememorar mis primeros años de infancia y juventud. En primer lugar, de la ciudad en que nací, me crié y estudié: Cádiz. Esa ciudad llena de cúpulas y minaretes, con una claridad especial que unifica la tonalidad del agua y del cielo, y que, vayas donde vayas, siempre terminas yendo al mar. Esa ciudad en donde se depura, en cierto modo, la vieja escuela de la sabiduría popular andaluza, con esa mezcla perfectamente dosificada de cachondeo por libre y estricta civilización, según la espléndida descripción de Caballero Bonal<sup>1</sup>. De pronto vienen a mi memoria la Torre de Tavira, los balcones atlánticos del Campo del Sur, la Alameda de Apodaca o la Caleta, o los Jardines del Parque Genovés, los ficus gigantes del hospital de Mora, de presencia obligada al entrar en el hospital, o el drago milenario de la Facultad de Medicina, hoy desgraciadamente desaparecido. Pues bien, en esa ciudad crecí y estudié y en ella se despertó la vocación por la Medicina primero y por la Pediatría después.

<sup>1</sup> Caballero Bonal, J. M. *De la sierra a la mar de Cádiz*. Ed. ARESA 1988.

Recuerdo los años en la Facultad de Medicina, por entonces dependiente de la Universidad de Sevilla, en la cual excelentes profesores consolidaron mi formación y mi vocación. Una circunstancia que quiero destacar, por lo que significó, fue la incorporación a la Facultad de Medicina, como catedrático de Pediatría, del Prof. Manuel Cruz Hernández, procedente de la Universidad de Granada, cuando yo cursaba el 4º año de la licenciatura. Su llegada supuso una verdadera revolución en la enseñanza de la Pediatría y el semillero de numerosas vocaciones pediátricas. El Prof. Cruz, don Manuel, supuso la reafirmación de mi incipiente vocación pediátrica y el comienzo de una nueva etapa en mi orientación. Después de siete años trabajando a su lado en la Clínica de Pediatría de Cádiz seguí sus pasos, como hacíamos antes los discípulos, y me trasladé a Barcelona, en cuya Facultad de Medicina tuve la suerte y la oportunidad de trabajar a su lado durante trece años, pasando por todos los escalones del profesorado, hasta que el año 1977 me incorporé a esta Facultad como catedrático de Pediatría. Quiero aprovechar este momento para rendir público homenaje de gratitud, admiración y respeto a su figura y a todo lo que ha significado para la Pediatría española y para sus numerosos discípulos. Don Manuel ha sido todo para la Pediatría y fruto de ello es el numeroso grupo de sus discípulos y el haber creado una Escuela Pediátrica, a la cual tengo la suerte de pertenecer, y que se entronca con la Escuela de Granada, formando una verdadera unidad. Para mí ha sido y sigue siendo un maestro y, sobre todo, un amigo. Como una muestra más de esa amistad, hoy ha tenido la gentileza de contestar a este discurso. Muchas gracias, don Manuel, por todo lo que ha significado y significa para mí, por su ejemplo, por su generosidad y por tantas cosas, y sobre todo por estar hoy entre nosotros.

En este capítulo de agradecimientos, no puedo dejar de mencionar a mis padres, que me educaron e inculcaron el sentido del deber, del trabajo diario y del servicio a los demás y a los que dedico un recuerdo emocionado y agradecido. A mis hermanos, aquí presentes, cuya convivencia y ayuda fueron determinantes en mi formación como persona. Y, por supuesto, a mi familia actual, a mi esposa y a mis hijos. Ella ha sido el respaldo afectivo que me ha permitido realizar cualquier objetivo y, junto con mis hijos, ha sido el motor que me ha dado fuerzas para seguir el camino. Por todo ello, gracias.

También quiero mencionar a todos los componentes del Departamento de Pediatría de la Universidad de Granada, excelentes profesionales, brillantes profesores y, sobre todo, grandes amigos, que con su colaboración, generosidad y ayuda han facilitado en gran manera mi labor.

Soy consciente del sillón que voy a ocupar, el número ocho, reservado a la Pediatría y a la persona que voy a sustituir, don Antonio Galdó Villegas. Ello me causa una profunda preocupación, ya que no es fácil, yo diría imposible, llenar su hueco y hacerse merecedor de tan alto honor. Don Antonio ingresó en esta Real Academia el 13 de marzo de 1955, hace casi 43 años, cuando el que hoy os habla iniciaba los estudios de la licenciatura, con un discurso sobre "La inmunoprofilaxis en la lucha contra la poliomiéltis". En una época en la que esta enfermedad causaba centenares de víctimas en la población infantil, dicho discurso avanzaba las medidas de prevención, incluida la posible vacuna, que muy poco tiempo después sería una venturosa realidad. El 26 de febrero de 1994 se cerró su biografía entre nosotros. Ese día lo perdió la Universidad, lo perdió esta Real Academia, lo perdió su familia, lo perdieron sus numerosos discípulos, lo perdimos todos. No voy, aquí y ahora, a hacer una semblanza de su figura y de su enorme personalidad, que ya fue realizada en esta Academia el 21 de noviembre de 1994, con intervenciones brillantes y sentidas de los profesores y académicos Campos Muñoz, Guirao Pérez, Bueno Sánchez, Martínez Valverde, Cruz Hernández y Piédrola Angulo<sup>2</sup>. Sólo deseo manifestar la admiración por su figura, la responsabilidad que contraigo al ocupar su sillón y la incertidumbre de si sabré estar a la altura de su memoria y de sus méritos. Confío en que Dios me ilumine y me dé fuerzas para cumplir dignamente con la responsabilidad que hoy contraigo ante vosotros y espero no defraudaros.

Elegir un tema para este discurso no ha sido para mí tarea fácil. Para un pediatra generalista, que, después de haber traspasado el sexto decenio de su vida, cree haber vivido y practicado todas las modalidades del ejercicio del quehacer pediátrico, la primera tentación fue elegir un tema de pediatría clínica y abordarlo desde un punto de vista científico. Posiblemente habría sido interesante y quizá de cierta utilidad. Sin embargo, después de muchas vacilaciones, me he decantado por un tema que siempre me ha apasionado y que estoy seguro interesará a la mayoría. Desde mis comienzos en el ejercicio de la Pediatría, cuando contemplaba a un niño, tanto sano como enfermo, he tenido siempre presente que para hacer realidad ese niño tiene que haber detrás, ¿o delante?, unos padres, y sobre todo una madre, que le hayan dado la vida. Siempre he admirado la figura y la realidad de la mujer-madre, con todo lo que significa de entrega, generosidad y sacrificio. Por eso he elegido el tema **"MUJER, MATERNIDAD Y LACTANCIA: Importancia de**

<sup>2</sup> Actualidad Médica. Real Academia de Medicina. Tomo 81, nº 738, pp. 175-193.1995. Véase también: M. Cruz. *Archivos de Pediatría*, 1994;45:113-115, y M. Cruz. *Actualidad Médica*, 1995;81:241.



**las relaciones afectivas en el desarrollo psíquico y emocional del hijo**", a lo largo del cual intentaré estudiar al hijo, al niño, y a través de él o con él hacer unas reflexiones sobre el significado de la maternidad y ofrecerlo como homenaje de reconocimiento y gratitud a todas las madres, las que fueron, las que son y las que lo sean en el futuro.

Hablar de maternidad obliga a hablar de la mujer, ya que, hoy por hoy, y aunque algunos pretendan lo contrario, la maternidad es un privilegio y un espacio reservado exclusivamente a la mujer. Tanto se ha hablado y escrito de la mujer a lo largo de la historia, que se diría que la propia historia es femenina, y en buena medida se ha escrito en torno y por influencia de la mujer. "Por una mujer vino el pecado al mundo y por otra mujer, nos vino la salvación." A lo largo de mi discurso trataré sucesivamente del concepto y del papel de la mujer en el momento actual, de la maternidad como situación y realidad, de las distintas formas de maternidad y, ¿por qué no?, también de la paternidad, del papel del padre, con su nuevo protagonismo y su nueva identidad, del niño-hijo y del niño-padre, de las interrelaciones con su madre y de las influencias que el ambiente materno y familiar tienen en su crecimiento y desarrollo.

Es posible que a algunos pueda parecer chocante e incluso fuera de lugar, que un pediatra les hable de la mujer, de la madre y de la familia. Pero es que un pediatra debe conocer no sólo los problemas propios de los niños, sino que, al mismo tiempo, debe entender de todo lo relacionado con la familia, incluyendo, por supuesto, a la madre. Nuestra actividad nos coloca en una posición de privilegio para abordar todos estos problemas que rodean al niño y enfocarlos con una visión amplia, dada la importancia que el entorno, humano y material, tiene sobre el menor. Los pediatras actuales no sólo deben ser médicos científicos, preventivos, asistenciales y sociales, que cuidan al menor desde el nacimiento a la adolescencia, sino que también deben tener una proyección de futuro, destacando la vertiente preventiva y también la social<sup>3</sup>, buscando siempre el objetivo último de conseguir niños sanos y felices, añadiendo la preocupación por el adulto que procederá de ese niño, ya que "el niño es el padre del hombre".<sup>4</sup>

<sup>3</sup> M. Cruz. "Bases de la enseñanza de la Pediatría". *An Esp Pediatr*, 1997;97:p.1. Véase también: M. Cruz, "Perspectivas presentes y futuras de la Pediatría", *Arch Pediatr*, 1989;40:393; M. Cruz, "Nuevas responsabilidades en Pediatría". *Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía*. Cádiz, 1991:27-105. M. Cruz, "Promoción de la salud del adulto en la edad pediátrica". *An Esp Pediatr*, 1994;40:97-103.

<sup>4</sup> M. Cruz. "Buscando al padre del hombre". *Actualidad Med*, 1995;81:197-217.

## La mujer, en los tiempos actuales

A través de la historia, el concepto y la realidad de la mujer han sido muy cambiantes y con demasiada frecuencia la historia se ha escrito como si no hubiera más que hombres, con una nota al pie de página que nos dice que *también* hay mujeres. Existen excelentes y amplios estudios sobre la mujer, a los cuales remito para aquellos interesados en el tema<sup>5</sup>. Con ser de interés para nuestro objetivo el estudio de la mujer a través de la historia, es, sobre todo, su realidad actual, la que nos puede acercar con mayor fundamento a su influencia sobre la maternidad y la lactancia.

Hay que tener en cuenta que la existencia de la condición femenina en forma permanente es de origen cultural, histórico y no biológico. De alguna manera, ser mujer es una interpretación y, como escribe J. Marías, una doble interpretación: del varón respecto a la mujer y de la propia mujer en su soledad o respecto a otras mujeres, igual que el hombre se ve a sí mismo y en el espejo de la mujer. Es la única igualdad que probablemente existe entre los dos sexos: la esencial dependencia que el uno tiene del otro y, en consecuencia, la necesaria complementariedad que supone imperfección por ambas partes. La renuncia a esa complementariedad o supone un ser que excede los cánones de lo humano o se realiza como fruto de una renuncia en aras de ideales más altos, generalmente altruistas, religiosos, políticos o artísticos.

Hubo épocas en que estaba claro qué era ser mujer y los problemas surgían únicamente en el contacto personal, individual, de cada uno con cada una. Hoy, las cosas son diferentes, las causas son múltiples y debido a importantes cambios. ¿Cuáles han sido esos cambios? Uno, fundamental, ha sido la **disociación entre sexualidad y reproducción**.

<sup>5</sup> Véanse los trabajos de J. Marías: "Antropología metafísica". Alianza Universidad, 1995; "La mujer en el siglo XX". Alianza Editorial, 1995, en el cual se desarrollan las ideas filosóficas sobre la mujer; "La mujer y su sombra". Alianza Editorial, 1987, en éste se aborda el estudio de la mujer desde una perspectiva sociológica e histórica; también el estudio de G. Pittaluga: "Grandeza y servidumbre de la mujer". Ed. Sudamericana, 1945; En la publicación "La imagen de la mujer en la literatura" de Editorial Universidad de Lleida, 1996, se hace un recorrido del tratamiento de la mujer en la literatura; igualmente, María Zambrano dedica numerosos artículos a la mujer, que en su momento tuvieron gran repercusión. Desde el punto de vista feminista, Silvia Tubert dedica dos volúmenes a la mujer, "Figuras de la madre", 1966, Ed. Universidad de Valencia, y "Mujeres sin sombra: Maternidad y tecnología", Siglo XXI, 1991.

Es un cambio biológico, pero que no tiene su origen en la biología, sino en la cultura (psicología, sociología, estética, moral, religión, ciencia), es decir, en aquello que el hombre tiene de biográfico.

La valoración de la maternidad no es sólo biológica, sino también cultural y en la actualidad, la sociedad no estima tanto la maternidad como antiguamente, cuando la supervivencia de la especie humana dependía de la fecundidad femenina. Y es que una mujer durante su vida fértil podría dar a luz a unos veinticinco niños. El índice de fecundidad de la mujer actual en España está en 1,19 hijos y prefiere tenerlos una vez que ha decidido constituir una familia y ha conseguido cierta estabilidad económica. La mayor parte de las mujeres actuales considera una desventaja tener muchos hijos y un obstáculo para su realización. De hecho, cada día son más las mujeres conscientes de la estrecha relación que existe entre procreación y supervivencia propia, entre el control de su capacidad reproductiva y el dominio sobre su vida.

Como afirma Rojas Marcos<sup>6</sup>, "en la actualidad, muchas mujeres tienen la convicción de que para poder participar en igualdad de condiciones en la vida económica, política y social de nuestro tiempo tienen que controlar su fecundidad, actitud que no les impide experimentar un profundo sentimiento de realización y de felicidad cuando buscan la maternidad y la consiguen, aunque más tarde la mayoría se enfrenta al dilema de hacer compatible su misión doméstica de madre con sus intereses o actividades profesionales de mujer. Dilema que a menudo le provoca inquietud y que refleja el enorme reto que supone ser madre en los momentos actuales".

La **prolongación de la vida** ha sido otro factor de cambio, de aspecto cualitativo, que no se reduce sólo a la duración, sino a las denominadas "edades". Las edades han cambiado de "tiempo" a lo largo de la historia. Antes, la edad de la mujer estaba muy ligada al ciclo biológico de su sexualidad. En la actualidad, en el mundo occidental, la maternidad de la mujer se reduce a una fracción importante de su vida, pero no la mayor. A esto se añade que ha desaparecido del horizonte de la mujer el *peligro de la maternidad*.<sup>7</sup>

<sup>6</sup> L. Rojas Marcos. "La pareja rota. Familia, crisis y superación", *Espasa Hoy*, 1996.

<sup>7</sup> La tasa de mortalidad materna en España ha pasado de 63 en 1980 a 19 en 1992. Fuente: INE. Elaboración: Dirección General de Salud Pública.

La vida más higiénica y saludable ha alargado la juventud de la mujer, que antes era muy breve. Hoy, la juventud se ha alargado y la imagen de la "madre joven" casi no tiene sentido, porque casi todas las mujeres son jóvenes durante todo el tiempo en que pueden ser madres y después de haber dejado de tener hijos. Las mujeres casadas, madres o no, siguen pareciendo "muchachas" durante muchos años<sup>8</sup>.

Otro cambio que también se ha producido, como analiza Marías<sup>9</sup>, es en lo relativo a las **ideas y creencias en el mundo femenino**. El mundo femenino ha sido fundamentalmente credencial. Julián Marías sostiene la hipótesis de que *la mujer está dejando de vivir primariamente de creencias y está intentando vivir de ideas*. "Se está haciendo un uso credencial de las ideas y el paso de una creencia a una idea significa siempre una debilitación"<sup>10</sup>.

De gran trascendencia ha sido la **incorporación de la mujer al trabajo**. Cuando se considera trabajo sólo la producción de bienes económicos, se dice que las mujeres que trabajan solamente en la casa no trabajan. Se las divide entre las que trabajan y las que no trabajan. Habría que ver cuál trabaja más. Se tiende a decir, por ejemplo, que trabaja la criada; la señora, no. O la cocinera de un restaurante, pero no la que hace eso mismo en su casa. Esto nos lleva al tema de la profesión y del salario. Es trabajo cuando se percibe un salario, pero no se debe olvidar que éste es extrínseco al trabajo, no se puede definir éste por aquél. Se dice que es injusto que las mujeres "de su casa", las que no ejercen una profesión, no tengan un salario. Aunque razones de diversa índole descartan la posibilidad de que el ama de casa tuviera un salario, se ha planteado la viabilidad, al menos teórica, de que la mujer que trabaja sólo en la casa tuviera una pensión de jubilación. Aunque la Ley de Reforma de Pensiones abre esta posibilidad, un informe del Ministerio de Trabajo, todavía no difundido, descarta la medida por "insolidaria, discriminatoria y peligrosa" para el equilibrio financiero del sistema. La razón por parte de los técnicos del Ministerio es que el sistema español tiene "carácter profesional" y no recoge cobertura para aquellas actividades de naturaleza no productiva (sic). Lo más sorprendente es que la decisión es apoyada por los sindicatos mayoritarios, ya que, según estos últimos, va en contra de la filosofía progresista defendida por la Conferencia Mundial de la Mujer.

<sup>8</sup> J. Marías, *La mujer en el siglo XX*, Alianza Editorial, 1995, p. 197.

<sup>9</sup> J. Marías, *La mujer en el siglo XX*, Alianza Editorial, 1995, p. 99.

<sup>10</sup> J. Ortega y Gasset. "Ideas y creencias". Obras completas. *Revista de Occidente*, 1966.

Numerosas causas justifican que la mujer tenga un trabajo profesional fuera de casa. Algunas madres trabajan fuera del hogar para realizarse profesionalmente; sin embargo, muchas lo hacen por imperativos económicos. La participación de la mujer en el mundo del trabajo es cada día mayor. En España, una encuesta realizada destaca que el 75% de las mujeres españolas muestran una actitud favorable hacia la compatibilidad del trabajo y la maternidad.

Además, hoy día ha cambiado tanto la naturaleza como el valor del empleo, al menos para las categorías altas y medias de la población. El trabajo ha pasado a ser una fuente de realización personal más que un castigo a evitar. Con la configuración del trabajo como bien escaso en las sociedades occidentales y su conversión en privilegio y génesis de status social, este proceso se intensifica. Habría que interpretar la escasa fecundidad de las mujeres españolas (una de las más bajas del mundo)<sup>11</sup> a la luz de estas consideraciones. En los últimos años, la mujer en España se ha incorporado en masa a la educación media y superior, hasta el punto de que en la Universidad predomina ya sobre los varones. Se ha alcanzado un punto de no retorno. Contrariamente a lo que se cree, en nuestra sociedad, las mujeres no dejan de tener hijos porque trabajen, sino todo lo opuesto. Hasta que no tienen un empleo, no pueden procrear, porque se convertirían en dependientes del marido y ello hoy en día es difícilmente aceptable para una mujer, especialmente si ha cursado estudios. Así, que las grandes dificultades que los jóvenes encuentran para formar familias son por supuesto atribuibles a diversos factores, como la falta de empleo, la carestía de la vida, el precio de la vivienda, etc., pero todo ello opera en un contexto de mayor independencia de la mujer y de su negativa a seguir las huellas de la gran mayoría de sus madres y abuelas. Lo que está claro es que ya no se puede echar marcha atrás. Dentro de una generación, probablemente desaparecerá el mismo concepto de ama de casa y cabeza de familia.

Si admitimos que formar una familia requiere grandes dosis de optimismo y una elevada capacidad de entrega y esfuerzo, amparar la institución familiar no tiene por qué ir en contra de los derechos de la mujer. Política familiar y feminismo no tienen por qué estar re-

<sup>11</sup> El número medio de hijos por mujer ha venido decreciendo en España, siguiendo una curva de gran pendiente: de 1,33 en 1991 se estima en 1,19 en 1995. Por otra parte, el número de abortos voluntarios por 1000 recién nacidos vivos se ha incrementado, pasando de un total del 39,3 en 1987 al 113,3 en 1992.

ñidos. Defender una política familiar no significa en absoluto pretender que las mujeres vuelvan al hogar ni que los varones eludan asumir sus responsabilidades domésticas. Supone reconocer el valor de unas actividades que el mercado tiende a desvalorizar, pero que son necesarias tanto para el sistema productivo como para el sentido que los individuos dan a sus vidas.

La imagen ideal de madre consagrada íntegramente al hogar está tan arraigada en nuestra cultura que muchas madres que trabajan tienen un sentimiento de culpabilidad, que no son buenas madres, independientemente de la armonía familiar que disfrutan o de lo sanos o contentos que estén los pequeños. En España, según encuestas oficiales, el 50% de las madres que trabajan se sienten inseguras, creen que están faltando a sus deberes de madre<sup>12</sup>. La fuente de opresión de la mujer ahora es su profunda necesidad de hacer feliz a todo el mundo y la culpa que siente cuando irremediablemente fracasa en su empeño<sup>13</sup>. No estamos de acuerdo, como manifestó recientemente una alta autoridad autonómica andaluza, con que "la mujer esté abocada a parir, al trabajo doméstico y a la prostitución"<sup>14</sup>.

Una pregunta importante es si las madres que trabajan ponen o no en peligro la seguridad emocional, el desarrollo intelectual o la felicidad futura de sus hijos. Sobre este punto existe aún amplia controversia. Desde los que piensan que cualquier restricción de la presencia materna durante la infancia crea un estado de carencia en los hijos hasta los que opinan que los niños que crecen en hogares donde las madres trabajan fuera del hogar se desarrollan y crecen con perfecta normalidad, siempre que sean deseados por sus padres, que estén bien atendidos por terceras personas y estos cuidados sean adecuados. Las mujeres que consiguen un equilibrio entre la familia y sus ocupaciones tienen más posibilidades de adoptar una actitud constructiva y positiva con sus hijos que aquellas que se sienten atrapadas en su papel de madre o desgraciadas en el trabajo.

Lo que los hijos quieren y necesitan no es estrictamente cuantitativo, no es que la madre esté "siempre" en casa, pero hay tres condiciones imprescindibles sin las cuales las

<sup>12</sup> *La mujer en cifras*, Madrid, Ministerio de Asuntos Sociales, Instituto de la Mujer, 1992.

<sup>13</sup> Paula F. Eagle. *Confesiones de una madre*, 1993.

<sup>14</sup> C. Calvo. "Nuevas políticas para el Siglo XXI. El futuro pensado por las mujeres". Granada, septiembre, 1997.



cosas no marchan bien: disponibilidad, frecuencia, habitualidad. Los hijos necesitan encontrar a la madre en casa con esos caracteres, que toleran considerables "excepciones", es decir, que pueden permitirle estar ausente bastante tiempo, pero no cualquier tiempo ni a capricho. La *disponibilidad* exige a veces a la mujer el "servicio permanente", lo cual convierte esa función en un trabajo duro, penoso y absorbente, pero, al mismo tiempo, más interesante y valioso también.

Pero no hay que olvidar que a veces se comete una *injusticia*, cuando no se reconoce que la madre también tiene su vida. Cuando la madre, por abnegación mal entendida, por generosidad no demasiado inteligente, borra su personalidad, hace un mal servicio a los hijos: *los priva de esa relación personal privilegiada*.

Otro cambio que se ha producido es en lo referente a la **relación de pareja**. La tradición milenaria ha sido la dependencia de la mujer respecto del varón; más que una situación de hecho, ha sido una dependencia *expresa*, incluso reconocida por las leyes hasta hace pocos años.

En el Génesis está dicho: "No es bueno que el hombre esté solo" y en el mismo relato se cuenta que Eva ofrece la fruta prohibida a Adán y éste se la come. Desde el primer momento se inicia lo que algunos han denominado el *dominio sin mando*. En la actualidad, *su dominio debe ser eficaz desde la igualdad y no desde la dependencia*.

Como señalábamos anteriormente, la pareja humana no tiene sólo carácter de igualdad, sino que además ejerce la función de complementariedad, mediante la cual las funciones de la pareja sólo se realizan plenamente en la medida que la especificidad del género completa y perfecciona las funciones de la pareja. Como afirma Sánchez Gey, no se trata de un feminismo de la igualdad o de la indiferenciación, sino de un feminismo de la diferencia y de la complementariedad. La liberación por la simple igualdad es un malentendido común al psicoanálisis y al marxismo, lo cual supone un retroceso en lo biológico y en lo cultural<sup>15</sup>.

Con demasiada frecuencia se han concebido las relaciones hombre-mujer, al estilo de la filosofía hegeliana, como dialécticas y antitéticas, cuando en realidad los géneros no

<sup>15</sup> J. Sánchez-Gey. "El estado de la cuestión. Mujer y filosofía", *Diálogo filosófico*, 31, 1995.

sólo son complementarios, sino que además se interfieren de forma que en la mujer existen elementos masculinos, como en el hombre elementos femeninos. Esto llevó a Platón a pensar que ambos géneros provienen de un hermafroditismo originario.

Las relaciones hombre-mujer son, por otra parte, una realidad abierta, que se hacen en compañía, que suponen un descubrirse a sí mismo al ir descubriendo al otro. Y esta labor se realiza más perfectamente en la medida en que cada miembro de la pareja intenta ser el mejor dentro de su género, pero sin olvidar un consejo práctico de la sabiduría popular: "Lo mejor es enemigo de lo bueno". No pedir a la pareja una perfección ideal, que como tal ideal es una utopía inalcanzable. Un sentido realista de lo posible facilita la convivencia en lo necesario, según aquella regla de convivencia que ya propuso S. Benito a los miembros de su comunidad: "En las cosas necesarias debe existir unidad, en las dudosas libertad y en todas amor" ("*In necessariis unitas, in dubiis libertas, in omnibus charitas*").

Una dificultad de las relaciones de pareja en nuestra época es la que se deriva de las demandas de igualdad con el varón que presentan las mujeres de este fin de siglo. Las relaciones entre iguales son más satisfactorias, pero también más difíciles de mantener. Hasta tal extremo se ha llegado, que hoy algunos hablan del síndrome de Ulises, refiriéndose a la crisis de identidad del varón posmoderno y a su falta de adaptación al nuevo papel que debe desempeñar<sup>16</sup>. La imagen del padre ausente está hoy día de actualidad en el estudio y análisis de los sociólogos y psicólogos, que incluso la han denominado con el término de síndrome de evitación, de ausencia o de abstención masculina. Una de las causas que se aducen es que el varón posmoderno, aunque tiene más poder, tiene menos autoridad.

La imagen del varón se ha deteriorado mucho tras un feminismo muchas veces frustrante, que en lugar de intentar una exaltación de lo femenino, radicalizando los propios valores y poniéndolos al servicio de la convivencia de la pareja, ha insistido preferentemente en lo negativo, envidiando lo masculino, lo cual es, en definitiva, el peor de los machismos, pues hace de la mujer como un pseudo-varón, un hombre que, sin serlo, se masculiniza y deforma.

<sup>16</sup> E. Gil Calvo. "El complejo de Ulises", en "*El nuevo sexo débil*", *Temas de Hoy. Ensayo*, 1997, p. 9.

Todos estos cambios se pueden concretar de la siguiente manera: en el *aspecto físico* (la mujer que hoy se lleva es físicamente escuálida, que es objeto y sujeto a la vez), en el *psicológico* (ha dejado de estar supeditada al hombre en el mejor sentido de la palabra), en lo *social* (nuevo papel, más igualado al hombre, con una vida profesional que puede ser tan destacada como la de él) y en el *cultural* (sigue en el hogar, pero emerge hacia muchos ámbitos de la vida cultural). Por eso, la mujer está en un gran momento histórico y existen grandes expectativas sobre su desarrollo. La mujer actual y la que apunta hacia el futuro es pluripotencial. Es madre, esposa, transmisora de la cultura, piedra angular de la familia, capaz de llevar el gobierno y la administración de su casa y, además, es periodista, profesora, maestra, enfermera, médico, trabajadora del campo, empleada de hogar, etc. Y todos esos trabajos los hace con la misma o mejor pulcritud que el hombre. No obstante, ojalá no pierda ni un ápice de su *condición femenina*, presidida por la ternura, la afectividad, por esa forma peculiar de humanidad y ese sexto sentido que cabalga entre la inteligencia práctica y la intuición.

### **Maternidad y paternidad**

Vamos a tener un niño. Esa suele ser la primera noticia de la decisión de los padres de ampliar la familia. En ocasiones, la mayoría de las veces, esta decisión ha sido meditada y querida; en otras, las circunstancias mandan, pero, en cualquier caso, los padres se van a encontrar con la perspectiva de que su familia va a incrementarse con un nuevo miembro. Se inicia el proceso de la maternidad. Éste es un término más bien general, que comprende toda una gama de actividades, donde resultan imprescindibles el amor, el desarrollo de vínculos duraderos, una relación estable, pero no necesariamente ininterrumpida, y una interacción positiva y estimulante. Para que el niño se convierta en un adulto sano, independiente y social, se le debe proporcionar un buen principio, y esto es asegurado por la naturaleza por el vínculo entre la madre y el hijo, eso que se llama amor, que es una mezcla de instinto de protección, de apetito, de miedo, de generosidad, de energía y, al mismo tiempo, de humildad. El amor de madre en la primera infancia y en la niñez es tan importante para la salud mental como las vitaminas y las proteínas para la salud física (Bowlby, 1951)<sup>17</sup>. Cuando Winnicott hizo la sorprendente afirmación: "El niño no existe" quería significar que, siempre que se encuentre un niño, se encuentra también el cuidado ma-

<sup>17</sup> J. Bowlby. *Los cuidados maternos y la salud mental*. O. M. S. Washington. Serie Monográfica nº 2. 1951.

terno, y sin cuidado materno no habría niño. El niño y el cuidado materno forman una unidad: diada<sup>18</sup>. Tan importante es una madre para el hijo, *que hasta Dios necesitó tener una madre*, según reza un dicho albanés. Y un elogio hebreo sentencia que como "Dios no podía materialmente estar en todas partes al mismo tiempo tuvo que crear a la madre".

Pittaluga habla de la vocación femenina de madre que existe en la mujer y que la aleja y distrae de toda otra vocación específica. "*La maternidad es la razón de ser de la mujer, su función, su goce, su salvaguardia*", afirmó Alfonso Daudet. *En todo corazón de mujer*, dijo poéticamente Rabindranaz Tagore, *anida un niño*. El sentido profundo de la maternidad es un elemento sustancial de la mujer. El adagio popular dice que "la madre nace y el padre se hace", dando a entender que el sentimiento de la maternidad es innato en la mujer, mientras que el hombre lo adquiere con el ejercicio o realización de la paternidad biológica. Sólo en una proporción relativamente limitada de mujeres las vocaciones específicas se sobreponen a la vocación genérica y marcan resueltamente el rumbo de una actividad intelectual.

No obstante, en la actualidad, la corriente más admitida no acepta el instinto maternal como una condición innata de la mujer, sino que se produce como consecuencia del proceso de socialización y culturización de la niña a través de su infancia. La madre, al igual que cualquier adulto, realiza comportamientos considerados como universales y preadaptados al desarrollo cognitivo del bebé. Se ha hablado sucesivamente de *preocupación materna primaria* (Winnicott), de *función de encuadre del desarrollo* (Cosnier), de *preparación biológica y motivacional* (Papousek).

La diferencia entre paternidad y maternidad es reflejo de la que existe entre hombre y mujer. Siempre se ha insistido en la plena seguridad de la condición materna, aunque hoy habría que revisar este aspecto a la luz de las nuevas técnicas de reproducción, y la a veces dudosa atribución de la paternidad. Y es que hay una gran diferencia entre la fecundación, momentánea, y la larga gestación, a la cual, aunque asiste el padre, lo hace a distancia, desde fuera.

<sup>18</sup> D. W. Winnicott. Scientific Meeting of the British Psychoanalytic Society, 1940. (El concepto, en sí mismo, no era nuevo, ya que él mismo cita un pasaje de Freud, de las *Formulaciones de los dos principios del funcionamiento mental*, 1911.)

En cambio, la madre vive más intensamente la gestación, con una mayor proximidad, con el hijo todavía no nacido. La mujer constituye el *sujeto* y permite ver con claridad la distinción entre la persona y su cuerpo: no es éste, en manera alguna, el que está embarazado, sino la mujer de quien ese cuerpo es. Una mujer nunca dirá "mi cuerpo está embarazado", sino "voy a tener un niño". Por otra parte, la duración fija del período de gestación, la fecha fija, con la cual se cuenta, significa una "cita" con el hijo e introduce el factor *tiempo* dentro de la maternidad.

En la vida diaria, el padre ha sido, y en ocasiones continúa siendo, el eslabón débil de la cadena afectiva que enlaza a los miembros del clan familiar. A lo largo de la historia, los padres han brillado por su ausencia. Cada día hay más niños que son criados solamente por la madre. En Estados Unidos, por ejemplo, el 23 por 100 de los menores de dieciocho años viven actualmente sólo con la madre, el doble que hace veinte años. En España, en 1989 el 6 por 100 de los hogares eran monoparentales y los constituidos por la madre sola y sus hijos ascendían al 5 por 100<sup>19</sup>. Pero incluso en hogares donde el padre está presente, éste no pasa con los hijos, por término medio, más de un tercio del tiempo que la madre. El hambre de padre se acepta hoy como un producto natural de la cultura occidental, con consecuencias que están todavía por evaluar.

El padre se encuentra ante un dilema: para ser "un buen padre" tiene, ante todo, que satisfacer su papel de proveedor, lo que le obliga a pasar la mayor parte del tiempo fuera de la casa y, al mismo tiempo, su ausencia puede provocar carencia afectiva. Últimamente, sobre todo entre los más jóvenes, los padres eligen un papel más activo y más visible en la familia. Son los denominados *nuevos padres*, que disfrutan cuidando y acariciando a sus bebés, ayudando a sus parejas en la crianza de sus hijos mucho más que los de antes. La razón puede estar en el trabajo femenino, que saca de casa a las madres y asigna al varón un papel distinto, obligándole a cambiar su identidad de hombre y de padre. Esta imagen es utilizada con frecuencia en los *spots* publicitarios televisivos, donde aparecen modelos masculinos abrazando a bebés hermosos y robustos.

El **momento del parto** es otro hecho de gran trascendencia y no sólo por lo que significa de encuentro con el hijo anticipado, imaginado, sentido, con el que la madre ha

<sup>19</sup> Fuente: Informe Foessa 1994.

convivido en forma extraña, única e irrepetible, durante nueve meses, sino también por las repercusiones que puede tener en el futuro del hijo. A través de toda la historia, el parto ha sido un fenómeno "natural" y, a veces, peligroso. Los avances en la asistencia obstétrica y neonatal han reducido enormemente este riesgo, hasta convertirlo en mínimo. En cambio, ha perdido bastante de su carácter natural. La gestación se trata médicamente, se prepara a la mujer para el parto. A esto hay que añadir que hoy, en los países desarrollados, casi nadie nace en casa, como antes era lo habitual. El nacimiento, con menos riesgo, con menos dolor, adquiere un tono "patológico", casi quirúrgico.

### **Maternidad y técnicas de reproducción asistida**

Al hablar de maternidad, parece necesario, aunque sólo sea de pasada, tratar el tema de la inquietante y conflictiva relación entre procreación y tecnología. Fruto de esta relación ha surgido una nueva vía de acceso a la maternidad, gracias al avance de las técnicas biomédicas, que han logrado algo antes impensable: la reproducción sin coito. Al final de este milenio, la humanidad cuenta con un novedoso método de engendramiento experimental, un campo de investigación biotecnológica, que sólo tiene parangón con el del genoma humano en cuanto a las aristas éticas y legales que se ponen en juego. Las nuevas técnicas de reproducción (NTR) abarcan desde tratamientos hormonales y quirúrgicos en hombres y mujeres infecundos hasta variados y sofisticados métodos para lograr el hijo biológico<sup>20</sup>.

En materia de procreación humana se hace cada vez más dominante la concepción del hijo deseado. Si los padres quieren transmitir la vida a una criatura, esto debe suceder cuando ellos se han puesto de acuerdo en quererlo de veras. El niño o la niña que van a procrear debe ser el fruto de un deseo y sólo entonces debe tener lugar una concepción, una gravidez y un nacimiento. En consecuencia, si ha ocurrido una concepción no deseada, incluso indeseada, los padres deberían tener el derecho de interrumpir la gravidez; es decir, se argumenta el derecho al aborto fundado en el hecho del niño deseado o no. De esta misma mentalidad deriva el derecho al niño a toda costa. En efecto, si la procreación depende del deseo de quienes quieren dar inicio a una nueva vida humana y quieren pro-

<sup>20</sup> María Moliner distingue entre hijo biológico, hijo adoptivo, hijo simbólico e hijo de confesión o espiritual. "Diccionario de uso del español", Madrid, *Gredos*, 1991.



seguir su proceso hasta el nacimiento de la misma, es lógico –así se piensa– que esta criatura deseada se convierta en un derecho que hay que obtener a toda costa. El paso del deseo al derecho es una grave lesión de la dignidad de sujeto de los embriones humanos; sin embargo, la mentalidad del derecho al hijo está llegando a formas de verdadera aberración. Sin discutir ahora ese supuesto derecho, del que no habla ninguna legislación, sí parece evidente que debe quedar subordinado al derecho irrenunciable del hijo a ser procreado en unas condiciones en las que su desarrollo y evolución posterior no queden obstaculizadas voluntariamente por ningún impedimento serio.<sup>21</sup>

La experimentación en este campo ha ido adquiriendo nuevas dimensiones. Por ejemplo, podemos encontrar laboratorios que conservan el esperma y los embriones humanos congelados; microinyección en el óvulo de células pre-espermáticas, síntesis de la hormona de la ovulación que regulariza la producción de óvulos. En los próximos diez o quince años se mejorarán las cotas de eficacia (eliminación del riesgo de embarazo múlti-

<sup>21</sup> Los dos métodos de reproducción asistida empleados en la actualidad son la inseminación artificial (IA) y la fecundación in vitro (FIV). La inseminación artificial consiste en la introducción de semen en el útero de la mujer el día antes de la ovulación. Previamente se ha hecho una preparación que consiste en provocar una estimulación de la ovulación con tratamientos hormonales y en una recogida y captación del semen, utilizando técnicas que mejoran la calidad. Se considera inseminación conyugal cuando se utiliza el semen de la pareja e inseminación por donante cuando se utiliza semen del banco de esperma. La principal indicación médica de la IA es el denominado factor masculino si se detectan anomalías en la cantidad o calidad de los espermatozoides (oligospermia), cuando existen problemas en la realización del acto conyugal por diferentes motivos y, en el caso de factor cervical, cuando las anomalías se producen en el cérvix del útero de la mujer, que impiden la fecundación.

La fecundación in vitro consiste en obtener embriones, utilizando técnicas de laboratorio, que ponen en contacto los espermatozoides con los óvulos para después hacer una transferencia al útero de la mujer. El tratamiento tiene las siguientes fases: 1. Inducción de la ovulación de la mujer con tratamientos hormonales que requieren controles diarios para decidir el mejor momento para la transferencia y una recogida de control de semen de la pareja (si se trata de una IA conyugal). 2. Recuperación de los óvulos por vía transvaginal, lo que requiere un ingreso hospitalario de la mujer durante unas horas. 3. Recogida y capacitación del semen. 4. La fertilización en el laboratorio. En algunos centros de reproducción se utiliza una técnica denominada microinyección espermática, que, a diferencia de la FIV clásica, está totalmente dirigida: con una pipeta microscópica se introduce un espermatozoide en el óvulo. 5. Transferencia de los embriones al útero: doce o quince días después se puede saber si se ha producido o no el embarazo. La indicación médica más frecuente para una FIV es el denominado factor tubárico, cuando las trompas se hallan totalmente obstruidas.

ple, reducción del número de óvulos necesarios para asegurar la fecundación...) y se darán: una mayor comodidad en las terapias (la inseminación artificial obliga a practicar varios intentos, un operativo engorroso y psicológicamente estresante para la pareja, sobre todo para la mujer); la utilización de óvulos inmaduros para inducir embarazos normales; la fecundación de parejas homosexuales, sobre todo lesbianas, para disociar la paternidad genética, gestacional y adoptiva, o para elegir el sexo deseado para el niño, posibilidad abierta en España con la ley sobre reproducción asistida. Tampoco se puede excluir la mejora de la raza humana, con los mismos procedimientos que se aplican en la práctica veterinaria, y hasta se piensa ya en la llamada fecundación clónica<sup>22</sup>. Incluso la instauración de un banco de tejidos de recambio y la posibilidad de utilizar mujeres clínicamente muertas como madres subrogadas. En un futuro no tan cercano, la humanidad deberá afrontar el espinoso problema de los hijos a la carta (cribado preimplantación para descartar genes de enfermedades hereditarias: *selección negativa*; pero lo que nos espera probablemente será la *selección positiva*, es decir, la determinación previa de los rasgos externos del futuro hijo (color de los ojos, de piel, del pelo, estatura, etc.) y no por el rudimentario procedimiento del aborto, sino por selección del material genético adecuado y su posterior injerto en el embrión<sup>23</sup>.

¿Podemos mantenernos como espectadores mudos ante estas investigaciones, sin cuestionarlas, sin interrogarlas, sin pedirle responsabilidades? Castoriadis apunta en esta dirección y alerta cuando dice que "el inmenso progreso del saber positivo y de sus aplicaciones no ha sido acompañado por un mínimo progreso moral ni de sus protagonistas ni de sus conciudadanos"<sup>24</sup>. Los efectos secundarios, fisiológicos y psicológicos, de estas técnicas se tienden a silenciar. Las investigaciones realizadas hasta ahora suscitan un en-

<sup>22</sup> Por clones se entiende una serie de individuos pluricelulares nacidos de la misma estirpe y genéticamente homogéneos. Existen dos tipos de clonación: la *celular* y la *nuclear*. La primera consiste en la producción de células genéticamente uniformes a partir de una célula aislada de un individuo; es el caso de los gemelos *homocigóticos*, por lo que recibe también el nombre de *gemelación*. La *clonación nuclear* procede por el trasplante del núcleo celular de un óvulo fecundado a un óvulo no fecundado, desarrollándose un ser idéntico al donante del núcleo. La *clonación celular* actúa sobre los *embriones humanos*, mientras la *clonación nuclear*, al menos en teoría, emplea *células embrionarias* de individuos adultos; en el primer caso, el resultado sería gemelos distintos de sus progenitores, mientras que en el segundo, copias del progenitor.

<sup>23</sup> P. Francescutti. "Hijos a la carta: El sueño de la raza superior", en *El futuro que viene*, Ed. Temas de Hoy, 1997.

<sup>24</sup> C. Castoriadis. "El mundo fragmentado", *Altamira*, Colección Caronte, 1990.

contrado debate, entre partidarios y detractores, con relación al cómo, por qué, para qué y hasta dónde deben utilizarse las NTR en seres humanos. Si bien es cierto que el progreso realizado en este terreno ha constituido un motivo de esperanza para muchos matrimonios que sufren el problema de la esterilidad y no se pueden negar las ventajas de una fecundidad biológica, en la que el hijo recibe también el patrimonio genético de los padres, y como un símbolo más profundo y completo del amor conyugal, no podemos olvidar que las NTR provienen de la veterinaria, como recordábamos antes, y no son pocos los que sueñan con la posibilidad de mejorar la especie humana a través de la manipulación genética. Hace ya algunos años, un grupo de expertos de la Organización Mundial de la Salud proponía como tarea y objetivo que "en un mundo que se preocupa cada vez más de la calidad de la vida humana se debe retener como descontado que los hijos deberían nacer libres de toda enfermedad genética"<sup>25</sup>.

Independientemente del juicio moral que estas técnicas pueden suscitar, que no voy a tratar por no considerarme capacitado para ello y para lo cual remito a autores que han tratado con profundidad y con rigor el tema<sup>26</sup>, sí creo necesario abordar los aspectos psíquicos que sobre estas nuevas criaturas se puedan presentar, que no son completamente conocidos. La maternidad y la paternidad no se agotan con el hecho de dar a luz ni es sólo un acontecimiento biológico, sino que requieren el clima afectivo y la seguridad psicológica indispensables para el equilibrio y la maduración en todos los ámbitos. A partir de ahora, no es suficiente hablar de las consecuencias psíquicas y sociales de la diferencia anatómica entre los sexos, sino también de las consecuencias psíquicas y sociales de un origen en el que la fecundación se encuentra desconectada del acto erótico heterosexual. Posiblemente, sólo la reflexión ética y quizá el psicoanálisis de los nuevos niños nacidos a través de las NTR sean los que nos permitan comprender las causas y las consecuencias de su implantación<sup>27</sup>.

<sup>25</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION, Genetic Disorders: Prevention and Rehabilitation, WHO Technical Report. Serie 497, 1972.

<sup>26</sup> E. López Azpitarte, *Ética y vida: Desafíos actuales*, Ediciones Paulinas, 1990; J. Gafo (ed.), *Fundamentación de la Bioética y manipulación genética*, Univ. Comillas, Madrid, 1988; M. Vidal, "¿Existe el derecho a procrear?", en J. Gafo (ed.), 1986.; J. Gafo, "Problemática ética de las nuevas formas de reproducción humana", en J. Gafo (ed.), *Dilemas éticos de la medicina actual*, Univ. Comillas, Madrid, 1986; E. López Azpitarte, "La fecundación artificial: problemas éticos", en "Proyección" 31 (1984).

<sup>27</sup> S. Tubert (ed.), "Maternidad y técnicas de reproducción asistida: una perspectiva psicoanalítica", en *Figuras de la madre*, Ediciones Cátedra. Univ. de Valencia, 1996.

Algunas cuestiones a plantear: ¿Las preguntas sobre su origen serán las mismas que las de los demás niños? ¿Habrá que cambiar las teorías sexuales infantiles? Las preguntas de estos niños con relación al origen del deseo que los alumbró, posiblemente tendrán que ser reformuladas, ya que existen muchos deseos en juego, a saber: el de la ciencia, el de los progenitores donantes, el de los progenitores concibientes, el de los padres en función simbólica, etc. La filiación también está en juego, pues las NTR abren el campo de la *plurigenitorialidad*, lo que permite que un niño sea hijo de una, dos o tres madres, a veces independientemente de que esté viva o muerta: nos encontramos con la madre genética (dueña del óvulo), la madre gestante o portadora (dueña del útero) y la madre legal (que puede coincidir o no con la de la lactancia), y con uno o dos padres: el genético, dueño del espermatozoide, y el legal, que proporciona el nombre y sostiene la función, sin olvidar la parentalidad que asume el médico con la criatura producto de su éxito o la que le atribuye la propia pareja demandante.

Las posibilidades familiares que se abren a estos niños son múltiples. Nos podemos encontrar con un bebé probeta que puede tener como padres a dos personas del mismo sexo; como madre biológica a una mujer virgen, postmenopáusica o incluso de otra raza; tener como único padre donante la mezcla del espermatozoide de tres hombres o compartirlo con decenas de otros niños fecundados por él. A partir de ahora, no podemos seguir afirmando tan rotundamente que *mater certissima est* y que, además, no hay más que una, pues padre y madre se han multiplicado, como los panes y los peces: hoy se habla de madres de alquiler, de acogida, de sustitución; de madre portadora, suplente, genética, uterina, social, adoptiva, vendedora, compradora y puede que alguna más. Se experimenta ese sentimiento de inquietante extrañeza del que hablaba Aulagnier<sup>28</sup> al tomar conciencia de ciertas posibilidades que aparecen tras el encuentro entre maternidad y tecnorreproducción. Y es que este tema compromete los núcleos estructurales fundamentales del modo en que nos constituimos como sujetos.

### El niño y su madre: "el diálogo del hijo con su madre"

Independientemente del método o mecanismo por el cual se haya conseguido la gestación, el hecho real es que la madre se encuentra embarazada, hemos de admitir que de un hijo deseado, y a partir de ese momento se inicia el **diálogo de la madre con su hijo y viceversa**, diálogo que comienza incluso antes del parto, durante la gestación.

<sup>28</sup> P. Aulagnier. "¿Qué deseo, de qué hijo?", *Revista de Psicoanálisis con Niños y Adolescentes*, nº 3, 1992.

Después de haber obtenido una perfecta adecuación del organismo fetal al medio intrauterino, el nacimiento representa una verdadera catástrofe biológica, en expresión de Lain, y así no es de extrañar que sea el llanto la primera reacción del recién nacido al medio externo. Ya Quevedo lo expresó en dos versos:

*Nací desnudo, y sólo mis dos ojos  
desnudos los saqué, mas fue de llanto.*

Muy pronto, el recién nacido establece una serie de canales de comunicación con su madre. En primer lugar, las *aptitudes visuales*. Numerosos trabajos ponen de manifiesto que el RN percibe y demuestra interés hacia los objetos situados a una distancia de aproximadamente veinte centímetros, que es la distancia a la que se encuentra la cara de la madre durante el amamantamiento. La cara materna tiene el papel de un espejo, en el que se refleja la imagen del niño. Otros canales de comunicación son la *audición*, uno de los sentidos más estimulados en el período neonatal, y la *sensibilidad olfativa, gustativa y táctil*.

Una vez en brazos de su madre, el recién nacido, con su papel activo, provoca en la madre una serie de reacciones, es decir, la madre como tal se "construye" en el intercambio. Se inicia un largo proceso de relación mutua durante el que la madre intenta atender las necesidades reales o supuestas del niño. Cuando éste tiene hambre, ella le da de mamar; si está incómodo acude a calmarlo. La madre le habla, lo mece, lo acaricia, le canta, le ofrece cosas para que las coja con la mano, lo baña y relaja. Este sentimiento lo expresó bellamente Villaespesa cuando escribió:

*Para las madres el mundo,  
los cielos y hasta Dios mismo  
cabén dentro de la cuna  
donde mecen a sus hijos.*

Y simulando una situación imaginaria continúa:

*A una pecadora, un día,  
así le habló Jesucristo:  
-Por ser mujer, te perdono.  
Por ser madre, te bendigo.*

Como consecuencia de este proceso de relación mutua, la madre va quedando asociada a cuanto de satisfactorio o placentero experimenta el bebé. Las respuestas emocionales placenteras que de manera innata provocaban los contactos dérmicos, la ingestión alimenticia, la estimulación auditiva y visual, etc., son estimuladas poco a poco por la madre, por su palabra, sus caricias, su movimiento, su mirada.

Está claro que la relación de la madre con su bebé depende, en gran medida, de su nivel de competencia<sup>29</sup> para captar, interpretar y responder adecuadamente a los mensajes, sin olvidar el papel del bebé con su nivel de actividad y reactividad. La noción de "parenting behavior" sería un conjunto de comportamientos universales particularmente adecuados a estimular las competencias integrativas del niño y de las que los padres no tienen conciencia. A través de estos comportamientos se establece el vínculo de la madre con su hijo ("bonding"), cuyo concepto está ligado a los nombres de Klaus y Kennell.<sup>30</sup>

En el modelo de Winnicott, las técnicas de "maternage" utilizadas por una madre "suficientemente buena", se agrupan en tres categorías: sostenimiento ("*holding*"), manipulación ("*handling*"), presentación de objetos ("*object presenting*"). Estos tres conceptos representarían el paradigma de la función materna –o parental–, según el cual el comportamiento de la madre en cada etapa debe ser suficientemente predecible para permitir la elaboración de las representaciones del bebé y suficientemente variable para permitir la entrada de novedades, a medida que el bebé pueda aprender.<sup>31</sup>

El conjunto de respuestas reflejas presentes en el recién nacido es fruto fundamental de la herencia biológica, aunque tamizada por la interacción intrauterina. Con el paso del tiempo, ese comportamiento va dejando de ser reflejo y se va haciendo instrumental, voluntario. Esta transición de lo reflejo a lo instrumental puede contemplarse en cada uno

<sup>29</sup> No existe un equivalente al test de Brazelton para evaluar el nivel de competencias maternas en situación de interacción con su recién nacido. En la actualidad, algunos cuestionarios utilizados son: Percepción materna del neonato N.P.I. (Broussard y Hartner); Cuestionario de características infantiles (Bates, Bennet-Freeland y Lousburn); Entrevista "R"; Lista de indicadores distorsionales (Gualdi, Caffo, Cibelli, Magnani, Tassi y Bolzani).

<sup>30</sup> M.H. Klaus, J.H. Kennell. "Maternal infant bonding", Ed. Mosby Co, 1978.

<sup>31</sup> M. Missio. "Observación de la comunicación entre el recién nacido y su madre". Tesis Doctoral, Barcelona 1992.



de los comportamientos innatos que resultan significativos socialmente, sobre todo en el llanto y la sonrisa.

El **llanto** constituye una de las conductas de apego junto con la succión, la sonrisa, el agarrarse y el seguimiento visual<sup>32</sup>. Se reconocen tres tipos de llanto en el bebé: el llamado llanto "básico", también llamado de hambre; el llanto "colérico", que suele ser desencadenado por contrariedades o frustraciones, y el llanto "de dolor", provocado por dolor o molestias de tipo físico<sup>33</sup>. Estos diversos tipos de llanto constituyen un conjunto de potentes señales que buscan la intervención de los padres y, por consiguiente, su estimulación. Al principio, cuando el niño llora es un llanto reflejo. Si se prolonga o intensifica, los padres se preocupan y tienden a "hacer algo" para suprimir el llanto. Esta intervención es gratificante para el niño. El llanto, al ir seguido de gratificación (reforzamiento), puede aumentar de frecuencia, sobre todo en presencia de los padres. Cuando esto ocurre, ese llanto ya no es reflejo, sino que se convierte en instrumental. El niño así *aprende a llorar* ante sus padres y éstos aprenden a reaccionar de diversas formas ante el llanto del niño. Los padres aprenden un comportamiento de evitación: la evitación del llanto, la de su propia ansiedad.<sup>34</sup>

El primer llanto se puede interpretar como una reacción vegetativa al hecho de pasar del confort del claustro materno a la intemperie del aire ambiente. La salida del vientre materno constituye, sin duda, una tremenda experiencia subconsciente, pero que no interrumpe la relación vegetativa entre el niño y la madre. Pronto el cuidado materno reajustará la biología del organismo infantil. El niño mama del pecho materno, va educando y perfeccionando su deficiente homeostasia en el regazo de su madre y recibe de ésta caricias y cuidados, comenzando por el de liberarlo de sus propios excrementos; en una palabra se "encuentra" con ella. Este encuentro, al principio, es puramente apetitivo. El niño busca instintivamente el pecho de la madre y acopla sus labios al pezón, como cualquier otro mamífero, lo cual no quiere decir que el niño recién nacido no sea persona, sino más bien, y

<sup>32</sup> J. Bowlby. "Attachment and lose", Londres, Hogarth Press, 1969.

<sup>33</sup> Winnicott distingue cuatro clases de llanto, según su expresión sea de satisfacción, dolor, rabia o aflicción; véase D.W. Winnicott. "Conozca a su hijo: Psicología de las primeras relaciones entre el niño y su familia", Buenos Aires, Paidós, 1989.

<sup>34</sup> J. Toro. "El comportamiento humano". *Temas Clave*. Salvat, 1991.

siguiendo a Zubiri, que tiene "personeidad", pero todavía no "personalidad". Posteriormente, esa personalidad latente del niño comienza a hacerse patente y el encuentro con su madre pasa de apetitivo a ser netamente petitivo y "personal", y esto suele expresarlo con la primera sonrisa, que sería la primera respuesta social del niño.

La **sonrisa** no está presente en el mismo momento del nacimiento, puesto que requiere una cierta maduración neuromuscular. Suele aparecer hacia el primer mes de vida, siendo entonces desencadenada por estímulos externos: oír determinados sonidos, ver una luz, percibir movimiento, etc. Se inicia así un área bastante concreta de interacción con el medio, ampliándose poco a poco el tipo de estímulos susceptibles de provocar la sonrisa. A los siete meses aproximadamente aparece la *sonrisa social*: la provocada por el rostro humano, fundamentalmente de su madre.

Por tanto, esta sonrisa tiene una historia, un momento de aparición y un significado. La primera tiene un componente genético, pero también un componente prenatal, por las influencias del ambiente intrauterino. No es una casualidad que las más antiguas deidades de la mitología clásica (*Okéanos* y *Tethys* en la versión marinera de Homero, *Chaos* y *Gaia* en la versión terrícola de Hesíodo y luego *Demeter* y *Rhea*) fuesen divinidades inmensas y envolventes; como dice Lain, divinidades-regazo. Todas ellas simbolizan la primaria y protectora relación del recién nacido con el mundo cósmico. Y junto a estos dos momentos, otro muy importante, postnatal: el pecho de la madre y los cuidados y caricias de ésta, que van creando alrededor del niño ese halo emocional primitivo, que Roí Carballo denominó "urdimbre afectiva" y que tanta importancia tiene en el futuro biológico y psicológico del recién nacido. Numerosos trabajos han demostrado su influencia sobre la salud, la inteligencia y la adaptación social del adulto. Spitz<sup>35</sup> ha demostrado que el desarrollo afectivo e intelectual de los niños de un orfanato norteamericano es peor que el de otros niños cuidados por sus madres en un asilo para mujeres delincuentes. En nuestro departamento, Muñoz, Molina y Ruiz, entre otros, han demostrado la influencia que tiene en el desarrollo tanto físico como psíquico en niños institucionalizados el tipo o modelo de acogida<sup>36</sup>. Numero-

<sup>35</sup> R. Spitz. "Hospitalism", en *Psychoanalytic study of the child*. N.Y. International Universities Press, 1: 53; 1945.

<sup>36</sup> A. Muñoz et al. "Influencia de la institucionalización sobre el crecimiento y desarrollo infantil. Bienestar y Protección infantil". *FAPMI*, nº 3, noviembre, 1997, p. 333.

Los trabajos han demostrado cómo el cuidado materno puede compensar o neutralizar la influencia de determinados factores genéticos en el desarrollo psíquico y emocional.

El momento de la primera sonrisa es variable según los distintos observadores, pero más que la fecha, lo importante es su significación y su consistencia. Algunos distinguen dos tipos de sonrisa. La que sigue a la mamada, que es de carácter vegetativo, expresión de la satisfacción vital que lleva consigo la ingestión del alimento, y que Lain se atreve a llamar *sonrisa rabelesiana*. Posteriormente, a partir del segundo mes, aparece un nuevo modo de sonreír, sin conexión con la ingestión de alimento y en respuesta a la voz, la risa, el canto y las caricias de la madre. Es una "sonrisa-a"; genéricamente un acto de relación interhumana y que Lain, en recuerdo de los versos finales de la *Égloga IV* de Virgilio, llama *sonrisa virgiliana*. Debemos notar que, hasta ahora, el sujeto de la sonrisa del lactante no es él mismo, sino la unidad biológica niño-madre. A partir del segundo semestre, las cosas cambian. Ahora la sonrisa ya no es uniforme y estereotipada, en cierto modo pasiva; ahora la respuesta se va haciendo selectiva y activa: el niño no sonríe siempre que el estímulo actúa sobre sus sentidos. La conducta del niño comienza a ser abstracta y se inicia la separación entre el sujeto y el objeto, entre el yo y el mundo".

"El suelo biológico sobre el que va a constituirse la vida social del niño es un estado que oscila lúbilmente entre el placer y el displacer vegetativos, entre la sonrisa de la saciedad y la caricia, y el llanto elemental del hambre o del frío"<sup>37</sup>. La simbiosis vegetativa madre-niño hace sonreír y hace llorar, como un presagio de lo que luego le va a suceder en la vida social.

La **succión** es un complejo mecanismo muscular, coordinadamente encadenado, que abarca desde los movimientos de los labios hasta la deglución. El reflejo se pone en marcha por el contacto de cualquier objeto con los labios del niño. Por supuesto está al servicio directo e inmediato de su subsistencia. Recientemente, se han publicado experiencias que demuestran que en niños pretérminos, el estimular la succión favorece la ganancia de peso y el bienestar del bebé.

A los tres anteriores habría que añadir la **respuesta sensorial**, que es un comportamiento fundamental que suele pasar inadvertido y en el que es necesario el funciona-

<sup>37</sup> P. Lain. "La primera sonrisa del niño", en *Teoría y realidad del otro*, 1961.

miento de los órganos de los sentidos y que permite al niño ver, oír, tocar, oler, etc., y hace que éste responda *atendiendo*, es decir, "buscando" el origen de la estimulación, y, en caso de "hallarlo", manteniéndolo en su campo perceptivo. Y, por último, entre otras muchas conductas posibles, la **actividad general**, que supone una reactividad congénita a la estimulación general, tanto exterior como interior.

Esta interacción recíproca madre-hijo es la primera relación del ser humano y que puede darnos información de otros comportamientos posteriores.

Como consecuencia de estas reacciones emocionales, que son auténticas respuestas condicionadas, se establece lo que se ha denominado *vínculo afectivo*. El niño se siente vinculado afectivamente a su madre y aparecen los *comportamientos de aproximación*. Aprende a comportarse de tal manera que le sea posible ver, oír, tocar, incluso oler y chupar a su madre. El mundo para el recién nacido y lactante se divide en dos partes: lo chupable y lo inchupable.

Estas conductas aproximativas indican que se está produciendo un aprendizaje instrumental. La madre se convierte así en un potente reforzador. Los cuidados de la madre constituyen una eficaz gratificación que van a ser aprendidos por el recién nacido. Con el tiempo, a veces sucede que la madre no siempre le gratifica. A veces, incluso se enfada; el niño aprende a distinguir entre la "madre buena" y la "madre mala" y a esta última el niño tiende a evitarla. Aprende a comportarse. La madre se convierte así en un modelo a imitar. El aprendizaje propicia una mezcla de las vidas de ambos, de la madre que enseña y el hijo que aprende. Un elemento importante de esa relación debería ser la "disponibilidad" de la madre, a la que el hijo espera encontrar siempre.

Por otra parte, el trato con los hijos proporciona a la mujer una inmensa *experiencia de la vida* a través del contacto permanente con ellos. La relación con los hijos no es sólo crianza, es educación, y así la maternidad se prolonga más allá de la niñez, hasta la juventud de los hijos.

Otro aspecto más de la maternidad es la trasmisión del sistema de creencias, es decir, la continuidad *histórica*, que en gran proporción es obra de la mujer a través de su función materna. La tentación de la mujer en nuestro tiempo es disminuir su función maternal para realizar otras tareas que le parecen más atractivas o importantes. Una de las causas

de este hecho puede ser la falta de estimación de esa función femenina por los hombres y más aún en el conjunto de la sociedad como tal.

### **Lactancia**

Al nacimiento ha seguido siempre la lactancia. Durante la primera etapa de la vida extrauterina, la ingestión de leche es la norma prevista por la naturaleza para que se alimenten los mamíferos; para ello, las madres están provistas de mamas, característica principal que define a esta clase de vertebrados. En éstos, la lactancia constituye naturalmente la tercera y última etapa del ciclo reproductivo. La incapacidad de la madre para lactar comporta un riesgo casi inevitable de muerte para el recién nacido.

Esta es la norma natural dispuesta también para el ser humano, como mamífero que es, aunque el avance del conocimiento científico haya permitido prescindir en numerosas ocasiones de este mandato biológico, merced al empleo de productos elaborados artificialmente, que permiten un crecimiento y desarrollo cada vez más parecido, aunque aún no totalmente idéntico, al que hubiese tenido recibiendo leche de su madre.

Se conocen unas 2.500 especies de mamíferos, que, a su vez consideradas las subespecies, determinan que existan en torno a 4.200 tipos de leches, condicionada por las necesidades para su crecimiento y desarrollo postnatales, distintas para cada especie.

El estudio de la composición de la leche de diferentes mamíferos ha permitido conocer importantes hechos que relacionan ciertas características de la especie con la composición de su leche. Así, se ha evidenciado una correlación directa entre el contenido proteico de la leche de cada especie y la velocidad de crecimiento, el contenido en lactosa y el desarrollo cerebral o el contenido graso y la necesidad de formar con rapidez un abundante panículo adiposo. La leche de mujer es de muy bajo contenido proteico y elevado en lactosa, pero es que también la velocidad de crecimiento del ser humano es muy lenta, mientras que el cerebro experimenta un importante desarrollo postnatal.

La leche de rata contiene doce veces más proteínas que la leche de mujer y su velocidad de crecimiento es treinta veces superior a la del ser humano; la leche de hembra de león marino de California no contiene lactosa y el cerebro de su cachorro experimenta un escaso desarrollo en la vida postnatal; el alto contenido en grasa de la leche de balle-

na azul o de foca puede justificarse fácilmente por la elevada cantidad de energía que deben consumir sus crías recién nacidas para producir calor.

Otro aspecto de importancia singular lo constituyen los factores defensivos que aporta la leche. El hombre y los demás primates van a recibir la transferencia inmunitaria sistémica exclusivamente por vía placentaria, siendo su aparato digestivo incapaz de incorporar a la circulación las inmunoglobulinas contenidas en la leche, que serán hidrolizadas en su mayor parte a nivel intestinal, actuando únicamente de forma local la Ig A secretora, cuya especial estructura bioquímica la hace resistente a la acción de las enzimas digestivas. El contenido de Ig G en el calostro y en la leche de estas especies es considerablemente más bajo, mientras que el de Ig A es significativamente más elevado que en el plasma materno.

Este posiblemente sea el principal argumento que pueda justificar que el hombre haya logrado sobrevivir sin ser alimentado al pecho, aunque, eso sí, con importantes tasas de mortalidad y sobre todo de morbilidad, secundarias a la privación de la acción inmunitaria local aportada por la leche de su madre.

Todo lo anterior converge en el concepto básico de que, en todas las especies de mamíferos, la leche está adaptada a los requerimientos metabólicos y de crecimiento de las crías y su composición está en relación con el estado de madurez del individuo en el momento del nacimiento.

Pero es que la lactancia materna, además de su importancia nutricional, defensiva y madurativa, permite un desarrollo más satisfactorio de las relaciones entre la madre y su bebé y la adaptación de la unidad madre-hijo al medio ambiente, fenómeno que por supuesto no es sólo atribuible a la especie humana. En las especies de mamíferos superiores (por ejemplo, el elefante y el delfín) se ha observado que los patrones de comportamiento del grupo tienden a la protección de la hembra y de sus crías durante los períodos pre y postnatales, así como en la etapa de lactancia.

No obstante, las sociedades humanas han evolucionado de manera diferente; la influencia de factores económicos, políticos, religiosos o geográficos, entre otros, han terminado definiendo diferentes formas de vivir, diferentes culturas. Y el hecho biológico de amamantar, una actividad tan antigua como la humanidad misma, pese a sus raíces natu-



rales y genéticas, no ha permanecido ajeno a estas influencias; su práctica se ha visto sujeta a los mismos avatares que han condicionado en el hombre la adopción de distintas formas de vida. Sin temor a errar podría hablarse de **culturas del amamantamiento**, con rasgos en parte comunes, pero también en parte bien diferenciados para determinadas sociedades.

Esta misma evolución, acaecida en el devenir de los tiempos, ha propiciado que, en muchas ocasiones, el ser superior, el hombre, haya querido corregir y hasta mejorar los mandatos de la naturaleza, unas veces por necesidad, otras por imponer su hegemonía al resto de la creación haciendo valer su propio ego, teniendo muchas veces que claudicar en su intento de superar las leyes naturales, reconocer su ignorancia y reconducir su manera de actuar a la imitación de los modelos biológicos. Esto es lo que a nuestro criterio ha sucedido con los intentos de suplantar la lactancia materna con otros métodos de lactancia.

La lactancia materna favorece el establecimiento de la vinculación afectiva madre-hijo. Se ha sugerido que aquellas especies cuya leche contiene una baja concentración de solutos, especialmente de proteínas, como es el caso de los humanos, necesitan amamantar a sus crías a intervalos frecuentes, por lo que se las conoce como **"especies de contacto continuo"**. Entre los mamíferos, la frecuencia del amamantamiento parece guardar relación con la fuerza del vínculo, siendo muy fuerte entre las especies de contacto continuo, mientras que en aquellas que mantienen un menor contacto con sus crías se muestra más débil; tal es el caso de la musaraña, que amamanta a sus hijos cada 48 horas y si es sometida a una situación de hambre puede terminar devorándolas.

En la especie humana, diversas culturas han favorecido socialmente el establecimiento de una fuerte vinculación entre el lactante y su madre o nodriza a través de la leche. La costumbre romana entendía que una madre no merecía ese nombre si no amamantó a su hijo. El propio emperador Tiberio, a la vuelta de la guerra, trajo como obsequio a su madre una sortija de plata y a su nodriza un collar de oro en prueba de afecto. En Esparta, el derecho de primogenitura iba vinculado al hecho de haber sido amamantado por la madre y Plutarco explica que el segundo hijo del rey Temistes heredó el reino de Esparta sólo porque su madre le había dado el pecho, mientras que el hijo mayor fue rechazado porque había sido amamantado por una extraña.

En el Islam se cree que surge una relación muy profunda entre el ama de cría y el niño, que se conoce como **"el derecho de leche o el vínculo de leche"**. El ama de cría se convierte en la **"madre de leche"** del niño, aplicándose entonces prohibiciones por incesto: cuando los niños crezcan, no podrán casarse con mujeres que les hayan dado de mamar ni con otras que hayan mamado del mismo pecho, los **"hermanos de leche"** (Corán, 4:23). Pero, para que surja este tipo de vínculo, la amamantada tiene que haber alcanzado la pubertad. No tiene importancia en sí que haya mamado directamente del pecho o que la leche se haya extraído y se haya ofrecido artificialmente, basta con que haya llegado al estómago y que el niño en ese momento tenga menos de 2 años<sup>38</sup>. Este es un dato importante a tener presente aún en la actualidad, en maternidades que utilicen "banco de leche" y atiendan a niños de familias que practiquen esta religión.

La precoz relación madre-hijo es importante para el establecimiento del "vínculo" y el contacto precoz y prolongado entre madre e hijo aumenta la frecuencia y la duración de la lactancia. Aunque hasta ahora no se ha probado que, a largo plazo, la lactancia materna sea preeminente a la alimentación con biberón en el establecimiento de una óptima relación afectiva entre la madre y el hijo, se ha resaltado la influencia del período de contacto (**"período de recuerdo"**) en el comportamiento posterior de los padres hacia sus hijos, aunque es necesario profundizar los estudios sobre el tema.

A partir del parto, los reflejos primarios se despiertan mediante el contacto de la mejilla con el pezón. A partir del décimo día de vida, el bebé humano parece haber aprendido a reconocer el pecho de su madre y vuelve su cabeza hacia él, incluso antes del contacto. Dado que el niño tiene desarrollada la visión desde su nacimiento, la prominencia del pecho humano facilita el contacto "ojo a ojo" entre madre e hijo, mirándola a la cara, tan importante para el desarrollo de una adaptación y un reconocimiento recíprocos.

Todos los sonidos que proceden de la madre, no sólo su voz, sino también el latir de su corazón, constituyen importantes medios de comunicación para el niño. Los estudios sobre los signos de vocalización preverbal del niño a la madre, especialmente durante la lactancia materna, contribuyen a la posterior comprensión del proceso de vinculación.

<sup>38</sup> M. Yurdakok. "Breastfeeding in Islam". Acta Paediatr Scand 1988;77:907-908. Véase también: T. Koçtürk y R. Zetterström. "Breast feeding and its promotion". Acta Paediatr scand, 1988;77:183-190.

Los estímulos sensoriales, auditivos y olfatorios, además de la succión, contribuyen al establecimiento de la lactancia materna. La estimulación sensorial que la madre recibe amamantando a su hijo es un factor importante en el mantenimiento de la lactancia. El aspecto sensual de la lactancia materna, incluyendo la respuesta sexual de la madre, debe ser objeto de un mayor conocimiento. Es probable que unas reglas de alimentación rígidas interfieran con este aspecto y hagan fracasar la lactancia.

La disposición de los pechos en la especie humana hace que la madre tenga al niño en brazos, frente a ella, cara a cara. No es que el niño "le mame a la madre", como la mayor parte de los mamíferos, sino que la madre le da de mamar al hijo, *le da el pecho al hijo*. Es algo biológico, la alimentación del recién nacido; pero hay otros elementos —la caricia, la mirada— que lo convierten en una relación personal.

El pecho femenino es una parte fundamental de la realidad corporal de la mujer, con una referencia clara y explícita a su condición femenina, a la dimensión maternal de ella. Pero no se relaciona *directamente* con la sexualidad. Es un caso relevante de lo que Marias llama condición sexuada. El pecho de la mujer no es "sexual", pero es inequívoca, manifiestamente sexuado, hasta el punto de convertirse en el atributo primario de la feminidad. Y por eso adquiere una significación sexual en el sentido de ser una de las principales zonas erógenas del cuerpo, es decir, aquellas que despiertan o pueden despertar el apetito sexual y son fuente de placer sexual. Sin embargo, el sentido funcional, biológico, fisiológico de los pechos de la mujer es la lactancia. En la lactancia humana, la mujer mira al niño y es mirada por él; la mujer no es simplemente una ubre, a la cual se agarren los labios del niño y ejerzan succión. La mujer amamanta o "da de mamar" al niño teniéndolo en brazos, mirándolo, acariciándolo; lo nutre y lo acaricia al mismo tiempo. Y el niño acariciado y alimentado mira y hay una relación estrictamente personal entre los dos.

Con ser numerosas y evidentes las ventajas de la lactancia materna es necesario considerar también la existencia de ciertos peligros e inconvenientes. Ocasionalmente, se pueden eliminar microorganismos bacterianos y virales (citomegalovirus, hepatitis B, VIH, etc.), así como diversos fármacos ingeridos por la madre y determinados tóxicos sociales (tabaco, alcohol, café, etc.). Existe cierta preocupación por la presencia en la leche de la mujer de tóxicos ecológicos, fundamentalmente insecticidas organoclorados y bifenilos polihalogenados, y aunque hasta el momento no ha sido determinado el riesgo real que pue-

den reportar en el organismo del niño, no hay que olvidar que la mayoría de ellos tienen un efecto estrogénico.<sup>39</sup>

La búsqueda de alternativas para tratar de superar aquellas situaciones en que, por diferentes causas, una madre no podía o no quería lactar a su hijo, ha sido una constante preocupación a través de la historia de la humanidad. El riesgo vital que corría el lactante si no era alimentado por su madre ha sido siempre temido. Aún hoy, en los países en vías de desarrollo, donde, probablemente por necesidad, la lactancia conserva la categoría de última fase del ciclo reproductivo, el simple temor a padecer hipogalactia aterra a las madres que lactan, pues saben muy bien que, si eso ocurriera, la supervivencia de su hijo estaría seriamente amenazada.

En los países desarrollados, la situación no es, por fortuna, tan dramática, pues la supervivencia del lactante puede garantizarse totalmente con el empleo de productos dietéticos industriales; pero no deja de ser ciertamente lastimosa cuando se piensa que en muchas ocasiones, sin justificación que lo avale, se está prefiriendo el uso de imitaciones del producto original, disponiendo de él además en cantidad suficiente y de forma gratuita.

Las medidas encaminadas a superar el desafío que representa suplir la alimentación al pecho se han emprendido desde distintas vertientes, algunas de ellas totalmente abandonadas en la actualidad, pero otras aún vigentes y hasta en continua evolución, tratando de superar los escollos que supone buscar una alternativa a un producto tan complejo y perfecto, con una correspondencia tan precisa entre lo demandado y lo ofertado, como es la leche de una madre para su propio hijo.

### **1.- Superación de mitos**

La lactancia materna, un hecho biológico tan ligado a la conducta humana, no ha quedado ajena a la existencia de mitos y para muchos fenómenos asociados a ella se han buscado explicaciones, que han llevado a adoptar actitudes en ocasiones nocivas para su

<sup>39</sup> En estudios realizados en el Departamento de Pediatría de Granada, por Campoy, Bayés y otros, se ha comprobado que en la leche calostrada de mujeres de la provincia de Granada y Almería existen cantidades significativas de DDT, dieldrin, aldrin, endosulfan I y PCBs (datos no publicados).

instauración y prevalencia. Desterrar estos mitos ha sido también un desafío para los científicos y profesionales empeñados en promocionar la alimentación al pecho.

El meconio fue considerado durante mucho tiempo como una sustancia dañina para el recién nacido, que debía ser eliminada antes de iniciar la alimentación. La **purga del meconio** era ya aconsejada por Galeno, por Rufus y por Sorano de Éfeso, contemporáneo de Trajano y de Adriano. Esta costumbre seguía siendo norma durante el Renacimiento, recurriéndose a purgantes de aceite de almendras dulces, jarabe de rosas o miel para hacer evacuar el meconio.

Íntimamente relacionada con esta costumbre se encuentra la **prevención contra la administración del calostro**. El mismo Sorano prohíbe el amamantamiento hasta el vigésimo día, por ser la leche materna hasta entonces demasiado espesa e indigesta, debiendo dar la madre el pecho mientras tanto a otro niño de mayor edad y a su hijo miel tibia eventualmente mezclada con leche de cabra.

En el Islam se piensa que la leche proviene de la sangre materna y así, Arib Ibn Sa'id, una de las figuras más importantes de la medicina hispano-árabe, nacido y fallecido en Córdoba (918-980), denomina a la leche de la madre "**sangre blanca**"; aduce a favor de la lactancia materna que la leche de la madre es el alimento más fácil de dar para la madre y de tomar para el niño y que los niños criados al pecho son más tranquilos<sup>40</sup>.

La lactancia se ha vinculado también con **la sexualidad y la fertilidad de la madre**. En culturas africanas primitivas, donde la lactancia dura de 2 a 3 años, las relaciones sexuales están prohibidas mientras tanto, porque "pueden hacer peligrar la vida del niño". Esta probablemente sea una de las razones de la poligamia, tan frecuente en estos pueblos<sup>41</sup>.

*El Talmud*, finalizado de escribir en el siglo VI, pero basado en tradiciones muy anteriores, regulaba algunos aspectos de la lactancia: la duración habitual de la lactancia materna debía ser de dos años y, por lo menos, siempre que fuera posible, de 18 meses. Si

<sup>40</sup> A. Arjona Castro. *El libro de la generación del feto, el tratamiento de las mujeres embarazadas y de los recién nacidos*. Traducción y notas del Tratado de Obstetricia y Pediatría del siglo X de Arib Ibn Sa'id. Sevilla, 1991.

<sup>41</sup> A. Scarpa. *Puericultura indigena africana*, Padova, 1954.

una mujer enviudaba o se divorciaba mientras criaba a su hijo, no podía volver a casarse hasta que el hijo cumpliera los dos años<sup>42</sup>.

En nuestro medio, a finales del siglo XVIII se mantenía la polémica sobre este tema, con opiniones contradictorias. Así, D. Francisco Monsalve se preguntaba en 1776 en una disertación en la Real Sociedad de Medicina y demás Ciencias de Sevilla "**Si sea necesario separar a las Nutrices del comercio natural para la sana lactación**", llegando a la conclusión de que "*el comercio marital moderado en tiempo de la lactancia es conveniente y salúfero para la nutriz y para el infante que lacta*" y es muy importante que el ama de cría "*sea de buenas costumbres, de unos cuarenta años, de estatura cuadrada mediocre y de pechos no rugosos y crecidos*"<sup>43</sup>.

Estas creencias basadas en mitos o en disposiciones morales tenían indudablemente la misión de preservar la lactancia. Prohibiendo las relaciones sexuales o el nuevo matrimonio de la madre se prevenía un nuevo embarazo y que por ello se precipitara el destete del lactante. Posiblemente, quienes mostraban mayor permisividad buscaban implícitamente contrariar al mínimo a las madres, pues incluso las estrictas normas eclesásticas imperantes en ciertas épocas se plantearon hacer excepciones con las mujeres que lactaban y así puede deducirse del discurso que el padre José Buenaventura del Hoyo leyó en 1770 en la Real Sociedad de Medicina Sevillana sobre "*El mecanismo de formación de la leche, su naturaleza, tanto en el orden físico como en el moral, y si en los días de cuaresma no obstante se use de ella por modo de medicina, sea suficiente motivo para la infracción del ayuno eclesiástico*".

Aunque el complejo proceso por el cual la lactancia inhibe la ovulación y el ciclo menstrual no es del todo conocido, está claro que la succión frecuente del pezón, que produce altos niveles de prolactina, se asocia estrechamente con una alteración de la secreción Gn RH, el péptido hipotalámico estimulador de la secreción de gonadotropinas y por consiguiente con la hiposecreción de hormona luteinizante, con la anovulación y con la amenorrea. La lactancia materna asocia una cierta infertilidad, especialmente durante los primeros meses después del parto, cuando la succión es frecuente día y noche.

<sup>42</sup> S. S. Kottek. "La pédiatrie dans la Bible et le Talmud". *Rev Hist Méd Hébr*, 1977;**30**:25-28 y 49-52.

<sup>43</sup> A. Hermosilla Molina. *Cien años de medicina sevillana* (la Real Sociedad de Medicina y demás Ciencias de Sevilla en el siglo XVIII). Sevilla, 1970.

Debe hacerse una distinción importante sobre el efecto inhibitor de la fertilidad según que la lactancia sea restringida, es decir, con introducción precoz de alimentos sólidos y horarios rígidos para las tomas, o que la lactancia sea irrestricta, día y noche, y sin añadir otros alimentos hasta los seis meses. Cuando un bebé con lactancia materna exclusiva duerme toda la noche desde pequeño, pasando sin mamar unas seis horas, o sigue una lactancia restringida, el efecto supresor de la lactancia sobre la menstruación disminuye, lo mismo que si usa un chupete en vez de satisfacer todas sus necesidades de succión con el pecho materno. Entre los cazadores-recolectores kung, el intervalo intergenésico es largo y no usan anticonceptivos ni abstinencia prolongada tras el parto; sin embargo tienen una modalidad de lactancia muy peculiar: la madre da el pecho varias veces por hora, en tomas de apenas 15 a 120 segundos de duración, separadas por intervalos máximos de 15 minutos, y los niños están siempre cerca de la madre, hasta el destete, que suele ocurrir alrededor de los tres años y medio, durante la gestación del siguiente hermano.

Para la actividad sexual, no se reconocen hoy más limitaciones que aquellas derivadas de los cambios hormonales que acontecen en la fisiología de la mujer que lacta y las propias inclinaciones y convicciones éticas o morales.

## **2.- Estimulación de la lactogénesis**

Parece lógico que una de las primeras medidas que se intentara para superar el desafío que representa la disminución de la producción de leche materna fuera la estimulación de su producción. Actualmente definimos la reinducción de la lactancia materna o re-lactación como el inicio de la lactancia en un momento diferente al inmediatamente posterior al parto y/o como la reanudación de la lactancia materna después del cese de la misma o de una disminución significativa en la producción de leche.

Tiene sus raíces en culturas antiguas como técnica de supervivencia, cuando la falta de leche materna abocaba con casi toda seguridad al fallecimiento o a la malnutrición del lactante. En etnias africanas primitivas se utilizaban galactógenos vegetales, talismanes o amuletos para favorecer una lactancia prolongada. *El papiro de Ebers* (1.550 años a. C.) describe métodos para aumentar la producción de leche de la nodriza, existiendo también constancia de la estimulación de la lactancia por amuletos y alimentos galactógenos en civilizaciones indígenas americanas.

El propio San Isidoro de Sevilla, en las Etimologías, trata del problema de la agalactia, aconsejando el uso de *"la piedra llamada galactites, de color lechoso y que triturada da jugo blanco de sabor a leche; cuando la llevan las mujeres que están nutriendo, fecunda sus pechos; colgada al cuello de los niños se dice que produce saliva; y en la boca se deshace y hace perder la memoria"*. Hay que pensar que esta gemoterapia se basaba en las "signaturas", que tan extendidas estuvieron en el Medievo: el color y sabor parecidos a la leche serían signo de sus propiedades galactógenas. Aconseja también San Isidoro la *taragonia* o *dragoneta*, de la que *"el jugo de las bayas hace volver la leche a las ubres"*; y la *lechuga*, a la que llama *"lactuca, dicha así por su exuberancia de leche (lactis), o porque aumenta la cantidad de leche a las mujeres que están criando"*.

En la actualidad, la reinducción de la lactancia se fundamenta en el profundo conocimiento que se tiene de la fisiología de la lactogénesis. Mecanismo neurohormonal, en el que las dos principales hormonas implicadas son la prolactina (encargada de la síntesis de leche) y la oxitocina (necesaria para su excreción), liberadas por la hipófisis bajo el control inhibitorio dopaminérgico del hipotálamo, a partir de estímulos transmitidos por vías nerviosas reflejas, que tienen su origen en la succión del pezón.

Con la succión aumentan los niveles de prolactina, que induce la formación de leche y su vertido a los alvéolos y senos lactíferos, y de oxitocina, que estimula al mioepitelio de la mama para que se contraiga y desencadene la expulsión de la leche al exterior (la conocida popularmente como "bajada de la leche"). La oxitocina es liberada también por el estiramiento de los canalículos mamarios y a su vez ésta es capaz de desencadenar la liberación de prolactina, siendo este el mecanismo por el que se logra la lactancia en la mujer que nunca ha estado embarazada. La falta de liberación de estas hormonas por un reflejo inadecuado "de bajada", la disminución del estímulo de succión, el vaciamiento incompleto de la mama (que reduce el flujo sanguíneo mamario) o la coincidencia de varias de estas circunstancias conducirá a una notable disminución del volumen de leche.

La reinducción de la lactancia había sido poco estudiada en la literatura médica hasta hace dos décadas, en que se fomentaron diversos estudios sobre la introducción de la lactancia materna en madres que no lo hicieron inmediatamente después del parto, reinducción en algunas que ya habían destetado a sus hijos, inducción en madres adoptivas que deseaban lactar o recuperación de la lactancia en madres que transitoriamente la ha-



bían abandonado por enfermedad o separación temporal de sus hijos. Este procedimiento comporta beneficios tanto para los niños, que reciben el alimento óptimo, como para las madres, que emocionalmente se sienten satisfechas de amamantar a sus hijos, favoreciéndose así el establecimiento de una mayor vinculación materno-filial<sup>44</sup>.

La relactación es más efectiva cuanto más corto sea el intervalo transcurrido desde el momento del parto y la inducción de la misma y menor sea la involución de la glándula mamaria después del alumbramiento o del abandono de la lactancia. Por el contrario, la ansiedad, la fatiga y el estrés emocional son potentes inhibidores de la lactación, pues disminuyen los niveles de prolactina, por lo que técnicas de relajación pueden ser útiles inicialmente para incrementar la producción de leche.

No obstante, el procedimiento más efectivo es promover la succión frecuente del pezón y en su defecto, por inmadurez del niño u otras causas que le impidan ser puesto al pecho, la expresión manual o mediante bombas eléctricas para el vaciado de los pechos, que se deberá llevar a cabo de una manera regular durante 10 minutos cada 2 ó 4 horas, durante el día y la noche, hasta que se establezca un volumen adecuado de leche, pudiéndose omitir entonces la expresión nocturna. Puede coadyuvarse también al aumento de los niveles de prolactina con el empleo de diversos fármacos como la metoclopramida, el sulpiride o el domperidone o, que contrarrestarán el tono inhibitorio dopaminérgico que acompaña al estado de tensión de la madre. La administración del TRH también ha demostrado una acción favorable<sup>45</sup>.

Cuando el reflejo de vaciamiento sea deficiente puede ser muy beneficioso el empleo de oxitocina mediante pulverización nasal, inmediatamente antes del amamantamiento o de la expresión manual o mecánica. No debe descuidarse tampoco que la ingesta calórica e hídrica de la madre sean adecuadas (al menos 2.500 Kcal y un litro de líquidos al día), así como el ejercicio moderado y el ambiente relajado para disminuir la ansiedad, recomendaciones algunas que ya nos fueron hechas en el siglo XVIII.

<sup>44</sup> K. G. Auerbach y J. L. Avery. "Relactation: A study of 366 cases". *Pediatrics*, 1980;65:236-242.

<sup>45</sup> D. J. Hainsenlender et al. "The effects of dopaminergic antagonist by sulpiride on TRH and VIP induced prolactin release in non-suckled lactating rats". *Life Sci*, 1990;46:1867-1872.

### **3.- Las nodrizas, una institución histórica**

Las nodrizas o amas de cría desempeñaron durante mucho tiempo una misión insustituible en el mantenimiento de la lactancia natural. El empleo de nodrizas, altruistas o mercenarias, posiblemente sea tan antiguo como la propia humanidad y en buena lógica es el mejor método para sustituir al amamantamiento por la propia madre, pues la composición de la leche será sensiblemente igual desde la óptica nutricional y además ofrecerá similares beneficios biológicos, al recibirla el lactante directamente del pecho, sin manipulación alguna.

No obstante, las causas de su abandono debieron estar más que fundamentadas en razones afectivas y sociales. En la sociedad actual sería impensable que una mujer entregara su hijo a otra para que lo criara y que ésta aceptara hacerlo en detrimento de la alimentación del suyo propio. Además, y tal vez fuera una razón de peso en el declinar de esta modalidad de lactancia, cuando una actividad se mercantiliza desafortadamente, como llegó a ocurrir con la lactancia mercenaria, los intereses económicos suelen anteponerse a los de índole ética o moral y sin el gobierno de estos principios, cualquier actividad se hace insostenible.

La lactancia mercenaria fue abandonada prácticamente en todos los países a partir de 1900, al menos en su forma tradicional. Se mantiene en casos muy particulares, incluso en alguna maternidad existen "nodrizas internas", para poder subvenir a las necesidades de recién nacidos muy concretos, que precisan ser alimentados con leche humana fresca sin esterilizar. De cualquier forma, esta situación no perdura más allá de 1946. Las nodrizas vienen a ser sustituidas por los lactarios o bancos de leche.

Los bancos de leche ofrecen la posibilidad de lactar a los niños con leche humana, aunque los procedimientos a que debe ser sometida para garantizar su esterilidad hacen que las sustancias biológicamente activas se inactiven, privando por consiguiente al niño de los beneficios tan singulares que éstas le reportan. En algunas ocasiones se trataba de salvar este inconveniente dando la leche cruda, sin tratamiento previo, pero esta posibilidad es altamente arriesgada en la actualidad, pues las legislaciones han endurecido su rigor al haberse constatado que el virus de la inmunodeficiencia humana puede transmitirse por la leche de mujer y producir la enfermedad en el lactante, aunque hasta el momento actual sólo se encuentre plenamente confirmada esta eventualidad en 24 casos en toda la literatura mundial.

#### 4.- Las leches naturales

En la búsqueda de alimentos alternativos a la leche de mujer, preocupación constante en la especie humana, una de las primeras alternativas que debió emplearse fue la utilización de leche procedente de otros mamíferos. Quizás el ejemplo más popular sea el de Rómulo y Remo, al que los conocimientos actuales permiten calificar con seguridad de hecho mitológico, puesto que la supervivencia de los gemelos hubiera sido imposible recibiendo diez veces más proteínas, o siete veces más sales minerales, que es lo que aporta la leche de loba comparándola con la de mujer.

Es a partir de los siglos XVII y XVIII cuando se comienza a tomar interés por la composición química de la leche animal, como base para distinguir la más idónea para sustituir a la de mujer, y cuando la alimentación artificial comienza a suscitar interés científico. Se descubre el azúcar, se proponen nuevos modelos de biberones y recipientes con los que administrar la leche y se recomienda ofrecerla inmediatamente después del ordeño, o bien hervirla (sin conocer su fundamento), lo que encuentra cierta oposición de las madres por los cambios que experimenta en el sabor.

A partir del siglo XIX, la leche de vaca toma la hegemonía en la lactancia artificial. Underwood es el primero en intentar su análisis químico detallado, comparando el coágulo de la leche de mujer con la de vaca, y en adelante numerosos estudios avanzan en el conocimiento de su composición (caseína, grasa, azúcar, sales minerales), densidad y alcalinidad. Donne pone más énfasis en su estudio microscópico, demuestra la existencia de corpúsculos de grasa en la leche de mujer y sugiere que el examen microscópico es el estudio más fiable para valorar el poder nutritivo de cualquier leche; con este criterio analizó la leche de diferentes mujeres para seleccionar la nodriza del primogénito de Luis-Felipe de Orleans, cuando es llamado a consulta ante la preocupante salud del príncipe, y los buenos resultados obtenidos le llevan a ser recompensado con la Cruz de Caballero de la Legión de Honor.

Sin embargo, la mortalidad infantil en los casos de lactancia artificial se mantiene en 1874 entre el 35 y el 45 %, frente a un 15 a 16 % en los lactantes alimentados al pecho. Se sospecha que son las diferencias (cuantitativas y cualitativas) entre la leche de mujer y de vaca las responsables de su mala tolerancia y se proponen modificaciones como la dilución, el azucarado o la adición de cocimientos farináceos.

No obstante, durante la primera mitad del siglo XIX, gran parte de los esfuerzos se dirigen a la búsqueda de aquellos hechos que interfieren la conservación de la leche y que la hacen inadecuada para el consumo. Se incide sobre el modo de criar a las vacas, su ordeño, la conservación y el transporte de la leche o se intentan otros métodos, que se centran esencialmente en la condensación, adición de importantes cantidades de azúcar y conservación en botes herméticamente cerrados. Otros investigadores obtienen leche deshidratada, que se presenta en polvo o en tabletas. Sin embargo, todas estas acciones no pasan de tener un carácter experimental y contribuyen poco a mejorar la mortalidad.

Finalmente, un descubrimiento revolucionario va a cambiar la situación: Pasteur demuestra que la contaminación de la leche es bacteriana y que es la responsable de las gastroenteritis de los lactantes alimentados artificialmente y de su considerable mortalidad, siendo suficiente para luchar contra esta lastimosa situación destruir los microbios por esterilización. En pocos años, la aplicación de estos principios va a encontrar una rotunda confirmación en manos de los médicos, que han comprendido la importancia capital de estos hechos<sup>46</sup>.

Se abre una nueva etapa y en adelante la alimentación del niño se estudiará como una ciencia, la dietética, cuyas reglas deben obedecer a las exigencias de una correcta nutrición. Juegan aquí un importante papel los trabajos de los fisiólogos, cuyos pioneros comienzan a aparecer de manera aislada en el último tercio del siglo XIX, especialmente en Alemania. Las investigaciones van a fundamentarse sobre el aspecto energético de la alimentación.

La lactancia artificial es específicamente reglamentada, contribuyendo a ello las enseñanzas de tan prestigiosos médicos como Budín, Czerny, Finkelstein, Rotch o Marfán, que, ante el temor a los peligros que una sobrealimentación anárquica puede acarrear, contribuyen a popularizar reglas estrictas en cuanto a volumen, número e intervalo de las tomas en función de la edad, que son universalmente aceptadas. Se toma como patrón de las necesidades nutricionales del lactante los aportes que realiza la leche humana, lo que comporta dos consecuencias importantes para la dietética moderna: proliferan los estudios físico-químicos comparativos, cada vez más profundos, de la leche de vaca y la leche de

<sup>46</sup> E. Roux. "L'ouvre médicale de Pasteur". *Revue Méd Fr*, 1923, nº especial 26.



mujer y se introducen modificaciones cada vez más complejas en la leche de vaca, para corregir aquellas diferencias y adecuarla mejor a las necesidades de los lactantes.

A principios de siglo, las modificaciones hechas en este sentido eran más bien de tipo doctrinal, buscando mejorar la digestibilidad de la leche de vaca, según el arte de figuras de la medicina, que popularizan preparados muy personales entre los seguidores de sus enseñanzas, así: Finkelstein con su "**leche albuminosa**", Czerny, que para la diarrea recomienda una alimentación pobre en grasas y rica en glúcidos ("**butter-flour mixture**"); Rotch con su método, un tanto complicado, que denomina "**percentage feeding**", en el que las proporciones de proteínas, grasas e hidratos de carbono son fijadas en función de la edad, o Marriot con su recomendación de la acidificación de la leche.

Se constata que ciertos lactantes no toleran la leche de vaca y que esta intolerancia puede entrañar accidentes agudos, a veces mortales, o que toman una evolución suabgada, con diarrea y malnutrición. Esto lleva a buscar regímenes dietéticos alternativos, carentes de leche, que por su complejidad de preparación tienen poco éxito. Aunque su precursor parece que fue Hindes, su puesta en práctica obedece sobre todo a pediatras alemanes: **Sopa de mantequilla y harina** ("**Buttermehlnahrung**"), de Czerny-Kleinschmidt; **Pudín de hígado de ternera**, de Hamburger; **Pudín de régimen** ("**Pudding diät**"), de Moll y Stransky.

No obstante, muy pronto estos preparados casi oficinales serán elaborados y comercializados por la industria dietética infantil, que inicia por esta época su aparición con un crecimiento muy rápido, avalado por los buenos resultados que se obtienen con sus productos, que no sólo harán mella en la prevalencia de la lactancia materna, sino que también irán restringiendo progresivamente el empleo de la leche entera de vaca, aunque en colectivos de bajo nivel socio-económico siga utilizándose con cierta asiduidad, motivo por el que, todavía en los años 70 y principios de los 80, continuábamos enseñando en nuestras aulas las tres reglas básicas para superar el desafío de su intolerancia y poderla administrar al lactante: higienización, dilución y suplementación.

Un hecho de importancia en la evolución de la lactancia y de la dietética infantil en general durante el presente siglo es la contribución de la industria dietética, que ha fomentado la investigación y llevado a la práctica las modificaciones que era necesario introducir en la leche de vaca, para adecuarla al consumo de los lactantes, lo que inicial-

mente se denominó con frecuencia "**maternización de la leche de vaca**". No puede negarse que la industria dietética ha jugado un papel importante en el progreso de la alimentación infantil. Posiblemente su objetivo fuera producir lo mejor para vender más, pero indudablemente de esta búsqueda del mejor alimento artificial han derivado importantes beneficios para la alimentación del niño sobre todo en los últimos 40 años, ofertando al pediatra tal variedad de fórmulas que a menudo le hacían vacilar sobre cuál emplear (ya en 1959 había en el mercado más de 200 marcas de leches en polvo).<sup>47</sup>

No obstante, tampoco debe ignorarse que en muchas ocasiones ha sido palpable la primacía de los intereses comerciales sobre los estrictamente sanitarios y nutricionales, con campañas de promoción de productos dietéticos que interferían la práctica de la lactancia materna, lo que ha motivado la movilización de diversas organizaciones que advirtieron del riesgo incluso vital que este modo de actuar podía tener para los lactantes de países en vías de desarrollo, llegándose a acuerdos con los fabricantes de productos dietéticos y a la regulación por ley de su promoción.<sup>48</sup>

Los diferentes tipos de leche fueron apareciendo en sucesivas etapas. Primero fueron las **condensadas**, que en la forma azucarada se remontan a Pagé (1866) y en la no azucarada a Mayerberg (1833); la **harina lacteada**, las **leches en polvo, azucaradas o no azucaradas, enteras, descremadas y acidificadas; enriquecidas**, con vitamina D o hierro; **equilibradas** en ácidos grasos saturados e insaturados; las mal llamadas **maternizadas**, etc.

Pero el más importante avance en la elaboración industrial de productos para la lactancia artificial tiene lugar en las dos últimas décadas, siendo el fruto de numerosos estudios, cuyos resultados han debido ser convenientemente elaborados y contrastados, de lo que se han encargado comités de nutrición de diversos organismos e instituciones, con la misión de poner orden en el confusionismo que ocasionaba la manifiesta disparidad en

<sup>47</sup> A Valenzuela y cols.: "Preparados para la alimentación del lactante en la Comunidad Económica Europea: Aspectos nutricionales y de Salud Pública". *Rev Esp Pediatr* 1994;**50**:143-160.

<sup>48</sup> J. Morán, R. Tormo. "Lactancia materna e industria dietética. ¿Dos términos contrapuestos?" *An Esp Pediatr* 1993;**38**(1):91-97; J. Morán, C. Tormo. "Correlación entre lactancia materna e industria dietética. ¿Olvidamos los aspectos sociológicos de la sociedad española?" *An Esp Pediatr* 1994;**41**:443-448.

cuanto a la composición e indicaciones de los diferentes productos ofertados. Entre éstos debemos mencionar el **Comité de Nutrición de la Academia Americana de Pediatría**, el **Comité del Codex Alimentarius**, el **Comité de Nutrición de la Sociedad Europea de Gastroenterología y Nutrición (ESPGAN)**, el **Código Internacional de Comercialización de Sustitutos de la leche materna (OMS)** y el **Comité Científico para la Alimentación (SFC) de la Comisión de las Comunidades Europeas**.<sup>49</sup>

En la actualidad, tanto ESPGAN como la CEE admiten la existencia de dos tipos de productos para alimentar artificialmente al lactante sano: los denominados "fórmulas de iniciación adaptadas" o "preparados para lactantes" y los "de continuación", mientras que la Academia Americana de Pediatría recomienda el empleo de un único tipo para toda la lactancia, la denominada "fórmula unitaria", aunque enriquecida con hierro a partir del tercero o cuarto mes.

Las fórmulas de inicio constituyen la alternativa ofertada por la industria dietética a la lactancia materna y su formulación se fundamenta en regular los aportes de energía, proteínas, grasas, hidratos de carbono, minerales, vitaminas, etc. Especial énfasis se pone actualmente en la adición de determinados elementos como aminoácidos (*taurina*, *carnitina*, *arginina*, *triptófano*), nucleótidos, ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga, gangliósidos, etc.

A pesar de la complejidad que puede representar la sustitución de algunos de los componentes de la leche humana considerados hasta ahora, donde realmente radica el principal desafío con el que se encuentra en la actualidad la ciencia y la moderna industria dietética especializada, es con dotar a los sustitutos de la leche materna con los **componentes biológicos y defensivos**.

La leche humana aporta, junto con los nutrientes, una amplia gama de sustancias, unas con **actividad hormonal**, encargadas principalmente de promover la maduración de la mucosa intestinal, haciéndola más capaz para cumplir sus funciones absorbivas y de barrera defensiva; otras con **actividad enzimática**, encargadas de mejorar la digestión al suplir los déficit secundarios a la inmadurez de los sistemas enzimáticos homólogos propios del recién nacido o de controlar el crecimiento bacteriano, y otras con **actividad defensi-**

<sup>49</sup> R. Tormo y J. Morán. "Normativa, recomendaciones y legislación sobre fabricación de leches adaptadas: Una visión global". *Actualidad Nutricional* 1990;4:29-43.

**va**, que por mecanismos quelantes, enzimáticos, antiadherentes o competitivos tratarán de evitar la agresión de la mucosa intestinal.

Muchos de estos factores actúan independientemente, pero otros combinan sus mecanismos de acción para lograr así un efecto más sólido. De igual manera, unos factores serán constitutivos de la leche y por tanto con especificidad de especie, mientras que otros serán inducidos con especificidad individual. Desafíos tan importantes como estos han sido superados, cuando se ha contado con dos factores imprescindibles: tiempo y medios para avanzar en el conocimiento científico. Es posible que dentro de algunos años, tal vez no muchos, podamos contar con la solución a bastantes de los retos que ahora se plantean, donde probablemente las técnicas de ingeniería genética y la clonación puedan jugar un papel primordial, al poder obtener transgénicamente muchas de las sustancias que hasta ahora resultan privativas de la leche humana.

## Infancia

Antes me he referido a la mujer, a la madre, a sus relaciones recíprocas y a la lactancia. Me van a permitir que dedique unas palabras al niño como ser individual. ¿Qué es un niño? No resulta fácil definir al niño, debido a las diversas interpretaciones y definiciones que se han dado del mismo. Según el diccionario, un niño es una persona no adulta. Los códigos civiles definen a niños, niñas y adolescentes como incapaces, es decir, sin capacidad de obrar. El concepto actual de la edad infantil queda definido claramente en la Convención sobre los Derechos del Niño, universal instrumento jurídico, incorporado al Derecho Internacional el 2 de septiembre de 1990, que en su artículo 1 define al niño como toda persona menor de dieciocho años.

Si quisiéramos concretar y dar respuesta a la pregunta ¿qué es la infancia?, la podríamos resumir en dos supuestos, como propone Lain<sup>50</sup>:

1. La primera respuesta ha tenido una larga vigencia, desde el principio de los tiempos hasta el siglo XVIII, y esa respuesta es "*la infancia es un todavía no*" (la infancia va hacia la realización de su vida como ser maduro y no lo es todavía).

<sup>50</sup> P. Lain. "La vida infantil como vida humana", en *La convención de los derechos del niño hacia el siglo XXI*, Ediciones Universidad de Salamanca, 1996, p. 159.

2. La segunda respuesta es más moderna y podría resumirse en la afirmación de que *"el niño es un ya transitorio"*. Se entiende la niñez como etapa con identidad propia de la vida. Es el comienzo de una nueva sensibilidad que nos permite hablar, con respecto a la niñez, como *"vida sui generis y vida sui juris"*.

Desde la perspectiva biológica, la infancia representa una etapa del individuo caracterizada por la inmadurez, el crecimiento físico y el desarrollo bio-sico-social, que termina al alcanzar el máximo crecimiento físico propio del adulto y la maduración física, psicológica y social suficiente para hacerle plenamente responsable de sus actos y de sus relaciones con los otros miembros de la sociedad. En comparación con lo que ocurre en las demás grandes especies animales, en la especie humana la infancia se caracteriza no sólo por ser un período de extrema vulnerabilidad, sino también por su prolongada duración. Ya en las etapas más tempranas de ese período de dependencia y debilidad se define, tanto en el orden orgánico como psicológico, el potencial de éxito y de fracaso del individuo. El 80% de la maduración cerebral humana se alcanza en el transcurso de los primeros 24 meses de vida y ya a los 4 años de edad se ha completado la mitad del desarrollo intelectual de la persona. Todo esto conduce a la lógica conclusión de que al niño se le debe considerar, si se me permite la expresión, como "especie separada", como grupo biológico diferenciado, al cual los adultos y la sociedad organizada deben dedicar cuidados especiales.

La infancia constituye, probablemente, la parte más importante y desde luego más sensible de la sociedad, de cuya salud y normal desarrollo bio-psico-social va a depender en gran manera el futuro de la humanidad.

Sin embargo, no siempre y en todo lugar el niño ha tenido la misma consideración. Hace más de veintitrés siglos, el pensador Aristóteles, pilar de nuestra cultura, afirmó que *"un hijo o un esclavo son propiedad y nada de lo que se hace con la propiedad es injusto"*. Aunque hoy día la mayoría rechaza este aserto, desgraciadamente su sentido parece estar todavía metido en nuestros genes y la realidad cotidiana se encarga con demasiada frecuencia de validar esta máxima de la ética aristotélica.

El papel de la infancia y la actitud de la sociedad hacia ella han variado con el paso del tiempo, pero se han mantenido tres premisas: la falta de capacidad de decisión, el dominio casi absoluto de los padres sobre los hijos y la influencia que el entorno social tiene en su comportamiento.

Dado que todavía hay personas que matan, pegan y utilizan sexualmente a los niños habrá que admitir que muchos padres parece haberse quedado "detenidos" en modelos históricos anteriores. No conviene olvidar que los niños se forman al calor de las actitudes de los adultos y si éstas no son las adecuadas ejercerán una influencia nociva sobre el niño. El ser niño en muchas sociedades de nuestro mundo actual, no es fácil. A veces, el mismo lenguaje que utilizamos pone al descubierto que para referirnos a los menores usamos el verbo ser (enfermizo, malo, nervioso, inquieto, travieso), mientras que para el adulto utilizamos el verbo estar. El menor es un objeto al que le pasan cosas, mientras el adulto es un sujeto que pasa por las cosas. Por otra parte, el espejismo del denominado *estado de bienestar* puede hacernos olvidar que toda sociedad rica alberga en su seno a niños pobres que, por sus circunstancias, tienen una peor nutrición, un mayor número de infecciones y accidentes y mayor índice de morbilidad y mortalidad.

El problema surge porque todavía persiste en nuestra cultura una visión del niño como "salvaje", visto desde una doble perspectiva: a) Como un ser que sólo se convierte en persona a través del proceso educativo. b) Como un ser "incontaminado" hacia el que hay que volver para encontrar la pureza primordial, la integridad y la esencia del ser. En esta dicotomía del niño –como "todavía no formado" o como "todavía no deformado"– existe el riesgo de que el niño real permanezca ausente. En general, los adultos se limitan: o bien a una "demonización" de la infancia, por su condición de grave imperfección humana, o bien a entenderla como un lugar donde colocar los propios sueños e ilusiones para una vida mejor, y en ambos casos la infancia resulta negada, tanto en su autenticidad como en su potencialidad. Al niño se le ve más como un componente de la familia que de la sociedad.

Las diversas fases, durante las cuales el niño adquiere cualidades humanas fundamentales se pueden alterar con comportamientos y actitudes anómalas de los padres y alterar la evolución normal del niño. Aunque se acepta la existencia de factores genéticos que impulsan la maduración del niño, los sentimientos y conductas de los padres hacia ellos y el impacto de los factores culturales y el ambiente psicosocial ejercen una influencia determinante. Un niño que se desarrolle en un ambiente afectivo correcto evolucionará mejor que otro que lo haga en una situación deficitaria. Madurará más deprisa en los aspectos intelectivos y de control motor y hasta se desarrollará mejor en aspectos puramente biológicos. Numerosas investigaciones, algunas realizadas en el Departamento de Pediatría de la Universidad de Granada, han puesto de manifiesto cómo determinados problemas sociales, como la pobreza, el abandono y la carencia afectiva, repercuten negati-

vamente sobre el crecimiento físico y psíquico, pudiendo dar lugar al denominado *Retraso de Crecimiento Psicosocial*<sup>51</sup>.

En el último siglo y en el mundo occidental, la existencia de los niños ha mejorado profundamente. Los niños, como bien escaso, han dejado de ser *útiles* y se han convertido en los seres más *sagrados* y de mayor valor sentimental para los progenitores. Nunca han crecido tan seguros y saludables como ahora. En ningún otro momento han sido atendidos, respetados, protegidos como ahora. La otra cara de la moneda es que bastantes de los conflictos que afectan a los niños de hoy tienen su origen en los avances de la civilización.

¿Qué pasará en los próximos años? No tenemos la capacidad de predecir la totalidad de los problemas a los que se enfrentarán los adultos del futuro, "nuestros niños", pero sí tenemos el deber de prepararlos de la mejor manera posible para reconocer y resolver esos problemas. Dentro de tres años, nuestros niños estarán viviendo en el tercer milenio y diez o doce años después serán jóvenes ciudadanos de un siglo XXI y formarán parte de una sociedad que ahora nos resulta difícil de imaginar.

Si las condiciones biológicas, psicológicas y sociales del niño son las adecuadas, el adulto que procederá del mismo será sano física y psicológicamente<sup>52</sup> o, cuando menos, mínimamente equilibrado en sus actuaciones individuales y sociales, para que llegue a desarrollar todas sus potencialidades y sea capaz de construir un sistema de vida y de pensamiento lo suficientemente sólidos y coherentes para reorientar a la sociedad.

Considerando los avances realizados y los aspectos puramente físicos o biológicos de la infancia, los cuidados que recibirá nuestra infancia, tanto para prevenir como para tratar sus enfermedades, serán de una extraordinaria eficacia. Esto ocurrirá en nuestros niños, en aquellos que vivan en países avanzados. Pero, ¿qué sucederá con el resto de los niños del mundo, que son la inmensa mayoría?. No sé si somos conscientes de que, de los más

<sup>51</sup> J. A. Molina Font y A. Muñoz. "Retraso de crecimiento no orgánico o psicosocial", en J. Casado, J. A. Díaz Huertas y C. Martínez Eds. *Niños maltratados*. Ed. Diez Santos, 1997.

<sup>52</sup> M. Cruz. "Buscando al padre del hombre". Discurso de ingreso como Académico de Honor en la Real Academia de Medicina de Granada, septiembre 1994.

de 370.000 niños que habrán nacido en el mundo en el transcurso de las últimas 24 horas, más del 90 % lo habrán hecho en los países en vías de desarrollo. Y es hacia esos millones de niños, que se despiertan cada mañana soñando con un mundo mejor, adonde debemos dirigir nuestros pensamientos y preocupaciones. Son esos niños refugiados, esos niños trabajadores, esos niños explotados, esos niños de la calle, esos niños pobres y privados de educación, esos niños enfermos, maltratados, esos niños empujados a la droga o a la prostitución, esos niños enfermos de SIDA, esos niños víctimas de la guerra. ¿Cuál es el destino que les espera? Creo que todos tenemos la profunda convicción de que compartimos una gran responsabilidad moral que debemos traducir en progresos reales, cada uno desde su situación. Disponemos de los medios materiales, jurídicos y humanos para hacerlo, sólo hace falta voluntad para llevarlo a cabo.

Y es que este siglo que nos ha tocado vivir (posiblemente otros también) es extremadamente paradójico: junto a avances tecnológicos impresionantes, penosas crisis de valores éticos y sangrientas crueldades inciviles han hecho que no se hayan desarrollado paralelamente los aspectos socioculturales, afectivos y éticos correspondientes.

En cualquier caso, el futuro de la humanidad dependerá precisamente de nuestros niños de hoy, de su actitud ante la vida y de la respuesta que sepan dar a los múltiples desafíos que los nuevos tiempos les plantearán. Y ello, en parte, probablemente se relacione con la forma en que nosotros sepamos tratar y orientar a nuestra infancia. Como afirma P. Rodríguez, no sabemos si nos mereceremos el mundo futuro que construirán los que hoy son menores, pero no cabe duda alguna de que nos lo estamos ganando a pulso<sup>53</sup>. Como nos recuerda Nogales<sup>54</sup> "debemos comenzar a preparar al niño de hoy, al de ahora mismo, para que sea capaz de pensar, de inventar un sistema que en un plazo breve armonice, transforme y redefina los principales aspectos de la vida, aprovechando todo lo positivo que nosotros podamos transmitirle, consiguiendo que junto al continuo progreso científico y tecnológico se potencien y desarrollen paralelamente los aspectos culturales, afectivos y éticos de la sociedad".

<sup>53</sup> P. Rodríguez. *Qué hacemos mal con nuestros hijos. El drama del menor en España*. Ediciones B, 1993.

<sup>54</sup> A. Nogales. *El niño en los umbrales del tercer milenio*. Instituto de España. Real Academia Nacional de Medicina, Madrid, 1997.



Cuando estoy a punto de terminar puede que alguno se haya formulado algunas interrogantes y preguntas. Por ejemplo, cuando he hablado de la mujer, ¿qué pensaré sobre estos conceptos tanta mujer oprimida por los condicionantes económicos, por las exigencias culturales, por la tiranía de un marido machista? Acaso he descrito una mujer idealizada, selecta, educada y culta, cuando lo corriente es encontrarnos con tanta mujer amorfa, primitiva, inculta, egoísta. ¿Es compatible la dinámica familiar y social con el cuidado y la felicidad de los hijos? ¿La mujer que trabaja fuera del hogar está faltando de alguna manera a sus obligaciones maternas? ¿Realmente, la lactancia natural debe ser considerada como una obligación de la madre, a la cual no puede ni debe renunciar? Y con relación a la dinámica familiar, ¿podemos ignorar las historias de fracaso de tantas parejas que un día soñaron un ideal de convivencia y que hoy malviven la pura monotonía de una coexistencia solamente soportada? ¿No estaremos pasando de un período de tiranía del varón a otro en que las reivindicaciones y la susceptibilidad de la mujer están haciendo muy difícil, si no imposible, la convivencia de la pareja y, en consecuencia, la educación de los hijos? Quizá sean demasiadas preguntas con respuestas no siempre fáciles. Sin embargo, quiero aclarar que estos pensamientos no van dirigidos a las personas de mente estrecha, así como tampoco a los que desprecian al otro género por considerarlo inferior y opuesto. Ni por supuesto para los machistas empedernidos ni para las feministas intolerantes. Sí podrán compartirlas, en cambio, todos aquellos que sean capaces de soñar, de enamorarse, de amar hasta el punto de perder de vista, aunque sea brevemente, su propio egoísmo.

Es posible que alguno piense que estas propuestas pecan de ingenuas, idealistas y posiblemente utópicas, y asumo ese riesgo. Pero no debemos olvidar que son las utopías las que hacen posible el caminar de la humanidad hacia nuevas metas siempre renovadas, aunque nunca nos sea posible alcanzar la línea del horizonte, ese horizonte que tantas veces tiene perfiles femeninos.

Y termino. Si al comienzo evocaba a Cádiz, con su luminosa claridad, acabo teniendo presente a Granada, la ciudad donde vivo y trabajo, que ya forma parte de mi historia personal, en la cual he aprendido a mirar y a conocer. Porque, como dice Marcel Proust, *"el verdadero descubrimiento no consiste en buscar nuevos paisajes, sino en poseer nuevos ojos, descubrir una nueva manera de mirar"*. Así, mirando su paisaje, desde alguna de sus múltiples torres, quiero pedir a Dios que nos haga sensibles a la poesía de este mundo, para poder contemplarlo con la admiración y la emoción fundidas en una ple-

garia en favor de la infancia. Pero, sobre todo, deseo que estas reflexiones sirvan de testimonio y agradecimiento a tantas mujeres que con su esfuerzo, dedicación y sacrificio han contribuido a la mejora de la familia, a la educación de los hijos y, en consecuencia, al progreso de la humanidad.

He dicho.

**CONTESTACIÓN**

del

**EXCMO. SR. D. MANUEL CRUZ HERNÁNDEZ**  
Académico de Honor



DISCURSO DE CONTESTACIÓN Y BIENVENIDA DEL ACADÉMICO DE HONOR

**Excmo. Sr. D. Manuel Cruz Hernández**

Excmo. Sr. Presidente, Excmos. e Ilustrísimos Señores Académicos, Excmas. e Ilustrísimas Autoridades, Señoras y Señores:

**S**i no fuera bastante el esplendor científico y humanístico del discurso del nuevo académico debo asumir nuevas emociones. No puedo evitar en este momento evocar otros momentos vividos en esta docta corporación: el homenaje a mi maestro el profesor Antonio Galdó y casi simultáneamente mi recepción como Académico de Honor. Recuerdo que al recibir tan alta como inmerecida distinción, la acepté como reconocimiento de una labor de escuela, en la estela marcada por el maestro. Hoy aflora de nuevo este sentimiento al celebrar el ingreso de uno de mis mejores colaboradores, el profesor Juan Antonio Molina Font.

La condición humana y la realidad de cada día, nos presentan frecuentes motivos de preocupación, pero también de alegría, a los que hemos consagrado gran parte de nuestra vida al difícil e incluso peligroso ejercicio de la enseñanza de la Medicina. Así ocurre cuando vemos que nuestros discípulos triunfan y nos superan, como el profesor Molina Font.

Oculto ya mi emoción por las cuartillas es fácil glosar su brillante carrera, que culmina hoy al ocupar el sillón de académico de esta Real Corporación, precisamente el mismo que tuvo nuestro añorado maestro, a quien el académico recipiendario acaba de aludir en términos tan elocuentes como certeros.

Conocí a Juan Antonio Molina Font en mis años iniciales de catedrático de Pediatría de la Facultad de Medicina de Cádiz. ¿Cómo era de estudiante? Sencillamente uno de los más jóvenes (acababa de estrenar sus primeros pantalones largos) y más brillantes que he tenido la suerte de conocer. Su trayectoria desmiente, una vez más, esa fama de malos estudiantes de algunas figuras de la Medicina. Por supuesto, como somos muchos, no pueden faltar las excepciones, pero en mi opinión la mayoría de los personajes sobresalientes en nuestra ciencia empezaron así: con un expediente académico lleno de sobresalientes y

matrículas de honor. Esto indica que ya durante la carrera han adquirido, entre otros saberes, la metodología del aprendizaje y el estudio adecuados para una época, pero con una huella duradera para toda la vida. En este caso, no significó para él renunciar a una infancia feliz ni a una adolescencia alegre ni menos a su propia personalidad, basada en la conveniencia de plantearse los problemas por sí mismo, con la fascinación de quienes los observan por primera vez y la tenacidad de los que deben partir de cero.

Gracias a esta Academia puedo revivir aquella difícil etapa de la Pediatría de los años 50 y 60, cuando los niños eran muy numerosos y sus enfermedades frecuentes y gravísimas, algunas prácticamente erradicadas, como la difteria o la poliomielitis. Frente a esta situación, los profesores de Pediatría debíamos inculcar, tal vez con un celo docente excesivo, la gran responsabilidad de los médicos que asistirían a estos niños, contando entonces con pocos recursos de diagnóstico y tratamiento.

Juan A. Molina Font fue de los que aceptaron este reto y no sólo en la vertiente asistencial. De forma innata, o contagiada precozmente, mostró este afán mantenido por enseñar, que es la vocación docente, luego fortalecida por el ejemplo de los maestros y enriquecida por el contacto crítico con los alumnos: sin ellos no existiría la docencia. Pero no se trataba sólo de la pasión por transmitir sus conocimientos. Además de querer, él tenía las cualidades básicas para enseñar: capacidad de síntesis, asimilación fácil de los progresos verdaderos, adaptación al auditorio discente y, por encima de todo, una envidiable claridad en la exposición oral y escrita.

No puede extrañar que la nota dominante en su currículum sea la matrícula de honor ni que a los cuatro años de la licenciatura alcanzase el grado de doctor, e igualmente que en 1965, impulsado por su vocación, no dudara en acompañarme a Barcelona, no sé a costa de cuántos sacrificios por parte de sus padres y de Mari Carmen. Muy pronto, en la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona fue, por oposición, primero profesor adjunto y en 1973, profesor agregado, hasta su incorporación a esta querida Facultad de Medicina de Granada, en esa edad que marca la madurez: *nel mezzo del cammino*.

Aquí trajo también una amplia experiencia como clínico en diversos escalones de la Pediatría asistencial: pediatra por oposición de la Seguridad Social, médico de los hospitales municipales de Barcelona y jefe del Servicio de Pediatría del Hospital Clínico de la Facultad de Medicina de la ciudad condal.

Aparte de crear con Mari Carmen una encantadora familia, grande no sólo en número, sino en calidades humanas, sus trece años de actividad en Barcelona fueron científicamente muy fructíferos. Para mí es tan grato recordar aquella época de difícil lucha como reconocer que tal vez hice lo mejor que debe hacer un profesor ante un discípulo excelente: no perturbar sus propias ideas ni su trayectoria científica y humana. Pero si su actividad asistencial y docente alcanzaron el alto nivel que refleja su currículum, todavía tuvo la oportunidad y el tiempo, lo mismo que el entusiasmo, para otras responsabilidades: jefe de estudios de la Facultad de Medicina, secretario de la revista "Archivos de Pediatría", colaboración valiosísima en varias ediciones del "Tratado de Pediatría" y otros libros.

En suma, si en la época de Cádiz, que ha dibujado tan brillantemente, se pusieron los cimientos sólidos de un buen pediatra, en Barcelona floreció un profesor y aquí en Granada, desde 1977, la Facultad de Medicina asiste a la madurez de algo más: un maestro de la Pediatría moderna. ¿Qué podría añadir sobre su triunfo como docente y clínico en este Departamento de Pediatría granadino? Tal vez lo que se puede apreciar mejor desde una perspectiva lejana, aunque lo sea sólo geográficamente: su adaptación a las necesidades cambiantes de la Pediatría, porque continuamente cambian el niño, sus enfermedades y su entorno. Así lo refleja su amplia actividad investigadora, con más de 40 tesis doctorales dirigidas o codirigidas; más de medio centenar de trabajos publicados en revistas internacionales de prestigio notorio y otras tantas aportaciones en forma de ponencias o comunicaciones a congresos internacionales. Lo mismo cuando extiende su labor científica y docente a través de 21 libros, numerosos cursos y conferencias incontables.

Por encima de la cantidad destaca el contenido de sus trabajos, en los que emergen aportaciones de verdadera trascendencia en esta Pediatría de finales de siglo. Sobresalen, a su vez, las contribuciones en una de las áreas más trascendentales, la nutrición. Son referencias obligadas sus hallazgos acerca del papel de los nucleótidos y gangliosidos en la alimentación del lactante, diversos aspectos sobre los lípidos y ácidos grasos, la vitamina E, la carnitina, triptófano y otros aminoácidos, el hierro (estudiado ya en su tesis doctoral), el magnesio y el metabolismo fosfocálcico, entre otros. Presta, asimismo, especial atención a todo lo referente al crecimiento y la endocrinología pediátrica, sin olvidar otras cuestiones de la Pediatría actual, desde el trascendental período del recién nacido al adolescente redescubierto, pasando por la melatonina, la glándula pineal, el asma bronquial infantil, la diabetes mellitus o la Pediatría Social, de cuya sociedad ha sido presidente los últimos años.

En esta producción científica concurren dos factores dignos de mención: por un lado, la frecuente relación con la industria, demostrando con eficaces resultados la conveniente y provechosa unión de la Universidad con la actividad industrial más próxima. La Pediatría, que nació con el Romanticismo, también sufrió en sus primeros tiempos las consecuencias negativas de la industrialización: emigración a las grandes ciudades, contaminación, hacinamiento, nuevas epidemias. Ahora, esta industria nos proporciona nuestras mejores armas para prevenir y curar: vacunas, medicamentos y los dietéticos infantiles. Por otra parte, es lógico que los óptimos resultados sean fruto de un equipo de modernos pediatras, que comparten con él la enseñanza de la Pediatría, la asistencia al niño enfermo y la investigación. He aquí otro de sus mejores méritos: la creación de su propia Escuela de Pediatría, que sumada a la de sus antecesores perdurará por encima de las personas y tanto o más que las publicaciones.

Que su presencia en los grandes eventos internacionales y nacionales sea constante y destacada, que haya organizado cinco congresos de alto nivel y numerosos cursos y reuniones son otras tantas consecuencias obligadas de un prestigio científico consolidado. También lo son los premios recibidos y las distinciones que le van llegando: presidente de honor de la Sociedad de Pediatría de Andalucía, socio de honor de la Asociación Española de Pediatría, miembro de honor de varias secciones de Pediatría extrahospitalaria, capítulo que culmina por ahora ingresando en la institución médica de más prestigio de Andalucía Oriental, esta Real Academia de Medicina de Granada.

Hasta aquí un resumen, obligadamente recortado, de lo que hemos ido conociendo del nuevo académico, de lo mucho que ha conseguido asimilar no sin esfuerzo y de lo que va aportando a nuestra ciencia, a través de la investigación y de la docencia, en la que muestra cada día no sólo cuanto sabe, sino algo más: lo que él es, un pediatra universitario ejemplar, paradigmático de esta época.

En cuanto al *tema*, poco parece necesario aportar, ante la brevedad del tiempo y la exposición inmejorable del nuevo académico. Me gustaría destacar la importancia de algunos conceptos. En primer lugar, la *incuestionable trascendencia de la maternidad*: no únicamente para el nacimiento del nuevo ser, sino para todo su complejo desarrollo. Que el padre ayude no sólo con su imagen, sino en los cuidados diarios del hijo, parece hoy posible y deseable. Que la madre deba ser liberada de muchas tareas domésticas agobiantes, también. Pero no olvidemos lo que el niño recién nacido, lactante y pálido quiere

y reclama, de una u otra forma: una *madre*. La peculiar afectividad femenina, la intuición e instinto de la mujer, lo mismo que diversas características orgánicas, configuran, aunque sea ahora brevemente descrito, el regazo materno ideal. Existen diferencias y peculiaridades biológicas no desdeñables y todas las reacciones psicológicas son las de su propia madre. En condiciones obligadas, se puede imitar este ideal con una cuidadora o madre adoptiva, pero no de una manera perfecta, adecuada a cada hijo. Ocurriría lo mismo que conocemos acerca de los biberones con las actuales fórmulas adaptadas para la alimentación artificial del lactante. Se aproximan bioquímicamente cada vez más a la composición de la leche materna. Sin embargo, no han conseguido igualar otros aspectos proporcionados por la leche del pecho materno, muy bien resaltados en el discurso que acabamos de oír, como son la adaptación cada día y cada hora a las necesidades del niño y a los cambios ambientales y sobre todo el vínculo afectivo que une al niño al tomar el pecho que su madre le da.

De la misma manera hemos aprendido que hoy se puede *nacer*, y más aún en el futuro, a través de técnicas muy alejadas del método tradicional. Los nuevos métodos de reproducción asistida podrán prevenir algunas enfermedades hereditarias y evitar las consecuencias de la infertilidad y esterilidad. Sin embargo, por ahora no dejan de tener conocidos fallos técnicos y configuran un capítulo importante de una rama destacada de la Medicina: la *bioética*. Entran para algunos en contradicción con la selección natural, que es algo más que la evolución darwiniana y ha generado la desarrollada especie humana actual, que cuenta con muchos genios, a veces con imperfecciones, que a partir de ahora no se podrían permitir. Igualmente resultará difícil imitar la complejidad del claustro materno, campo donde tienen lugar numerosas interacciones beneficiosas entre el feto y el organismo de la gestante. En estos nueve meses de vida intrauterina, para algunos los más felices de la vida, existen múltiples influjos recíprocos, base de la trascendental *ecología fetal*, incluyendo algunos tan sutiles como los psicológicos. Se sabe, por ejemplo, que el feto responde a numerosos estímulos, sean físicos o psíquicos, incluidos los dolorosos. En la presente etapa de progresiva especialización y tecnificación de la Medicina, se pretende controlar todo: desde el nacimiento hasta la forma de morir. Sin cerrar las puertas al progreso debemos proclamar el peligro de la deshumanización de los cuidados médicos y reconocer con humildad que este siglo XX, entre otras cosas la centuria de los niños y de la Pediatría, no ha sido más que un parpadeo en la historia de la humanidad.

Alude Molina Font a las posibilidades familiares para estos nuevos niños y expone

algunos *tipos de madre* hasta ahora no conocidos: madre suplente, portadora, uterina, estéril, postmenopáusica, vendedora, compradora, adoptiva y otras más. De la misma manera podemos evocar los *diferentes tipos de familia*: la ideal con padre, madre y hermanos, sin hermanos o con hermano único, monoparental, sólo con abuelos, homosexual, comunal, poligámica y así hasta más de 30 combinaciones posibles. Ante esta situación y ante la *crisis de la familia*, sin negar a ninguna mujer el derecho a la maternidad, es preciso reconocer las incuestionables *ventajas de una familia tradicional*, cohesionada y fuerte, cuando tenemos en cuenta no los deseos de los adultos, sino simplemente uno de los *derechos del menor*: tener una verdadera familia. Es improbable contemplar un necesario progreso, una buena solidaridad y un bienestar cierto, sin contar con la base no filosófica, sino práctica, de lo que significa una familia. Hace exactamente un siglo, cuando toda España quedaba paralizada primero y luego sacudida por las catástrofes de 1898, que marcaron el final de un imperio, Cajal recordó que la reconstrucción tenía que empezar por la familia. Ahora, entre otros, Juan Pablo II advierte: el futuro de la humanidad pasa por la familia. No olvidemos la otra cara de la realidad: la evolución social y los mismos cambios sanitarios presentan nuevos problemas a la familia. Por ello, desde el punto de vista pediátrico concedemos atención creciente a las *familias con necesidades especiales*. En bastantes casos van a depender de las características de los hijos, cuando padecen las hoy frecuentes enfermedades crónicas. Muchas enfermedades mortales cuando Molina Font empezaba sus estudios de Medicina, pueden ahora ser curadas, pero a expensas de un curso prolongado o de secuelas. En otros casos, las familias deben recibir atención especial por un trastorno de ellas mismas: el divorcio creciente, la drogadicción, el paro, la violencia intrafamiliar, los malos tratos, el trabajo y explotación del niño, hasta obligarle a ser soldado, así como todo lo relacionado con los inmigrantes, emigrantes y minorías étnicas. Por fuera, la familia recibe a su vez influencia negativa del medio cuando es desfavorable, sea por incultura, marginación, higiene deficiente, vivienda inadecuada o el impacto múltiple de la pobreza.

Defendemos los pediatras tanto al niño como a la madre y a la maternidad, a ser posible dentro de una familia normal. Reclamamos igualmente la ayuda y la comprensión necesarias para su adaptación a los nuevos tiempos. España está ahora al final de los países europeos en cuanto a prestar ayuda a las familias. Si nuestro índice de ayuda se considerara 1, en Dinamarca llega a 27 y en Francia o Alemania es 16. No defraudemos tampoco a los jóvenes, que en toda Europa consideran a la familia como la institución más valorada.

Preocupa, finalmente, al nuevo académico terminar su brillante disertación con una serie de preguntas en torno a la mujer, la madre, la lactancia y la infancia. Con el mayor afecto y aprecio, le contesto, ya que esta es mi misión aquí, que el futuro plantea siempre interrogantes difíciles, entre otras cosas porque nunca será exactamente como lo soñamos o planificamos. Además, resulta que esta parte final es de lo mejor de su trabajo: una vez más, la sabiduría está en las preguntas, más que en las respuestas.

Estamos en una época de grandes paradojas pediátricas: por ejemplo, denuncia de graves errores médicos a pesar de tantos progresos en el diagnóstico y el tratamiento; abandono de la eficaz medicina científica por los métodos alternativos, paralelos o, como máximo, complementarios; cada vez nacen menos niños, pero sufren la epidemia del maltrato, por cierto en una generación de padres criados, paradójicamente, en una atmósfera que creíamos de libertad, afecto y respeto. No obstante, termino con el profesor Molina Font con una visión optimista, pronosticando para el nuevo milenio unos niños cada vez más altos, más fuertes, más inteligentes y, sobre todo, más sanos y felices y, en el peor de los casos, los mejores enfermos del mundo.

Sólo queda felicitar de todo corazón al nuevo académico, a su familia, amigos, compañeros y a todos los que le acompañan en este acto memorable; agradecer la deferencia de solicitarme este discurso de contestación, para mí de bienvenida, y, por último, rogar al Excmo Sr. presidente que proceda a la investidura del profesor Juan Antonio Molina Font como nuevo y merecido miembro numerario de esta Real Academia de Medicina de Granada.

Muchas gracias.