

# CONTACTO- VINCULO- SEPARACION- SEXUALIDAD Y AUTONOMIA YOICA\*

Xavier Serrano Hortelano\*

El autor, partiendo de la teoría y de su experiencia con la vegetoterapia caracteroanalítica post-reichiana, y retomando a otros autores, repasa aquellos elementos básicos que durante la primera infancia permiten el desarrollo, maduración y

autonomía del YO, y por tanto de la integración de funciones psicosomáticas y de la identidad sexual, siendo lo fundamental la confección del continuum CONTACTO-VINCULO-SEPARACION en el infante respecto a la DIADA MATERNO-INFANTIL de forma progresiva, respetando el ritmo biológico individual. Al mismo tiempo analiza algunos factores socio-culturales que obligan a forzar este ritmo, siendo su resultado la predisposición a la dependencia, la resignación y la enfermedad.

W. Reich escribía en una ocasión que el único animal que ha perdido su capacidad biológica de "funcionar", es el humano. Si no hay alteraciones en el ecosistema, el reino animal tiene una actuación funcional biológica. El animal humano, desde su particularidad síquica, se pasa el tiempo preguntándose el cómo y el por qué de las cosas, tan grande es el desconocimiento de sus funciones vitales. Quizás, y tal como Reich explica, se deba al predominio de lo cortical sobre lo límbico, a lo racional-intelectual sobre lo pulsional, al pensamiento sobre lo visceral. Es, precisamente, esa integración de funciones de los llamados por Mac Lean los "tres cerebros", es decir, la conexión entre lo emocional y lo racional, entre el sistema Nervioso Vegetativo y el Sistema Nervioso Central, entre los instintos y el yo, lo que distingue el estado de Salud, que no es sinónimo de Normalidad, entendiendo por Salud un objetivo biosicosocial con unos parámetros no siempre coincidentes con el concepto clínico-estadístico-productivista de "normalidad". Y es precisamente, la alteración de nuestro ecosistema biosicosocial más próximo, es decir, la estructura familiar, incapaz de satisfacer las necesidades del mamífero humano, cómo éste se ve sometido a un distrés en su período de integración de las funciones básicas biosicosomáticas antes descritas, período que comprende fundamentalmente los 6 primeros años de vida. La estratificación de mecanismos defensivos tanto somáticos como síquicos para no romper el equilibrio de la estructura fue definido por W. Reich con el concepto "Coraza caracteromuscular". Como contrapartida a dicho equilibrio tenemos una clara pérdida de contacto con nuestros procesos intrapsíquicos, y un marcado bloqueo emocional.

Es ese desconocimiento sobre las funciones materno-infantiles lo que nos reúne hoy. Y es un desconocimiento científicamente comprensible en cuanto

que las variables posibles de objetivación-observación en este campo y en un período en que rige lo emocional, lo pre-verbal son muy escasas. Es por ello, que el intercambio y el trabajo pluri e interdisciplinario es necesario para acercarnos al conocimiento sobre este tema, así como en general en el campo de la salud. Creo importante recoger las aportaciones que desde el terreno de la psicopatología y de la psicología profunda podemos hacer los psicoterapeutas y los sicólogos perinatales, así como la de los/as educadores de la primera infancia, los/as obstetras, los/as pediatras y otros profesionales de la salud infantil.

Son muchos los autores que han escrito sobre este primer período de la vida, que abarca desde la formación del cigoto hasta fundamentalmente los 3 primeros años de vida, que se alargan en menor importancia desde una óptica psicoprofáctica hasta los 6.

Sicoanalistas como Ferenczi, Greenacre, Spitz, Bowlby, A. Freud, Mahler, Erikson, Bick, Kitzinger, Solomon, Langer, Tallaferró; psiquiatras como T. Wolfe, Laing, Klaus, Kennell, Carballo; pediatras como Ribble, Winnicott; antropólogos como Montagu; obstetras como Leboyer, Odent, Salerno y otros muchos profesionales de la salud y de otras disciplinas han llegado a la conclusión de que los factores emocionales y las relaciones parentales durante ese período condiciona la conducta y la maduración de la persona, dando gran importancia para una adecuada maduración sicoafectiva a la existencia de la diada madre-hijo (a) que según autores han denominado vínculo afectivo, maternalidad, urdimbre afectiva, preocupación maternal primaria, apego afectivo... y que comienza a gestarse en la vida intrauterina. Es W. Reich quien, desde su experiencia clínica con el psicoanálisis primero y la vegetoterapia caracteroanalítica después, junto a las investigaciones llevadas a cabo

\* Texto de la conferencia pronunciada por el autor en el Curso de Verano, organizado por la Universidad del País Vasco en San Sebastián, en agosto de 1991 con el título: "Tendencias actuales en la asistencia materno-infantil".

\* Psicólogo, psicoterapeuta, organoterapeuta, didacta de la Scuola Europea de Organomía (S.E.Or.).

\* Director de la Escuela Española de Terapia Reichiana (E.S.T.E.R.). C/. Serpis, 36-34<sup>ª</sup>. Valencia 46022



sobre "el niño-a sanos" en el *Organomic Infant Research Center*, en la década de 1940, insiste en la necesidad de poner medios sicoprofilácticos desde la vida intrauterina que permitan el libre desarrollo de la funcionalidad biológica y bioenergética, base para la estructuración posterior del siquismo. En este sentido, junto a colaboradores suyos como T. Wolfe, M. Silver, Ch. Raphael y E. Baker, desarrolló una disciplina denominada "profilaxis Orgonómica" cuyo objetivo era el de mantener el estado de salud desde una perspectiva biosicosocial y, por tanto, la capacidad de autorregulación del biosistema, poniendo los medios necesarios para que el ecosistema, es decir, la estructura de la que depende para sobrevivir, se moviera dentro de una actuación funcional. Pionero en sus aspectos principales a la actual Teoría de Sistemas, el método epistemológico del Funcionalismo Orgonómico (energético vital) elaborado por Reich nos permite conocer unas mínimas leyes del funcionamiento de lo vivo desde una óptica holística-dialéctica aplicables a las distintas disciplinas: sicopatología, obstetricia, profilaxis.

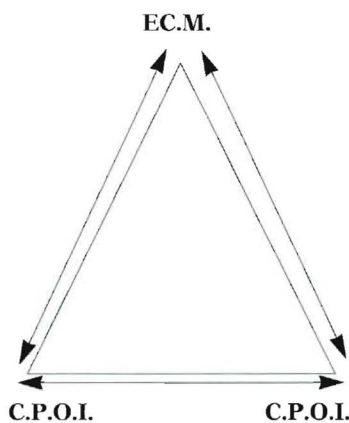
Dentro del actual movimiento reichiano, nuestra escuela, Escuela Española de Terapia Reichiana (Es.Te.R.), continúa teniendo como centro de interés interdisciplinario la aplicación social de nuestros conocimientos sobre este período primitivo para favorecer el estado de salud de cada recién nacido-a; recogiendo las aportaciones de distintos autores y mi propia experiencia.

Resumo, a continuación, algunos aspectos básicos aplicables al tema:

- El desarrollo de las funciones más complejas están condicionadas por la progresiva evolución sin impedimentos de las funciones simples anteriores. Por otra parte sabemos que

la función crea el órgano. Estos dos referentes nos llevan a situar la maduración biosicoafectiva de la persona como la consecuencia de una evolución desde el momento inicial de la célula "madre" (zigo) que conlleva ya un componente dinámico: el deseo de la fecundidad, de la concepción de un nuevo ser. Así la respuesta neurohormonal y fisiológica de la mujer estará en concordancia con su siquismo y con sus emociones, favoreciendo un ecosistema sano, en cuanto unificación e integración de funciones para una finalidad. ¡Pero cuántas respuestas escindidas existen ya en este período inicial!: Ambivalencias, dudas, rechazo, negación emocional y presión social. No somos dueños de nuestras funciones orgánicas por el mero hecho de que volitivamente queramos o no una cosa. Hay un funcionamiento mecánico del órgano, unas influencias inconscientes y una realidad neuromuscular estructurada en forma de coraza que condiciona a su vez a todo el funcionamiento neurovegetativo y por tanto el estado emocional y como consecuencia la percepción y autopercepción de los procesos. Por esto dicha unificación de funciones no es frecuente, y nos encontramos más bien con la escisión, fruto de las presiones sociales actuales o interiorizadas en forma de super-yo y de bloqueos musculares. Por todo esto la individualidad de la persona viene ya condicionada desde este primer momento. Existe una predisposición constitucional en el O.I.<sup>1</sup> y hay un ecosistema materno que a su vez depende de su ecosistema, a saber, en la dinámica relacional con su familia (partner, otros hijos/as), y las condiciones infraestructurales del medio social en que vive (condiciones de trabajo, posibles radiaciones, tabaco, medidas alimenticias y físicas, presiones emocionales...).

**FIGURA A (Serrano, 1988)**  
**Triángulo Interaccional de la vida intrauterina**



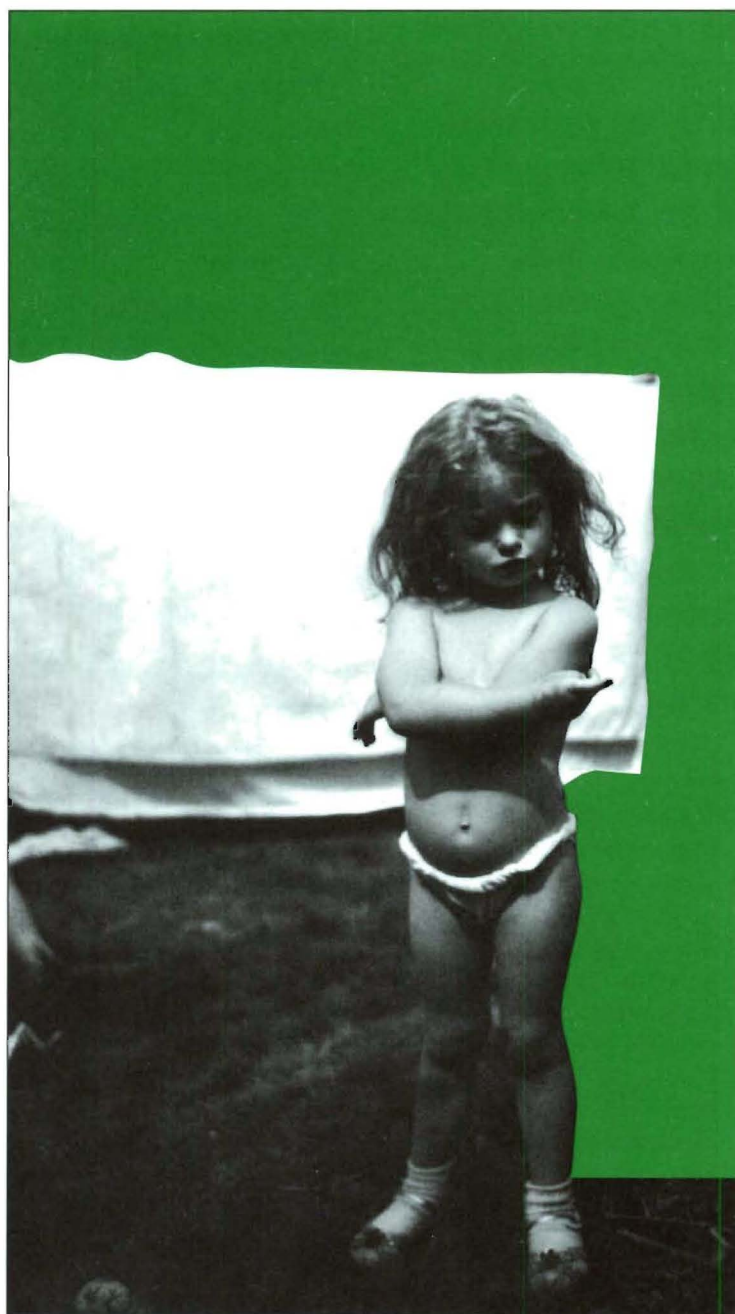
**EC.M. = (Ecosistema materno: ambiente, partner, etc.).**

**EC.O.I. = (Ecosistema O.I.: el biosistema materno).**

**C.P.O.I. = (Capacidad de pulsación del Organismo Intrauterino).**

Este triángulo interaccional (ver figura A) condiciona la *vida intrauterina* y *el embarazo de la madre*. Y siendo el objetivo de un embarazo el de facilitar la base estructural de un organismo, la responsabilidad en ese período es enorme.

1. Organismo intrauterino (O.I.).
2. Contacto: empatía, capacidad de sentir y sentirse, de "darse cuenta", de emoción "sensación de órgano".





me para todas las personas implicadas. Por ello el sistema jurídico al penalizar el aborto está contribuyendo a la enfermedad y la muerte psicológica. Siguiendo a Pinuaga (1988) describo las *características* favorecedoras del embarazo funcional, facilitando el VINCULO emocional y bioenergético necesario para el desarrollo holístico de lo vivo:

- A)**
- Mujer embarazada cercana a la genitalidad.
  - Existencia de una coraza caracteromuscular flexible.
  - Respiración libre.
  - Buen contacto ocular, mirada móvil y brillante.
  - Pulsación bioplasmática positiva y capacidad de contacto.
  - Ausencia de bloqueo diafragmático y pélvico: experiencia orgástica.
  - Poseedora de sentimientos cálidos y tiernos hacia su partner y su bebé deseado.

- B)**
- Futuro padre con una buena capacidad de contacto y de entrega amorosa y orgástica.

- C)**
- Condiciones infraestructurales adecuadas para afrontar las necesidades del nuevo miembro familiar.

Todo esto constituye la excepción, pero sirve de referencia y de objetivo social. Lo habitual es encontrarnos con los embarazos "normales" o patológicos según se agraven los datos que aporoten, pero en ambos casos limitan ya la potencialidad funcional del biosistema del Organismo Intrauterino, las consecuencias más alarmantes de este hecho si no hay otro aborto fisiológico espontáneo o parto prematuro, son la predisposición a la sicosis y a las biopatías primarias o enfermedades sicosomáticas neuroendocrinas por el "miedo embrionario" que, siguiendo a Navarro, afecta en parti-

cular al tejido conjuntivo impidiendo su funcionamiento normal, o el "miedo fetal" afectando al Sistema Nervioso autónomo. *Dicho miedo no es síquico*, es una respuesta visceral, de contracción de la propia célula ante la falta de "contacto" y de calor bioenergético-emocional del ecosistema materno, por eso las repercusiones son nucleares.

#### *Embarazo disfuncional:*

- A)**
- Características de la mujer embarazada:
  - Existencia de una coraza rígida o hipoorgonía.
  - Dificultades de contacto<sup>1</sup> o ausencia del mismo.
  - Mirada vacía, huidiza, fija...
  - Respiración controlada (bloqueo cervico-diafragmático) o reducida.
  - Bloqueo diafragmático hiper o hipoorgonótico.
  - Pelvis bloqueada, sexualidad disminuida o distorsionada, impotencia orgástica.

- B)**
- Interiorización socioideológica del embarazo como un período sin importancia para la experiencia del bebé y que hay que "pasar".

- B)**
- Disponibilidad negativa por parte del partner por aparición de conflictos dinámicos, límites sexoaffectivos, padre ausente o inexistente.

- C)**
- Condiciones socioeconómicas, médicas y familiares adversas (exceso de trabajo por presión laboral, tóxicos, radiaciones).

- Cada embarazo será una experiencia distinta, y si bien hay unos patrones generales de desarrollo tanto desde la perspectiva somática como desde el proceso síquico, ambos van a depender de la particular Estructura de Carácter de la embarazada (Serrano, 1988). Así observamos que en el *embarazo de la mujer*

*con una estructura sicótica*, a nivel sintomático, puede vivir un embarazo tranquilo, incluso con un nivel de ansiedad menor al normal, y con otras variables psicopatológicas como la depresión o los estados maniacaes no presentes. Incluso hemos observado, en alguna paciente esquizofrénica medicándose con neurolépticos, al quedarse embarazada, no necesitarlos y desaparecer las alucinaciones y la sintomatología. Yo no quiero decir que la experiencia para el Organismo Intrauterino\* sea óptima, pues dado el bajo nivel de pulsación bioenergética, la disfunción neurohormonal y neurovegetativa de la madre, la respuesta de ésta será hacia la contracción y el miedo celular. Será la madre, en cuanto que está viviéndose "llena" psicológica y energéticamente hablando (proceso de "luminación", descrito por Reich) para quien la experiencia será positiva, pues le sirve de compensación. Pero con serios peligros de depresión pot-partum o de agravación de su cuadro después del parto. *En la mujer embarazada con una estructura de C. neurótica*, en cuanto carácter estructurado y fijación histórica predominantemente edípica nos encontraremos con un bloqueo diafragmático-pélvico y cervical, que facilita las respuestas sintomáticas de los embarazos "normales" estadísticamente hablando: vómitos, anemias, hipotensión, antojos, temores al parto y a la posible deformidad de su hijo, miedo al abandono, al placer de la experiencia... Pero, sin embargo, para el O.I., la experiencia será más llevadera recibiendo una alteración en los valores hormonales si la situación de distres o de ansiedad de la madre es excesivo y no se vehiculiza hacia el exterior, es decir, si la madre no tiene o no puede expresar sus emociones durante el embarazo.

- Por esto observamos en la Clínica que unos mismos síntomas pueden darse en un embarazo "sano", o en el embarazo con alto riesgo al ser una mujer con

una E. sicótica. Por ejemplo, la aparente ausencia de síntomas durante el embarazo. Por esto que nosotros hacemos uso de un Diagnóstico Diferencial Estructural (D.I.D.E., ver Serrano, 1990) para poder conocer en profundidad cada experiencia individual, y adoptar en cada caso las medidas profilácticas adecuadas. Estas tratarán de posibilitar fundamentalmente -junto a unas medidas de higiene, laborales y alimentarias adecuadas-, la sensación de vínculo con el O.I., de aceptación (siempre que se halla decidido tenerlo voluntariamente) y de elaboración de los temores, ansiedades, emociones producidas en la "pareja embarazada" (madre-padre) (Pinuaga, 1988) por dicha experiencia en un espacio adecuado para la vehiculización de los afectos. Y junto a esta tarea fundamental, ir llevando el proceso de embarazo con la perspectiva de continuum. La experiencia no acaba con el parto, sino que el parto va a ser un pasaje intra-extraútero, pero la necesidad de vínculo afectivo, de calor, continúa. La toma de conciencia de su función como madre y como padre asumida con placer, es lo importante.

- *El pasaje intra-extraútero, o parto* cumple fundamentalmente la función de estimulación cutánea profunda con la consiguiente estimulación de todos los centros del sistema nervioso central. Es un entrenamiento para dejar el mundo anfibio y pasar al mamífero. De ahí la importancia del parto vaginal, y de respeto de los ritmos de salida del feto, siempre que no haya cuadros patológicos. Una vez más, en esta actividad humana nos encontramos con una *respuesta unitaria de los distintos sistemas para cumplir la función del parto* (contacto síquico y emocional consistente de la madre<sup>1</sup>), respuesta neurohormonal a nivel pélvico y diafragmático adecuado), o con respuestas adecuadas en algunos sistemas, pero que no corresponden con las restantes. Así nos encontraremos con mujeres con una fuerte emotividad y



capacidad de vivir la experiencia, con una adecuada respuesta neurohormonal que permite que el trabajo del parto mecánicamente vaya bien, pero su respuesta muscular pélvica en el expulsivo no funciona, y aparece fuerte dolor, miedo y tendencia a perder el contacto, frenando así el funcionamiento unitario. Haciendo uso del D.I.D.E. observamos que este tipo de parto los tienen las mujeres con una *estructura de carácter neurótico* (Serrano, 1988-90). Y como contraste se dan los partos "diarréicos", donde primíparas incluso tienen una respuesta hormonal excesiva, sin barrera muscular, acompañado de una falta de experimentación emocional de esta función. Esta forma de actuación lo encontramos en las mujeres con una *estructura sicótica* (que pueden estar "normalizadas"). Los partos con cesárea por falta de respuesta neurohormonal o neuromuscular se suelen dar en mujeres con una *Estructura de carácter Borderline* donde su bloqueo ocular que afecta al centro emocional y neurohormonal; sistema diencefálico-hipofisario, impide la funcionalidad de la acción, favorecido dinámicamente por el miedo al abandono, a su propio parto, y por una preferencia por la pasividad y por no vivir activamente la experiencia. En muchos de estos casos son las mismas mujeres quienes piden a priori el parto-cesárea o con anestesia general, sofrología que desde un punto de vista emocional y caracte-



rial tiene la misma lógica funcional: evitar la experiencia.

Un parto en condiciones de salud, sería un momento vital para toda la unidad familiar, punto puente que permita el contacto con un organismo que hasta ahora se ha sentido, y a través de las sensaciones se ha fantaseado. Ahora puede ser mirado, acariciado, mimado, besado, y empieza a interrelacionar inmediatamente con el medio. Sirva como ejemplo el hecho de que al succionar facilita la contracción uterina, entre otras cosas.

– Y para facilitar ese objetivo, esa continuidad y fortalecimiento del vínculo con la estructura familiar sobre todo con la madre como fusión biológica y bioenergética, que permitirá la instauración de un adecuado funcionamiento del sistema inmunitario, y una progresiva Identidad Yoica, el ecosistema tiene una gran importancia. *Desde la presencia activa del padre es el parto por placer*

y por emotividad, desde una posición activa –tarea para la que ha podido ser orientado durante toda la psicoprofilaxis del embarazo–, hasta la actuación de los profesionales que deben permitir el ritmo del parto, para no romper traumáticamente el propio ritmo biológico del feto, para no romper el tiempo necesario para la vivencia de esa experiencia, que es una experiencia de la estructura familiar<sup>1</sup>, y no perteneciente a un hospital. No es un acto patológico, es una experiencia humana al interior de un sistema familiar concreto, con sus particularidades. Por ello el objetivo es el parto en casa con un diagnóstico previo estructural y analítico que permita adelantar el cómo de la experiencia para prevenir posibles patologías, y la creación de líneas directas entre el hogar y los centros materno-infantiles para situaciones patológicas, o incluso, como en Suecia, contar con la existencia de ambulancias-quirófano junto a la casa.

Asimismo, en ese respeto de la experiencia íntima el profesional tiene la función de consultor y de intervención en crisis o en momentos como el expulsivo, donde la técnica médica es necesaria o facilitadora. Pero nunca será el "director" de la experiencia, y menos aún el protagonista de la misma, como ocurre en la mayoría de los partos. Está suficientemente demostrada la validez de la técnica Leboyer, con las particularidades de otros profesionales como Eva Reich, Odent, etc., como para no ponerlas ya en la práctica<sup>2</sup>. Desde mi punto de vista dicha técnica debe de ir al interior del discurso manifiesto, contemplando el parto ya desde la vida intrauterina-embarazo, y como un continuum con los primeros meses del bebé. Esto exige el trabajo en equipos pluridisciplinarios de obstetras, comadronas, pediatras, y psicoterapeutas, preferiblemente con una formación sicodinámica y reichiana, y con ergonomistas especializados en profilaxis.

1. El parto supone una fuerte experiencia emocional más "contacto", y que para su vehiculización debe contarse con un espacio adecuado.

1. Con un espacio adecuado para vivir la experiencia emocional tan intensa que supone el parto. Sin más capacidad de sentir, de contacto en la pareja y E. familiar.

2. Destaco la labor que en este terreno realizan colectivos en nuestro Estado como el grupo "Acuario" en Valencia y la Dra. Aznar.



- El discurso de la asepsia médica y de la higiene que tantas vidas ha salvado es una faceta a introducir en esta praxis holística, reconociendo su validez, sobre todo si tenemos presente la alteración estructural de la mayoría de mujeres por la existencia de la coraza caracteromuscular que impide hablar del parir natural. Desde el momento que hemos perdido la funcionalidad con la naturaleza no podemos abogar idealistamente por respuestas naturales. La experiencia clínica demuestra cómo los partos prematuros o con retrasos peligrosos, la falta de gestión para que la estructura familiar asuma la experiencia con placer y activamente, el miedo al parto existente en la mayoría de mujeres nos pueden hacer caer en la tentación de apoyar el parto médico. Pero debemos darle la vuelta y siendo dialécticos, a partir de reconocer lo que hay, poner medios para cambiarlo. Extender el trabajo de la sicoprofilaxis por profesionales formados-as en métodos holísticos, como la Orgonterapia pre-natal, y dejar de hacer gimnasia encubierta para embarazadas. Participación de equipo desde el principio del embarazo, parto y posparto; crear campañas de concienciación social para que se vaya viviendo como una experiencia con una función y un objetivo que exige una gran responsabilidad, y que como tal debe hacerse por placer y con unos mínimos requisitos que lo permitan. Pues se trata de predisponer a la Vida o predisponer a un organismo a la muerte lenta en vida. Campañas donde se desmitifique la acción de parir y se den alternativas al actual sistema pasivo y mecánico. Y ahí está el compromiso nuestro, como profesionales. Debemos tomar una postura activa, reivindicativa, y no participar en esa labor de "matarifes del Cristo que hay en cada niño-a", utilizando una frase de Reich.

- Y dentro del continuum que facilita la base biosomática para evolucionar de forma unitaria, y por tanto hacia la salud, está el *postparto*. Reich escribe en 1950: "El nacimiento y los primeros días son bien conocidos como el período más decisivo del desarrollo. La mayoría de las depresiones crónicas y melancólicas se desarrollan de un grave shock primitivo, así como el desarrollo defectuoso de la integración de los sistemas perceptivos, que se gestiona durante las primeras seis semanas de vida siendo claramente responsables del desarrollo de esquizofrenias y del carácter esquizoide". La mayoría de autores que he hecho mención al principio, asimismo, afirman la génesis de los estados depresivos "endógenos", de la psicosis y de otros trastornos funcionales y sicosomáticos. Siguiendo a Carballo sabemos que "hay en el momento de nacer tres inmadureces básicas: la de su sistema nervioso, la inmadurez inmunológica y la inmadurez enzimática" (1972). Y para su integración y maduración es necesario el *contacto epidérmico*, la atención constante de la madre, la lactancia natural acompañada de una instintiva interacción entre la madre y el bebé, o la lactancia artificial con amor, como sustituto. Siguiendo a Portman concebimos al recién nacido como un feto humano, y como tal con todas sus necesidades. Es por lo que yo hablo de Organismo extrauterino<sup>1</sup> (Serrano, 1988). Seguimos por tanto con el objetivo de facilitar una base ontológica y un terreno biológico propicio para el estado de Salud.

- Durante el posparto *lo más delicado y traumático es la separación* del O.E. del cuerpo de la madre. Separación que en la mayoría de hospitales se produce nada más parir, y que dura unas horas o días según el estado de la parturienta. Esta separación no puede ser vivida por el O.E.

como una experiencia traumática síquica, como tampoco un mal parto o un mal embarazo, pero precisamente porque no hay una capacidad de defenderse intelectualmente, el impacto no viene frenado por lo cortical, sino por el sistema neurovegetativo, para no morir se produce una simpaticotonía, fruto de la vivencia de abandono, y si esta separación es prolongada llega la muerte por marasmo. Hemos de partir de un principio fenomenológico clave: el estado de conciencia lo crea la dimensión espacio temporal, que cambia en los individuos y en las edades. Así lo que para un adulto representa existencialmente dos horas, para un niño de 3 años puede suponer 22. Y para un biosistema que no tiene aún un estado de conciencia, y por tanto no diferencia el yo del no-yo y némicamente vive el cuerpo de su madre como la prolongación del suyo y como la fuente de placer y de vida, la separación de unas horas puede crear una impronta emocional fuente generadora y de predisposición a conflictos sicosomáticos y funcionales en el futuro. ¿Qué no vemos el sufrimiento y el desgarramiento emocional de esas criaturas, qué no lo sentimos? Podemos escuchar voces que dicen, "no sienten", ignorancia, o aquellas que dicen, "pronto se acostumbra y dejan de llorar", deformación de la realidad, digamos más bien que se resignan y pierden el *Vínculo biológico*. En la actualidad sabemos la conexión entre la resignación caracterial y procesos degenerativos como el cáncer. También es evidente que no hay causas únicas y que igual que una vía intrauterina sin contacto facilita una baja respuesta de protesta en un recién nacido que lo separan de la madre, máxime si ha nacido con cesárea, señal de que ha visto mermaidas su posibilidad de "agresión", por una excesiva y primitiva "inhibición de la acción" utilizando un término de H. Laborit, también es cier-

to clínicamente hablando que un pasaje de parto con cesárea se puede compensar o suplir con masajes y con un mayor contacto epidérmico de la madre posteriormente. Pero lo que aquí estamos analizando no es la actuación ya de cada caso en particular, que es la lógica de la aplicación de la teoría de la sicoprofilaxis a la Orgonterapia pre-natal (ver Pinuaga, 1991), sino las consecuencias generales de la *ruptura del contacto y del vínculo emocional energético con el ser naciente*.

- Junto a la separación del cuerpo de la madre hay otros hábitos que merman el contacto y el vínculo, la tendencia a la higiene compulsiva con los baños del recién nacido que son gratuitos e incluso perjudiciales fisiológicamente hablando; las "ropas para estar bonito"; la ruptura de la intimidad y del encuentro amoroso entre el recién nacido y su fuente biológica de vida, con las visitas familiares y los paseillos. Recordemos lo que hacen las mamíferas con sus crías. *Es, por tanto, una vez más la actuación del ecosistema o entorno y la propia capacidad estructural de la madre lo que va a marcar este momento*. Analicemos por separado esta tesis.

- *Para favorecer el vínculo* tiene que darse, después del parto, un ambiente íntimo y tranquilo, sin estimulaciones sensoriales, y ayudando a cubrir las necesidades de la madre para que ésta pueda dedicarse por entero a estar con su bebé. *Es el padre quien, de nuevo, tiene el mayor grado de compromiso en esta tarea tan importante*.

- Por otra parte, la madre para hacer uso de su función debe haber tenido unos cambios neurohormonales que favorecen la salida del calostro inicialmente y de la leche después, debe sentir en concordancia con lo anterior una fuerza y una capacidad de entrega muy grande y que nos lleva a hablar de una cierta alteración del estado de conciencia, cambiando los ciclos de sueño-vigilia, sus necesidades cotidianas, y sintiendo



un gran amor por el bebé que pasa a ser, los primeros meses, casi su único foco de interés. Es, desde este prisma, como tiene sentido hablar de un "instinto maternal" como respuesta puntual y funcional fisiológica, que se despierta durante todo ese período y va decreciendo conforme al O.E. se va independizando y autonomizándose, biológicamente hablando. Pero esta situación se observa en pocas ocasiones. Influidos por los pediatras, los medios de comunicación, sus madres y el entorno social, y por la propia estructura de la madre, se observan a nivel clínico y de seguimiento otras actitudes. Así, de nuevo la separación de funciones se produce. Vemos madres con fuerte secreción láctea fruto de un disturbio hipotalámico-hipofisario y al mismo tiempo con depresión postpartum; es decir sin contacto y con una alteración emocional. Esto se producirá en algunas *mujeres con estructura psicótica*. Vemos madres que, por ideología, por conciencia de su función materna a nivel cortical, quieren dar de mamar a sus hijos, y no tienen secreción láctea; es decir, la función neurohormonal está escindida de la función emocional y cortical, quizás por un bloqueo cervicotorácico neuromuscular que impide la expansión necesaria del flujo lácteo atrofiándose su salida.

Esto suele darse en *mujeres con una estructura de carácter neurótica*. Y, por último, observamos mujeres en las que aún teniendo secreción láctea, sus hijos-as no quieren la leche del pecho, aunque se observa que sí la toman si es cuchara o biberón. Aquí vemos la escisión de nuevo. El bloqueo emocional, la falta de contacto con el bebé y con su función biológica no anula la secreción, pero sí provoca el rechazo del organismo extrauterino ya con una clara respuesta de resignación y buscando una fuente de placer secundario. Del placer sexual oral que cubre la función sexual y alimenticia, al placer de la ingestión para sobrevivir. Esta respuesta la observa-

mos en *mujeres con una estructura de carácter borderline*, donde, de nuevo, dinámicamente hablando, están anulando una fuente de placer y de experiencia, de vida. En ocasiones esta imposibilidad de dar el pecho viene justificado por razonamientos como "prefiere el biberón porque le alimenta más", o bien, "así podré dejarlo pronto con mi madre para yo poder trabajar".

- De nuevo hemos de ser dialécticos. Conocer la realidad para transformarla, teniendo un referente de salud que nos sirve de objetivo. A partir de las respuestas del medio y de la propia estructura de carácter de la madre, *podemos poner medios para facilitar el vínculo*. Insisto de nuevo, en trabajar desde la vida intrauterina, y concretamente en el postparto y hasta el año de vida facilitar un ecosistema que respete la intimidad de la diada y la progresiva inclusión del padre o sustitutos afectivos. Si no hay madre biológica un hombre o una mujer con amor y entrega pueden compensar en

parte la falta de ésta. La reivindicación sociolaboral de un año de excedencia para la madre y de uno a tres meses el padre junto con la existencia de centros de asistencia infantil o escuelas infantiles en los centros de trabajo para poder acceder la madre cada dos horas, con un máximo de 5 niños-as, hasta la edad de 3 años son medidas prioritarias.

- Por otra parte el y la profesional debemos estimular la estructura familiar para que el recién nacido vaya teniendo su propio espacio síquicamente hablando, elaborando los conflictos de pareja e individuales, que tanto a la madre como al padre les vienen creados por las exigencias y las necesidades de ese nuevo miembro familiar. Se deben vehicular los afectos y las emociones que ello produce, y *favorecer la lactancia materna, si se dan las condiciones fisiológicas, con libre horario y con "contacto"*, estando receptiva la madre a la excitación genital que puede llegar a producirle el tetar, en

cuanto "relación amorosa". Viviendo este acto como una fuente de comunicación junto a otros muchos momentos de contacto epidérmico que se deben realizar no mecánicamente (es típico el dar de mamar viendo la tele o hablando con las amigas) sino como un acto íntimo de amor, pues, por lo menos para el O.E. lo es. No olvidemos que precisamente el tetar es fundamental no sólo por sus componentes fisiológicos sino porque es fuente de placer sexual oral para el O.E., medio por tanto de regulación energética a través de los episodios de "orgasmo oral", -momentos aislados, pero muy intensos donde el bebé puede llegar a convulsiones como fruto del reflejo orgástico-, y que algunos pediatras han confundido con ataques epilépticos.

- Progresivamente y a partir del tercer mes se introducirán otros líquidos, y más adelante alimentos sólidos, que junto a la participación del padre cada vez más activa van favoreciendo el destete natural, sin traumas porque puede darse la separación biológi-





ca. Poco a poco, a partir del año de vida, y a través del vínculo diádico proveniente desde la vida intrauterina en una relación basada en el contacto y la aceptación. El tetar que es facilitador —entre otras cosas— de la maduración de la función respiratoria, del sistema inmunitario y del proceso de identidad yoica, *va teniendo como única función la de satisfacción sexual*, y por tanto regulador bioenergético y medio a través del cual se desarrolla la capacidad de pulsación biológica. Asimismo el O.E., cada vez más definido en su identidad sexual estimulado por su necesidad de exploración del mundo externo y de la progresiva socialización primitiva a través del encuentro con otros pequeños niños y niñas y con una función asumida activamente por el padre, va distanciando de forma espontánea, y sin necesidad de realizar destetes bruscos y traumáticos, su tendencia al tetar. Hasta que *hacia el tercer año aproximadamente* —siempre según la propia individualidad y características de la estructura y condiciones de la familia— y de forma progresiva, busca fuentes de placer genital introduciéndose en el *período edípico* donde se produce la *estructuración del siquismo* y del *carácter* más o menos rígido y neurótico según circunstancias, *dejando así la fuente de la sexualidad oral*. Es en este período comprendido entre los 3 y 6 años, básicamente, donde se observa que en aquellos niños-as donde no se ha favorecido la relación vincular y una estructura familiar permisiva y funcional aparecen episodios de continuas somatizaciones más o menos graves, apegos a destiempo, celos, fuerte destructividad y dependencia o situaciones reactivas, trastornos de lenguaje y una impronta emocional específica con una tendencia a los contactos secundarios y al bloqueo emocional.

— Como *síntesis final*, podemos observar que cuando se producen “separaciones” forzadas por el

exterior como son: un embarazo sin “contacto” emocional y vegetativo o con distrés que produce miedo y encogimiento; un parto mecánico, frío y más o menos violento con los rituales y parafernalias de higiene y asepsia posparto, con tiempos sin la madre, y con los consiguientes “aprendizajes” o “acostumbramientos” forzados, destete brusco, guarderías, o mejor, aparcaniños-as antes de los dos primeros años, donde se facilita la resignación y la contención emocional. *La separación, en el fondo, con el propio proceso orgánico y biológico del feto humano* durante dicho período biofísico y nuclear, predisponemos al desarrollo de personas inmaduras con fuertes carencias encubiertas o compensadas; Estructuras sicóticas, núcleos depresivos, disturbios inmunitarios y a los trastornos degenerativos o tisulares. Favorecemos, por tanto, organismos con una *base de dependencia* y sumisión o de compensación reactiva con todas las consecuencias, también sociales, que ello tiene, y que no es momento de analizar aquí.

— Es, por tanto, el continuum CONTACTO-VÍNCULO-GRATIFICACIÓN LIBIDINAL orgástica desde la vida intrauterina, el parto y el primer año de vida lo que permite el asentamiento de unas raíces yoicas que predisponen a la salud, surgiendo FUNCIONAL y progresivamente la SEPARACIÓN E INDIVIDUALIZACIÓN al interior de una estructura familiar funcional y abierta.

— La alternativa profiláctica para ir alcanzando estos objetivos, con el consiguiente cambio social y cultural, pasa por *asumir todas-as las profesiones que trabajamos* con las personas durante este período de su vida, *el compromiso y la formación necesaria* para la responsabilidad que conlleva esta tarea. A través de la *formación de equipos pluridisciplinarios* donde nuestra praxis pueda tener una repercusión real y ser fuente de placer y de transformación. *La interdisciplinariedad apoyada en la*

*sistemática de funcionalismo orgonómico.*

El Puig

Valencia, agosto de 1992.

1. (O.E.).

## INDICE BIBLIOGRAFICO

- C. AZNAR: (1986). “La asistencia primaria en la maternidad”. *Revista E.C.S.*
- K. ABRAHAM: (1924). *La influencia del erotismo oral sobre la formación del carácter.*
- A. AGUIRRE DE CÁRCER: (1985). *Preparación al parto.* Morata, 1985.
- J. AGURIAGUERRA: (1986). *Sicología clínica del niño.* Instituto de Ciencias de hombre, 1986.
- A. BEETSCHKE; F. CHARVET: (1978). “Sicología y psicopatología de la maternidad”. *Revista de Confrontaciones siquiátricas*, n.º 16.
- J. BOWLY: (1976). *Vínculos afectivos.* Morata, 1986.
- R. CARBALLO: (1952). *Cerebro interno y mundo emocional.* Labor.
- R. CARBALLO: (1972). *Biología y psicoanálisis.* Desclée de Brouwer.
- N. CHADONOW: (1978). *El ejercicio de la maternidad.* Gedisa, 1984.
- H. DEUTSCH: (1960). *La psicología de la mujer.* Edit. Losada.
- F. DRAGOITO: (1983). “Parir y nacer, una unidad funcional”. *Revista Energía, carácter y sociedad*, vol. 1, n.º 2.
- S. FERENCZI: (1924) “Thalassa, ensayo sobre la teoría de la genitalidad”. *Obras completas*, Espasa-Calpe, 1981.

- S. FREUD: (1926). *Inhibición, síntoma y angustia.* Tomo III, O.C. Bibl. nueva.
- A. GESSELL: (1972). *Embriología de la conducta.* Paidós.
- P. GREENACRE: (1945). *Trauma, desarrollo y personalidad.* Horme, 1960.
- A. IMBRIANO: (1983). *El lóbulo prefrontal y el comportamiento humano.* Edit. Jims.
- O. KERNBERG: (1976). *La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico.* Paidós, 1979.
- O. KERNBERG: (1979). *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico.* Paidós.
- KLAUS-KENNEL: (1978) *La relación madre-hijo.* Edit. Médica Panamericana.
- R. LAING: (1982). *La voz de la experiencia.* Grijalbo, 1982.
- F. LEBOYER: (1974). *Por un nacimiento sin violencia.* Daimon.
- A. LURIA: (1978). “Organización funcional del cerebro”. Del libro *Fundamentos de Neurofisiología, siglo XXI*, 1983.
- A. MACFARLANE: (1960). *Psicología del nacimiento.* Morata, 1970.
- J. MERELO BARBERÁ: (1980) *Parirás con placer.* Kairós.
- A. MONTAGU: (1961). *La vida prenatal.* Edit. Troquel, 1966.
- A. MONTAGU: (1971). *El sentido del tacto.* Aguilar, 1981.
- A. MONTAGU: (1979). *El contacto humano.* Paidós, 1983.
- M. MONTERO: (1988). “Aproximación al mundo sonoro intrauterino”. *Revista Energía, carácter y sociedad*, vol. 6, n.º 1.
- M. MONTERO: (1991). “Contacto vegetativo y sensación de órgano”. Con M. Redón, *idem.* vol. 9, 1.
- Y. GONZÁLEZ: (1988). “Estudio sobre la sicología del embarazo”. *Revista Energía, carácter y sociedad*, vol. 6, n.º 1.
- Y. GONZÁLEZ Y. (1990): “Salud, prevención y autorregulación”. *Idem*, vol. 8, n.º 2.



GINOBBI: (1991). "Profesionales del nacimiento". Revista *idem*, vol. 9, n.º 2.

F. NAVARRO: (1985). *La somatocodinámica. Sistemática reichiana de la patología clínica y médica*. Edic. Orgon, Valencia, 1988.

F. NAVARRO: (1988). "Las biopatías". Revista *Energía, carácter y sociedad*, vol. 6.

F. NAVARRO: (1990). "La vegetoterapia caracteranalítica". *Idem.*, vol. 8, n.º 1.

M. ODENT: (1981) *Génesis del hombre ecológico*. Edit. Hacer.

M. ODENT (1982). "¿El final del asesinato de Cristo?" Revista *Energía, carácter y sociedad*, vol. 1, n.º 2, 1983.

M. ODENT: (1990). *El bebé es un manífero*. Edic. Mandala.

M.S. PINUAGA: (1988). "La experiencia del embarazo. La orgonoterapia prenatal". Revista *Energía, carácter y sociedad*, vol. 6, n.º 1.

M.S. PINUAGA: (1988). "Estudio de control de profilaxis orgonómica en la primera infancia". *Idem.*, vol. 6, n.º 2.

M.S. PINUAGA: (1988). "Asistencia orgonómica al parto". *Idem.*

M.S. PINUAGA: (1991). "La profilaxis orgonómica infantil en el paradigma reichiano". *Idem.*, vol. 9, n.º 2.

O. RANK: (1924). *El trauma del nacimiento*. Paidós, 1972.

O. RAKNES: (1970). *W. Reich y la Orgonomía*. Edit. Orgon, 1990. Valencia.

W. REICH: (1948). "La escisión esquizofrénica". Del libro *Análisis del carácter*. Paidós, 1980.

W. REICH: (1948). *La biopatía del cáncer*. Edit. Nueva Visión, 1985.

W. REICH: (1952). *Reich habla de Freud*. Edit. Anagrama, 1970.

M. RIBBLE: (1965). *Los derechos psicológicos de los niños*. Edit. Nova Terra.



E.N. SALERNO: (1964). *Ginecología psicosomática*. Paidós.

X. SERRANO: (1984). "Estructuración energética corporal, fases sexuales y vegetoterapia". Revista *Energía, carácter y sociedad*, vol. 2, n.º 1.

X. SERRANO: (1987). "Vegetoterapia caracteranalítica

de la depresión". *Idem.*, vol. 5, n.º 1 y 2.

X. SERRANO: (1988). "Perspectiva orgonoterapéutica de la vida intrauterina". *Idem.* vol. 6, n.º 1.

X. SERRANO: (1988). "Perspectiva orgonoterapéutica del parto". *Idem.* vol. 6, n.º 2.

X. SERRANO: (1989). "Perspectiva orgonoterapéutica de la fase oral primaria". *Idem.* vol. 7, n.º 1.

X. SERRANO: (1990). "El diagnóstico inicial diferencial-estructural en la Orgonoterapia desde una perspectiva post reichiana". *Idem.*

X. SERRANO: (1990). "La Orgonoterapia y su proyecto profiláctico". *Idem.* n.º 13.

X. SERRANO: (1991). "La capacidad de contacto en las estructuras de carácter". Junto a Castillo, J. *Idem.* vol. 9, n.º 1.

R. SPITZ: *El primer año de vida del niño*. Edit. F.C.E. 1984. (1965).

R. SOIFER: (1973). *Psicología del embarazo, parto y puerperio*. Edit. Kargiemann.

J. TORRÓ: (1990). "El método del funcionalismo orgonómico". Revista *idem.* vol. 8.

A. TALLAFERRO: (1976). *Curso básico de sicoanálisis*. Paidós.

VERNY-KELLY (1982): *La vida secreta antes de nacer*. Argos Vergara.

Varios autores: MAHLER Y OTROS (1975). *El nacimiento psicológico del infante humano*. Edic. Marymar.

D.W. WINNICOTT: (1931-1956). *Escritos de pediatría y sicoanálisis*. Edit. Laia.

NOTA: La revista E.C.S. corresponde al título de la revista semestral de la Escuela Española de Terapia Reichiana: *Energía, carácter y sociedad. La actualidad del paradigma Reichiano*. Se edita en Valencia, por publicaciones Orgón, C/ Scrpis, 36-34 - 46022 Valencia. Teléfono: 372 84 35 - 355 19 92.

El volumen 6.1, y el 6.2 del año 1988 cuenta con dosieres centrales sobre "La vida intrauterina" y "el parto", y el vol. 9.1., sobre "Contacto".