

Sobre la naturaleza de la conducta materna.

On the nature of maternal behavior.

ERNESTO POLLITT¹

En este artículo se propone que la recíproca relación física, fisiológica y socio-emocional que ordinariamente se produce durante los primeros años de la vida entre madre e infante es uno de los factores determinantes del desarrollo de la conducta materna. Como lo muestran algunas de las referencias citadas en este trabajo, en algunas circunstancias extremas la conducta materna incluye decisiones a favor de dejar morir al infante debido a que una decisión opuesta no favorece ni al infante ni a la familia. Un buen número de las ideas y formulaciones teóricas que se presentan se halla en los trabajos de Hrdy (2000); Bell & Chapman (1988) y Bell (1971). Es también necesario aclarar que en la presente obra el término madre no se refiere exclusivamente a la mujer que ha gestado y dado a luz a un infante. El referente es toda mujer (aún cuando no haya gestado a un hijo) que, conscientemente, cumpla con las funciones de procreación, cuidado, protección y alimentación de un infante.

Varios científicos y filósofos ilustres, interesados en la conducta materna, le han atribuido capacidades singulares a las mujeres que refuerzan la idea de que la conducta materna juega un papel vital en el desarrollo infantil. En el siglo XIX, por ejemplo, Spencer (1871) clasificó la procreación como una función suprema y afirmó que la madre es el corazón de hogar. Igualmente, un eminente psicoanalista del siglo XX, escribió lo siguiente:

“La afirmación de la vida del niño presenta dos aspectos: uno es el cuidado y la responsabilidad absolutamente necesarios para la conservación de la vida del niño y su crecimiento. El otro aspecto va más allá de la mera conservación. Es la actitud que inculca en el niño el amor a la vida, que crea en él el sentimiento: es bueno estar vivo, es bueno ser una criatura, es bueno estar sobre la tierra.

Estos dos aspectos del amor materno se expresan muy sucintamente en el relato bíblico de la creación. Dios crea el mundo y el hombre. Esto corresponde al simple cuidado y afirmación de la existencia. Pero Dios va más allá de ese requerimiento mínimo. Cada día posterior a la creación de la naturaleza - y del hombre. <<Dios vio que era bueno>>. El amor materno, en su segunda etapa, hace sentir al niño: es una suerte haber nacido; inculca en el niño el amor a la vida”, y no solo el deseo de quedarse vivo.” (Fromm, 2004, p. 69-70).

Las formulaciones de Spencer y de Fromm van más allá de la temática de este estudio pero son aquí relevantes al ilustrar cuan trascendental es el papel que se le atribuye a la madre. Concretamente, la madre contribuye a la supervivencia, crecimiento y desarrollo del infante. Inclusive, ella está biológica y físicamente capacitada para suplir algunas de sus necesidades básicas. Considérese, por ejemplo, que la leche materna contiene las proteínas, energía y micro nutrientes que satisfacen las necesidades fisiológicas del infante desde que nace hasta, aproximadamente, los primeros seis meses de vida y refuerza la resistencia a las infecciones (Institute of Medicine, 1991). Estas y muchas otras propiedades que tiene la madre hacen de ella un ser especial e, implícitamente, sugieren que no sería capaz de violar las necesidades básicas y los intereses del menor.

¹ Profesor emérito de la Universidad de California. Davis, California. USA.

Se entiende por propiedad de un organismo aquello que es inherente, objetivo, universal, y que se manifiesta durante uno o más periodos del crecimiento y desarrollo humano (Mahner y Bunge, 2000). Ahora, en el párrafo anterior se mencionó algunas de las propiedades de la madre sin hacer referencia al hecho de que algunas características del infante también contribuyen a su supervivencia, a su crecimiento y desarrollo. Igualmente, no se ha hecho mención a la relación recíproca existente entre algunas de las propiedades de la madre y del infante. Por ejemplo, la succión es un atributo con el que nace un infante que le permite estimular la glándula mamaria de la madre permitiendo la producción y eyección de la leche que, como ya se mencionó, suple las necesidades alimenticias del bebé durante sus primeros meses de vida y fortifica su resistencia a las infecciones. Además del beneficio nutricional, la capacidad para succionar y regular el volumen de la leche que toma el infante del pecho de la madre contribuye a establecer y mantener un apego recíproco (Pollitt, Consolazio y Goodkin, 1981).

La relación recíproca entre madre e hijo que, por un lado, contribuye al desarrollo de la conducta materna y, por otro, ayuda a que el menor crezca y se desarrolle no está descontextualizada. La ecología física, la cultura, la historia y los recursos educativos y económicos de la familia, la salud y el estado nutricional de la madre y el hijo, y muchos otros aspectos del ámbito en que viven estos dos actores, también afectan la conducta materna y las características de esa relación. Es decir, no se puede predecir la calidad de esa relación sin conocimientos del ámbito en que esta se desenvuelve; igualmente, aun cuando las condiciones en que se desarrolla esa relación sean óptimas ello no asegura que el desarrollo infantil siga el curso deseado. A continuación, se presentan casos que ejemplifican la existencia (pese a la maternidad en la mujer) de situaciones que permiten dejar morir a un hijo.

Dejar morir: una forma de infanticidio

La definición de este último término varía según los autores de manera substantiva. Por ejemplo, la Enciclopedia Británica lo define como el "matar al recién nacido", mientras que la definición del Diccionario de la Real Academia Española es la "muerte dada violentamente a un niño, sobre todo si es recién nacido o próximo a nacer." Una tercera definición es la del Diccionario Oxford, que dice: "el crimen cometido por una madre que mata a su hijo/hija durante el primer año de la vida". El infanticidio también ha sido clasificado de acuerdo con el procedimiento que causa la muerte, el cual puede ser activo (v.g. violencia física) o pasivo

(v.g. falta de alimentación o de otros cuidados requeridos para satisfacer necesidades básicas).

Sea como fuere, el infanticidio está generalmente asociado conceptualmente a la ética de la conducta y se lo considera una aberración debido a que, teóricamente, es antitético a la naturaleza misma del ser humano (Tooley y Seidman, 1984). Es en este contexto en el que se presentaron dos casos de infanticidio pasivo. Uno ocurrió en una familia extremadamente pobre que formaba parte de una sociedad musulmana, al norte del África. El otro caso se presentó dentro de una familia económicamente exitosa en una sociedad judeocristiana en América. Pese a la existencia de marcadas diferencias culturales, históricas y económicas entre estos casos hubo, por otro lado, similitudes claras en el razonamiento de las dos madres, que las llevó a decidir que deberían dejar morir a sus hijos. Se aclara que el autor de este trabajo no presencié la muerte de los niños. Al primero lo vio moribundo; sobre el segundo solo leyó artículos periodísticos.

Ahmed en Burtos, Egipto:

En 1992 Carmen Saco y el autor estuvieron en Egipto trabajando con profesionales del Instituto Nacional de Nutrición en una investigación sobre anemia por deficiencia de hierro en una aldea (Burtos) a las orillas del Nilo, cerca del Cairo (Pollitt, Soemantri, Yunis y Scrimshaw, 1985). El eje de la economía local era una fábrica de ladrillos. El hospital, un centro preescolar, una escuela primaria y una mezquita formaban la infraestructura de los servicios en la comunidad. El hospital servía a esta y a otras aldeas aledañas. Una casa típica tenía estructura de barro o de ladrillo con uno o dos cuartos habitados por numerosas personas. Contaba con un espacio para cocinar pero carecía de electricidad y agua propia. El espacio familiar lo habitaban también animales domésticos, perros y aves y, en algunos casos, burros y camellos. Las moscas, habituales vehículos bacterianos, convivían con los niños sin que los segundos molestaran a las primeras.

Las angostas calles acogían a lentos y pesados camellos pero no daban cabida a carros ni camiones. El polvo, el hacinamiento y los hilos de agua negra que se deslizaban lentamente por los costados de las calles contribuían a la imagen sucia de la aldea. Se entremezclaban en las calles niños de edades diferentes con pantalones y camisas rasgadas, jóvenes mujeres con vestidos largos de festivos colores, y matronas con vestiduras islámicas amplias, largas y negras. Las diferencias en el colorido de los vestidos (en función de la edad) también se observaban en el uso del velo islámi-

co (Hiyab). Muchas mujeres mayores se cubrían tanto la cara como el pelo pero las más jóvenes mostraban el rostro.

La mayoría de las mujeres era analfabeta al haber cursado solo uno o dos años en la escuela local, mientras que la mayoría de los hombres adultos había completado su educación primaria. Predominaba la familia nuclear, y solo algunos hombres, con los recursos económicos suficientes (y en conformidad con preceptos islámicos) habían escogido a más de una esposa. Esos hombres y sus familias, a diferencia de los demás, vivían en casas de ladrillo, limpias y espaciosas, en las que los animales domésticos no estaban a la vista.

Ocasionalmente, Carmen Saco y yo caminábamos por los diferentes parajes de la aldea observando las conductas y costumbres de los habitantes, así como sus ambientes dentro y fuera de sus hogares. En una oportunidad, dos médicos del hospital, que también trabajaban en nuestro estudio, nos sirvieron de guías e informantes. Con ellos visitamos la fábrica de ladrillo y observamos las demandas laborales impuestas a niños que, de seguro, habían empezado a trabajar desde los siete años. Así también entrevistamos a madres trabajando en el mercado o en su hogar. De regreso al hospital encontramos a una joven mujer llamada Afifi, vestida con una túnica rosada, charlando jovialmente con su madre; las dos estaban sentadas sobre un corto muro blanco delante de una casa.

Afifi sostenía entre sus brazos a un bebé cuyo desmedrado aspecto físico, postura y fisonomía, parecían indicar la presencia de una malnutrición proteico-energética severa, de tipo marasmo. El niño se llamaba Ahamed y, de acuerdo con la madre, era algo mayor a los doce meses de edad. Su tez era pálida y sus pómulos, protuberantes; sus extremidades carecían de grasa, estaba calvo y casi inmóvil: tenía una apariencia cadavérica. Sus ojos cerrados, su inmovilidad y su gemido monótono (casi inaudible) eran parte de su agnía.

El poco alterado estado emocional de la madre no concordaba con el cargar en los brazos a una criatura agonizante. Al dar ella su aprobación espontánea, uno de los médicos procedió a examinar al niño para luego preguntarle a Afifi: ¿Por qué no lo ha llevado al servicio de emergencia del hospital a no más de 200 metros de su casa? Sin nerviosismo o tristeza aparentes, Afifi contestó que ella tenía que cuidar a cuatro hijos más y que le faltaba tiempo, que generalmente la espera en la sala de emergencia del hospital tomaba más de cuatro horas, que frecuentemente no había medicamentos gra-

tuitos en el hospital y que su familia carecía del dinero necesario para comprarlos.

Durante este relato la abuela permaneció callada y no parecía contrariada con la desnutrición de su nieto o con la situación social de conflicto; más bien, miraba a su hija aprobatoriamente. El médico no pudo dejar de advertirle que Ahamed moriría en las próximas horas si no recibía atención médica inmediata; ella manifestó estar al tanto de la situación y que, con la abuela, esperaban el desenlace final. Era evidente que las preguntas incisivas y la predicción del médico (así como nuestras caras extranjeras, conmovidas por presenciar un caso raro e incomprensible desde nuestra perspectiva) no atemorizaron a las dos mujeres ni hicieron que cambiara su decisión. Con una leve sonrisa esta nos despidió y nuestro grupo, incluidos los dos médicos, siguió el camino comentando la tragedia.

Se debe reconocer la ausencia de información acerca de la historia nutricional y médica de Ahamed, así como del curso de su crecimiento y desarrollo. No sabemos, por ejemplo, si el niño nació antes de término y con bajo peso, o si había ya pasado por otros episodios de desnutrición severa. Pero, la severidad de su desnutrición y sus características clínicas así como la información existente sobre la desnutrición en África, Asia y América Latina permiten recrear parte de esa historia. Marasmo implica el consumo de tejido adiposo con una severa pérdida de peso y grave debilidad muscular (Waterlow, 1992). El niño está desmedrado y su talla está por debajo de lo esperado. Este retardo en el crecimiento físico ocurre gradualmente a lo largo de varios meses. La historia clínica generalmente incluye desnutrición intrauterina, lo que trae como resultado un recién nacido con bajo peso aun cuando la duración de su gestación fuese normal. Muchas veces estos niños han sido destetados antes de lo necesario (Pollitt, 1973), y nacen después de que la madre ha tenido varios hijos con poco espacio temporal entre ellos. La presencia de muchos hijos hace que la madre con frecuencia no le pueda dar al niño desnutrido la atención que necesita.

La información existente sobre la causalidad del marasmo sugiere que desde el nacimiento (si no antes) Ahamed fue un niño enfermizo y que sufrió múltiples enfermedades infecciosas y carenciales en el contexto de una familia muy pobre de cinco hijos. Las probabilidades de que, aun cuando se rehabilitara, el niño recayera eran altas. La madre era consciente de esta situación y probablemente haya pensado: ¿qué gana el niño con sobrevivir? ¿Cuál es el costo económico, físico, social y emocional para la familia? Nos fue evi-

dente que Afifi había sopesado las ventajas y desventajas de su acción pasiva, tanto para Ahamed como para ella y su familia. Creo razonable especular que una idea recurrente en sus cavilaciones era la de que el niño (por las mismas características que lo hacían diferente) moriría temprano. Y la pobreza (que ella sentía vivamente al no tener los recursos necesarios para cuidar a sus hijos) era la que determinaba la continua exposición de su hijo a los múltiples agentes de infección que impedían que este recibiera la alimentación que su fisiología requería. Muchos de esos conflictos y deliberaciones pueden haber sido conscientes, pero otros muchos seguramente ocurrieron en un terreno inconsciente.

Quisiera ahora dirigir mi atención al segundo caso de infanticidio, que está inserto en la cultura de la abundancia y la tecnología, en un centro metropolitano ubicado en el noreste de Los Estados Unidos.

Luke en Nueva York, Estados Unidos:

Nueva York es la ciudad la más poblada de ese país al norte de América que alberga la bolsa de valores de mayor influencia financiera en el mundo. Rebecca, una mujer con educación y éxito profesional, publicó un artículo periodístico en el que describió el conflicto personal que tuvo antes de pedir la suspensión de los esfuerzos médicos para salvar a su hijo (Johnson, 2002). Horas después de un parto con cesárea Luke, que nació pesando 4.89 kilogramos, había sido internado en la unidad de cuidados intensivos de un centro hospitalario (New York-Presbyterian) internacional famoso. Luke era el primer hijo de Rebecca, que había nacido poco antes de que ella cumpliera un año de casada con su esposo, quien ya tenía otros tres hijos de un primer matrimonio.

Un neonatólogo consideró que el recién nacido estaba muy grave, en el límite de la viabilidad (Campbell y Fleischman, 2001). Pero Rebecca y su esposo decidieron que los médicos deberían hacer todos los esfuerzos necesarios para que Luke sobreviviera. Aunque los especialistas opinaron que Luke no había sufrido daño cerebral debido a que no había signos de hemorragia cerebral la decisión que tomaron los esposos no reposaba en información objetiva que les diera seguridad de que su desarrollo sería normal. En realidad, ya entonces (año 2002) había suficiente información que permitía llegar a la conclusión de que era improbable que Luke tuviera un crecimiento físico y un desarrollo psicobiológico sano (Bhutta, Cleves, Casey, Cradock y Anand, 2002; Wood, Costeloe, Gibson, Hennessy, Marlow, Wilkinson y EPICure Study

Group, 2000; Farooqi, Hagglof, Sedin, Gothefors y Serenius, 2007). Rebecca ha descrito que cuando vio por primera vez a Luke él estaba con los ojos cerrados, su piel era roja oscura (“...como carne dura—”) y sus movimientos era frenéticos, “, como los de un pez fuera del agua,...” Su flacura “...no parecía natural y su piel estaba aceitosa...” y daba la impresión de ser un caso con una quemadura severa cubierta con una crema. “El médico se había olvidado de decirnos que en estos casos muchas veces la piel es tan delgada, que no permite mantener los líquidos adentro del cuerpo” (Johnson, 2002).

Al tercer día de la hospitalización, la cabeza de Luke se había hinchado por la filtración de líquidos, lo cual sugería la posibilidad de un daño cerebral. Los médicos, entonces, sugirieron a los padres que consideren la suspensión de toda intervención médica orientada a la supervivencia de Luke y que dejaran que la vida siguiera su curso natural. Los médicos transmitieron el mensaje a los padres de que “ya no merecía la pena.” Tanto Rebecca como su esposo arguyeron que ellos contaban con los recursos económicos para seguir adelante y poner a prueba otros procedimientos para mantenerlo vivo pero, eventualmente, ante el escepticismo de los médicos los padres optaron por la muerte. Se le facilitó la respiración para evitar que Luke se ahogara pero su alimentación fue suspendida y horas después murió. En resumen, ante la nueva evidencia técnica y ante el escepticismo de los médicos, los padres cambiaron de opinión y decidieron cortarle la vida. La cita siguiente describe claramente lo que Rebecca pensaba sobre la muerte en esos momentos:

“Antes de Luke, yo creía que la muerte era una simple proposición de ser o no ser, uno de los pocos eventos carentes de ambigüedad en la vida, sabiendo con absoluta seguridad donde está uno ubicada. Pero en la unidad de cuidados intensivos, la línea divisoria entre la vida y la muerte es porosa, reactiva, un lugar de valores relativos donde todo depende de la perspectiva de la persona. ¿Si es que un pulmón no puede respirar en forma autosuficiente o si el corazón no puede latir por sí solo, estás muerto o vivo? Cuando regresamos al hospital al día siguiente, era obvio que Luke había muerto. Su cuerpo, antes hinchado, estaba seco y arrugado de tal forma que parecía viejo e infantil al mismo tiempo. Su piel, que había tenido el color rojo de sangre fresca, estaba morada oscura, el color de un moretón. Todos los tubos, excepto el del oxígeno, habían sido retirados. << ¿Está vivo? >> pregunté. El doctor Case contestó: <<Realmente, no. >>... La medida real de la muerte en el centro de cuidados intensivos para los neonatos es la ausencia de la esperanza. Cuando

esta desaparece, la vida ha terminado.” -Traducido por el autor- (Johnson, 2002).

Considérese que la justificación principal que indujo a Rebecca a suspender los auxilios que tenía su hijo para vivir fue el incremento de probabilidades de que Luke hubiese sufrido una lesión cerebral, la cual dejaría una lesión funcional. Hoy, en algunas sociedades, con hospitales que cuentan con centros de cuidados intensivos de alta tecnología para neonatos con riesgo las probabilidades de que estos sufran algún daño neurológico (que a su vez traerá como consecuencia algún grado de retardo intelectual o desorden del aprendizaje) son altas (Johnson, Hollis, Kochhar, Hennessy, Wolke y Marlow, en prensa). Sin embargo, con algunas excepciones (como son las criaturas con 23 semanas de gestación o menos) es aun imposible anticipar la severidad y el rango de dichos desórdenes¹, así como identificar los factores específicos (tanto biológicos como sociales) que moderan dichos efectos. Esta limitación en el conocimiento es un obstáculo mayor en la proyección de la calidad de vida que estos niños/niñas pueden tener en comparación con lo que se espera para una criatura promedio.

Esta lesión hizo cambiar las proyecciones de Rebecca respecto a la calidad de vida que tendría su hijo, así como sus estimados sobre la naturaleza y las demandas del cuidado personal que él requeriría para crecer y desarrollarse conforme al potencial que le quedaba.

Estas proyecciones eran substancialmente diferentes a las que ella construyó horas antes, cuando supo que había dado a luz a un niño con muy bajo peso y de alto riesgo. Durante esas primeras horas, los médicos fueron optimistas respecto a la supervivencia de Luke aunque no les dijeron a los padres que el futuro de Luke sería feliz. El cambio específico en el contenido del mensaje y en el optimismo de los médicos (y en su optimismo respecto al futuro) fue lo que llevó a Rebecca a visualizar un futuro demasiado oscuro para vivirlo. Con la evidencia que aportó la tecnología respecto a un posible daño cerebral ella puso en duda la calidad de la vida futura de Luke y estimó que el predominio de su derecho a vivir cambiaría también el futuro de la familia. Ese predominio violaría los derechos a vivir que tenían los miembros de esta. Es muy posible también que la madre, inserta en una sociedad esencialmente utilitaria, haya considerado los efectos que tendría el cuidado de un niño con un déficit neurológico severo en la economía familiar.

Dicho costo es generalmente muy alto. Estos pensamientos justificaban, ante sus ojos, el escoger la muerte del niño con dos días de nacido.

El 5 de agosto del 2002, veinte días antes de la publicación de Rebecca sobre su hijo Luke, el Presidente de los Estados Unidos aprobó la ley federal de protección al infante nacido vivo (Born Alive Infant Protection Act), que le garantiza la protección absoluta de todos sus derechos sin considerar el nivel de desarrollo. La ley presume que la persona existe desde el momento en que nace. En consecuencia, a partir de esa fecha, en ese país la madre o los padres que deciden a favor de la suspensión del tratamiento médico de un recién nacido en riesgo puede ser acusado de haber cometido un asesinato o infanticidio. Pero, como el caso de Luke ocurrió antes del 5 de agosto del 2002 y la nueva legislación no era retroactiva, Rebecca no fue afectada por la ley. Sin embargo, de acuerdo con algunos expertos y conforme a la ley federal de Abuso Infantil, emitida en 1984, los padres que antes del 2002 suspendían el tratamiento de un recién nacido en riesgo podían haber sido acusados de un acto criminal.

En resumen, los datos presentados sobre dos casos de infanticidio en culturas diferentes y en familias cuyos recursos económicos y educativos eran también diferentes llevan a concluir que, basadas en la apariencia física el pronunciado rezago funcional de sus hijos, las dos madres decidieron que era mejor que los niños murieran y ellas actuaron de manera consciente. Las dos mujeres desconocieron el derecho a la vida y violaron el concepto de igualdad entre los seres humanos que existe en forma independiente de las capacidades físicas del recién nacido o del niño y la niña. Por otro lado, es también evidente que la decisión y la acción de estas mujeres no fueron el resultado de procesos cognitivos y volitivos patológicos ajenos a las expectativas de las sociedades en que vivían sino que encajaban con lo esperado por una parte substantiva de esas sociedades respectivas.

En conclusión, en los casos presentados no hay evidencia de que la conducta es instintiva; si lo fuera, la conducta de Afifi y de Rebecca hubiese estado dirigida a mantener vivos a Ahmed y a Luke. En añadidura, aun cuando la acción de las dos mujeres fue pública, las autoridades pertinentes en los respectivos ámbitos aceptaron tácitamente dicha acción. Una pregunta sin resolución es: ¿Debería ser clasificado como eutanasia neonatal involuntaria el caso de Luke ya que la madre

actuó exclusivamente en función de los mejores intereses del recién nacido?

Evidencia histórica y cultural

A través de diferentes periodos históricos diversas sociedades han tolerado el infanticidio pese a las estrictas regulaciones religiosas y legislativas existentes (Boswell, 1988). En la cultura grecoromana el infanticidio era aceptado, particularmente en el caso de las niñas, porque cumplía una función demográfica, económica y social (Caldwell y Caldwell, 2005). El caso del infanticidio para controlar el tamaño de la población se encuentra en varios análisis comparativos entre poblaciones con diferentes conocimientos sobre cómo evitar la concepción o la viabilidad del feto. Análisis estadísticos han mostrado una correlación negativa entre ese conocimiento y la frecuencia del infanticidio (American Psychological Association, 2006). Hay también evidencia de que en algunas situaciones el infanticidio estuvo asociado a fines económicos aun entre grupos económicamente solventes.

La perspectiva sobre la tolerancia del infanticidio se amplía bajo la luz de las tasas recientes de mortalidad neonatal e infantil de género femenino en la India. El año 2000 en la India se desconocía el paradero de aproximadamente cincuenta millones de mujeres (Allahbadia, 2002). La explicación más aceptada era el infanticidio selectivo: favorecer al varón con mejor alimentación y ser negligente con la mujer. A estos datos habría que sumar entre dos y cinco millones de fetos de sexo femenino que fueron abortados por año. El papel que cumplen los hijos varones en ayudar a los padres enfermos o ancianos es la explicación que generalmente se da para este patrón demográfico.

Considérese que los datos de la India o del mundo grecoromano no han sido ni son excepcionales. El infanticidio tomó características epidémicas durante los siglos XVIII y XIX en España (Sheerwood, 1988), Francia (Delasselle, 1975) e Inglaterra (Rose, 1986).

En el siglo XVII, la escena de recién nacidos abandonados en las calles en medio de la indiferencia popular en Lima, Perú era parte de la vida cotidiana (Bustíos Romani, en prensa). En síntesis, muchas madres en diferentes sociedades, y a través de varios periodos de la historia, han abandonado o dejado morir a sus hijos e hijas por varias razones, dentro de las cuales destacan la pobreza, la falta de apoyo social y el crecimiento de la población. Lo que no se encuentra, por lo menos en estudios epidemiológicos, es el llamado impulso filicida naturales de los padres, como lo sugiere el psicoanalista Arnaldo Rascovsky (1981).

La cultura está caracterizada por un conjunto de conductas, actitudes, creencias y nociones, valores, estilos cognitivos y formas de comunicación, y signos y símbolos (v.g. rituales religiosos), compartidos por muchos individuos dentro una sociedad y que, generalmente, tienen valor normativo. Las prácticas de crianza, o las creencias y estilos cognitivos son parte de procesos formativos intergeneracionales que, presentes ya en la infancia, continúan durante la niñez, la adolescencia y la vida adulta. Aquí, son de interés aquellos procesos de formación y transmisión cultural orientados a la expresión y fortalecimiento o a la inhibición de ciertas características biofísicas (v.g. tamaño, gasto energético) con las que nace un niño.

Por ejemplo, en la comunidad indígena de Zinacateco, en México, se ha observado que las madres inhiben la actividad física de los recién nacidos y de los infantes debido a que los niños inquietos interfieren con la demandante actividad física que tienen las mujeres en el campo (Keller, Poortinga y Schölmerich, 2002). Esta práctica también está ejemplificada en las sociedades que tienen altas tasas de mortalidad infantil y le dan atención prioritaria a ciertas características temperamentales del neonato o del niño pequeño, que aumentan las probabilidades de supervivencia (Tapia, LeVine, y LeVine, 1993). Estas consideraciones ayudan a entender por qué las mismas características biológicas, físicas y psicosociales de un niño pueden ser interpretadas y reforzadas diferencialmente por culturas diferentes.

Sheper-Hughes reportó en su libro *Muerte sin lágrimas* (Death without Weeping) que en el Alto do Cruzeiro al Noreste del Brasil - cuyos habitantes viven una pobreza entre las peores en América Latina - el retardo en el crecimiento intrauterino, la desnutrición generalizada después del nacimiento y la frecuente repetición de infecciones gastrointestinales y respiratorias causan o, al menos, contribuyen a la muerte temprana de muchas criaturas (Schepher-Hughes, 1994). El hambre, la enfermedad y la falta de satisfacción de múltiples necesidades básicas hacen que algunos de los que sobreviven sean frágiles, irritables y nerviosos.

Estos niños forman parte de familias caracterizadas por una "inseguridad flotante, ontológica, existencial." La pobreza en que se vive, sumada a la naturaleza y frecuencia de las experiencias físicas, psicológicas y sociales que debilitan el crecimiento y rezagan el desarrollo de los niños, los lleva a sentir que el vivir es simplemente penoso. Quizá sin saberlo, algunas madres y otros adultos adoptan prácticas de crianza que favorecen el desarrollo de criaturas que muestran vigor y competencia física, e incurren en una negligencia benigna (benign

negligence) hacia las criaturas más débiles, frágiles e ineptas, biológicamente (Cassidy, 1987).

Estas prácticas incluyen actitudes, creencias y prácticas de crianza que disminuyen las probabilidades de supervivencia de los más vulnerables. Aun así, las prácticas derivadas de la negligencia benigna sugerida, por Sheper-Hughes, no necesariamente implican un proceso consciente, compuesto de ideas organizadas y decisiones deliberadas. Por otro lado, sabemos que la patología psiquiátrica de la madre puede ser causa del infanticidio (Lambie, 2001), pero tanto en el pasado como en el presente la prevalencia del infanticidio a nivel de población no es explicable aludiendo a la psiquiatría.

En algunas poblaciones con altas tasas de mortalidad infantil los neonatos (de 0 a 28 días de vida) son los que tienen las mayores probabilidades de ser sacrificados por la madre o por los padres. Es más, en muchas de estas mismas poblaciones, el infanticidio, fuera del periodo neonatal, es más común entre las criaturas nacidas con escasas probabilidades de sobrevivir.

Lo mismo ha sido observado en sociedades altamente industrializadas. Por ejemplo, en los Estados Unidos de Norte América los infantes que nacen con bajo peso corren el riesgo de ser físicamente agredidos por sus padres que aquellos que nacen con el peso esperado (Taylor y Brown, 1990; Newcombe, 1981). En algunas de estas mismas sociedades también se ha observado que el extraordinario avance de la tecnología hospitalaria en los cuidados intensivos de neonatos en riesgo ha contribuido a que muchos médicos y padres tengan que enfrentarse con una pregunta impensable décadas atrás:

¿Se debe dejar morir a un neonato cuando los problemas médicos que enfrenta sugieren que dejarlo vivir significa continuar un sufrimiento inútil? Esta pregunta surge frecuentemente entre los médicos cuando se trata de recién nacidos con escasas semanas de gestación (prematuros), anomalías congénitas y asfixia durante o después del parto (Berger, en prensa).

Cabe recordar que recién a principios de la década de los años setenta comenzaron a publicarse artículos médicos sobre los aspectos éticos y tecnológicos asociados a la decisión de dejar morir a recién nacidos con desórdenes incurables o con altas probabilidades de estar en desventaja en su desarrollo futuro al ser comparados con la norma (Duff y Campbell, 1973). No obstante, pese a que han pasado casi cuarenta años desde la aparición de esas publicaciones, aún no existe un

consenso médico acerca de la decisión que debería tomarse sobre ese gravísimo problema humano. Es más, es evidente que esas decisiones varían no solo entre culturas sino también entre centros hospitalarios dentro de una misma ciudad o sociedad (Verhagen, Janvier, Leuthner, Andrews, Lagatta, Bos, y Meadow, en prensa).

Ahora bien, ¿cuál es la decisión que deben tomar los padres cuando se informen que un hijo que les acaba de nacer presenta una serie de signos y síntomas que permiten predecir que el curso de vida que va a seguir estará caracterizado por una muerte temprana o por la incapacidad física, mental y social para encajar dentro de la sociedad en la que estará destinado a vivir? La realidad que enfrentan esos padres es que no existen criterios establecidos que les permita tomar una decisión justa para el recién nacido y para ellos y el resto de la familia.

Por otro lado, aun cuando no existen criterios éticos, legales y médicos en la mayoría de los países en Europa como en Norte América que permitan decidir objetivamente cuándo puede ser clasificado como de eutanasia neonatal pasiva, teóricamente, esto ocurre, cuando se deja morir a un neonato con el fin de detener el sufrimiento prolongado e inútil o de prevenir un sufrimiento futuro. Sin embargo, pese a no hacerse explícito, esta denominación puede ser un eufemismo. En algunos casos, la decisión de los padres obedecerá a sus intereses económicos y al reconocimiento de las extraordinarias demandas físicas y emocionales asociadas al cuidado de esos niños que sufrieron un daño cerebral muy temprano en la vida.

En conclusión, diferentes fuentes de información sugieren que el infanticidio representa una parte del repertorio de la conducta humana esperable dentro de una sociedad y que cumple una función tanto a corto como a largo plazo. El infanticidio puede ser una práctica habitual enraizada en la biología y en la cultura con el fin de proteger a la madre y mantener el bienestar de la familia. Ciertas sociedades de escasos recursos incorporan algunas prácticas de crianza que, aun cuando sus sistemas legislativos no lo permitan, favorecen a las criaturas con recursos individuales que elevan sus probabilidades de supervivencia y reproducción y reducen el costo en el cuidado infantil. Otras sociedades pueden basarse en criterios médicos o en consideraciones económicas para optar a favor de la muerte de un bebé o de un niño menor. Todas estas consideraciones no concuerdan con la proposición de que la conducta materna es instintiva.

Comentario final

A largo de la historia humana el instinto ha estado concebido como instrumental en la adaptación de los animales a diversas ecologías. Esta concepción, ha estado fundamentada en algunas especies; aunque, ocasionalmente ha sido extendida al ser humano aun cuando no existiera evidencia objetiva que justificara esa generalización. En este sentido, el trabajo más prestigioso y de mayor influencia ha sido el de John Bowlby, cuyo pensamiento ha sido fundamental en la construcción de la noción de apego de madre a hijo y viceversa (Bowlby, 1969 ; Bowlby,1973) aparte del hecho de que la concepción de instinto ha sido dejada de lado en el campo de la psicología del desarrollo infantil. Por el contrario, la información obtenida durante las últimas décadas acerca de la ya citada relación recíproca entre madre e infante hace ver que muchas de las atribuciones que se le han dado a la conducta materna le pertenece a dicha relación la cual es facilitada por las propiedades tanto de la madre como del infante.

Se ha hecho ya referencia a la extrema inmadurez física del infante, incluyendo su conducta y su fisiología elemental, que constituyen recursos básicos para sobrevivir, al servir de estímulos que provocan la emergencia de conductas maternas que protegen al infante y le ofrecen las proteínas, las calorías y los otros nutrientes que su organismo necesita para crecer y desarrollarse. En ese mismo contexto, se puede ver que la capacidad del infante para succionar el pecho de la madre contribuye a la producción y la expulsión de la leche, que sirve de vehículo para transportar el alimento al infante.

Paradójicamente, esa misma inmadurez física, conductual y fisiológica, cuando se manifiesta de manera extrema, evoca respuestas en la madre que le son adversas al menor y que, en algunas circunstancias, pueden causar su muerte. Esa respuesta, sin embargo, no siempre tienen las mismas características: en algunos casos pueden ser simplemente pasivas, negligentes; mientras que en otros, pueden ser activas, abusivas, violentas. Pero, en ambos casos, pueden llevar a la muerte del menor. Es más, las características del hogar como, por ejemplo los recursos económicos, pueden moderar dichas respuestas.

Apéndice

El Diccionario de Psicología de la Asociación Psicológica Americana (2006) define el instinto como una fuerza biológica innata, propia de una especie que impela al organismo a actuar en una dirección o responder de una manera particular frente a un estímulo concreto.

Esta definición implícitamente sugiere que el término instinto esta basado en criterios establecidos que son universalmente aceptados. Sin embargo, como lo veremos más adelante, la aceptación de esta definición constituye un error. Una manera suficiente de estimar, aunque sea crudamente, la heterogeneidad de criterios y de objetivos en el uso del término instinto es buscar las referencias que emergen en una base electrónica de datos de psicología (Vg.. PsychInfo) habiendo usado dicho término como palabra clave. Considérese que la idea de un instinto en el ser humano emergió en la filosofía y en la teología con el fin de explicar el origen de éste y del alma humana. Darwin (2003) fue uno de los primeros en proponer el origen biológico del instinto, convirtiéndolo en la piedra angular de su teoría evolutiva y de reconocer que el medio ambiente moldea la manifestación de éste de acuerdo a las circunstancias, Darwin (2003) propuso que el mismo instinto puede manifestarse de manera diferente en ecologías diferentes.

Ley de variación.

Posteriormente, la validez de la concepción del instinto presente hasta entonces comenzó a ser puesta en dudas. La emergencia del conductismo y, particularmente, la publicación de Kuoiv el año 1924 que proponía una psicología vacía del instinto iniciaron la negación de éste en las ciencias de la conducta. Con los avances en el estudio del desarrollo infantil, particularmente en el campo de las relaciones e influencias recíprocas entre la biología y el ambiente, el interés en el instinto como una expresión genética fue desapareciendo en la psicología del desarrollo infantil. Una ilustración de lo ocurrido se encuentra en el volumen titulado Modelos Teóricos de Desarrollo Humano de la sexta edición del Handbook of Child Psychology (Damon, Lerner y Eisenberg, 2006). Los autores de los capítulos que forman parte de este volumen incluyen a 17 científicos reconocidos por sus contribuciones fundamentales al campo del desarrollo humano como, por ejemplo, Willis Overton, Robert Cairns, Gilbert Gottlieb, Esther Thelen, kart Fischer, Glen Elder, Richard Shweder, Urie Bronnbrenner entre otros. En ninguno de los 17 capítulos incluidos en ese volumen aparece la palabra instinto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allahbadia, G.N. (2002) The 50 million missing women. *Journal of Reproductive genetics*, 19, 411-416.
- American Psychological Association.(2006).*Dictionary of Psychology*. Washington, D.C: American Psychological Association.

- Bell, R.Q. (1971). Stimulus control of parent or caretaker behavior by offspring. *Developmental Psychology*, 4(1), 63-72.
- Bell, R.Q. & Chapman, M. (1988). Child effects in studies using experimental or brief longitudinal approaches to socialization. *Developmental Psychology*, 22(5), 595-603.
- Berger, T.M. (en prensa). Decisions in the Gray Zone: Evidence-Based or Culture-Based? *Journal of Pediatrics*.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment: Attachment and loss*. (vol. 1) (2nd edition). New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Separation: Anxiety & Anger*. Attachment and Loss (vol. 2); London: Hogarth Press.
- Boswell, J. (1988) *The kindness of strangers. The abandonment of children in Western Europe from late antiquity to the renaissance*. Nueva York: Pantheon Books:
- Bustios Romani, C. (en prensa) *La mujer y el niño en la historia de la salud pública peruana. 1535-2002*. Lima, Perú: Fondo Editorial de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Bhutta, A.T., Cleves, M.A., Casey, P.H., Cradock, M.M., & Anand, K.J. (2002). Cognitive and behavioral outcomes of school-aged children who were born preterm - A meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 288(6), 728-737.
- Caldwell, J.C. & Caldwell, B.K. (2005). Family size control by infanticide in the Great Agrarian Societies of Asia. *Journal of comparative family studies*, 36, 205-219.
- Campbell, D.E. & Fleischman, A.R. (2001). Limits of viability: Dilemmas, decisions, and decision makers. *American Journal of Perinatology*, 18(3), 117-128.
- Cassidy, C.M. (1987). World-View Conflict and Toddler Malnutrition: Change Agent Dilemmas. En: Schepher-Hughes, N. (edit). *Child survival: anthropological perspectives on the treatment and maltreatment of children*. (pp. 293-324). Norwell, MA: Kluwer Academic Publishers.
- Damon, W., Lerner, R.M. & Eisenberg, N. (2006). *Handbook of child psychology*. Nueva York: John Wiley and Sons Inc.
- Darwin, C. (2003). *El origen del hombre*. (pp. 641-727). Bogota, Colombia: Panamericana Editorial.
- Delasselle, C. (1975). Les enfants abandonnés à Paris au XVIII^{em} siècle. *Annals ESC*, 187-218.
- Duff, R.S. & Campbell, A.G. (1973). Moral and ethical dilemmas in special care nursery. *New England Journal of Medicine*, 289(17), 890-894.
- Kuo, Z.Y. (1921) Giving up instinct in psychology. *Journal of Philosophy*, 18, 645-664.
- Farooqi, A., Hägglöf, B., Sedin, G., Gothefors, L., & Serenius, F. (2007). Mental health and social competencies of 10- to 12-year-old children born at 23 to 25 weeks of gestation in the 1990's: A swedish national prospective follow-up study. *Pediatrics*, 120(1), 118-133.
- Fromm, E. (2004) *El arte de amar*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.
- Hrdy, S.B. (2000) *Mother nature. Maternal instincts and how they shape the human species*. Nueva York: Ballantine.
- Institute of Medicine. (1991). Nutrition during lactation. Capítulo 6. Milk composition. Washington D.C.: National Academy of Sciences.
- Johnson, R. (2002) Holding on to Luke. *Revista dominical del diario New York Times*. Agosto 25.
- Johnson, S., Hollis, C., Kochhar, P., Hennessy, E., Wolke, D., & Marlow, N. (en prensa). Psychiatric Disorders in Extremely Preterm Children: Longitudinal Finding at Age 11 Years in the EPICure Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*.
- Keller, H., Poortinga, Y. H., & Schölmerich, A. (Eds.) (2002). *Between culture and biology*. (pp. 57-76.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Lambie, I. (2001) Mothers who kill. The crime of infanticide. *International Journal of Law and Psychiatry*, 24, 71-80.
- Mahner, M., & Bunge, M. (2000). *Fundamentos de biofilosofía*. México, D.F.: Siglo XXI.
- Newcombe, R.G. (1981). Birth-weight, child abuse, and infant death attributed to accidents, poisonings, or violence. *Archives of disease in childhood*. 56, 964-965.
- Pollitt, E. (1973). Behavior of infant in causation of nutritional marasmus. *American Journal of Clinical Nutrition*, 26(3), 264-270.
- Pollitt, E., Consolazio, B. & Goodkin, F. (1981). Changes in nutritive sucking during a feed in 2-day old and 30 day old infants. *Early Human Development*, 5(2), 201-210.
- Pollitt, E., Soemantri, A.G., Yunis, F. & Scrimshaw, NS. (1985). Cognitive effects of iron deficiency anemia. *Lancet*, (8421), 158-158.
- Rascpovsky, L. (1981). *El filicidio*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Orion.
- Rose, L. (1986). *The massacre of the innocents. Infanticide in Britain. 1800-1919*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Scheper-Hughes, N. (1994) *Death without tears*. Berkeley: University of California Press.
- Sheerwood, J. (1988). *Poverty in Eighteenth-century Spain. The women and children of the inclusa*. Toronto, Canada: University of Toronto Press Canada.
- Spencer, H. (1871). Psychology o the sexes. *Popular Science Monthly*, 4, 10-38.
- Tapia Uribe, F. T, LeVine, R & LeVine, S. (1993). Maternal education and maternal behaviour in Mexico: Implications for the Changing Characteristics of Mexican Immigrants to the United States. *International Journal of Behavioral Development*,

- 16(3),395-408.
- Taylor, P.M. & Brown D. (1990). Effects of birth-weight, race and socio-economic status on incidence of reported child-abuse and neglect. *Pediatric Research*, 27(4), A258-A258.
- Tooley, M. & Seidman, L.S. (1984),. *Abortion and Infanticide*. Nueva York: Oxford University Press.
- Verhagen, A.A.E., Janvier, A., Leuthner, R., Lagatta, A., Bos, A., & William Meadow, W. (en prensa).
- Categorizing Neonatal Deaths: A Cross-Cultural Study in the United States, Canada, and The Netherlands. *Journal of Pediatrics*, 156(1), 33-37.
- Waterlow, J.C. (1992). *Protein energy malnutrition*. Londres: Edward Arnold Press.
- Wood, NS, Marlow N, Costeloe K, Gibson AT, Wilkinson AR, for the EPICure Study Group. (2000). Neurologic and developmental disability after extremely preterm birth. *N Engl J Med*, 43,378-384.