



EL TRAUMA DEL NACIMIENTO: LOS EFECTOS PSICOLÓGICOS DE LAS INTERVENCIONES OBSTÉTRICAS (II)

William R. Emerson

El Impacto Psicológico de las Intervenciones Obstétricas

En las siguientes consideraciones acerca del presente tema, únicamente voy a intentar describir los efectos más directos de cada intervención, como pueden ser aquellos efectos que se producen sin que medie ningún tipo de intervención ni interacción. Ahora bien, tal grado de diferenciación no es completamente posible porque, por ejemplo, las cesáreas nunca se llevan a cabo sin anestesia, además de otro tipo de acciones. Sin embargo, resulta que la mayor parte de las intervenciones descritas a continuación se efectúan a veces sin la presencia de otro tipo de procedimientos ni interacciones. Consideraremos las cuatro intervenciones obstétricas más corrientes, así como tres de las consecuencias resultantes más comunes. Como el impacto psicológico de las intervenciones obstétricas se analiza muy raramente, si es que alguna vez se hace, todas las conclusiones que sacaremos serán negativas por naturaleza. Esto no quiere decir que las intervenciones obstétricas sólo tengan efectos negativos; también pueden ofrecer aspectos positivos, aunque aquí nos centraremos en los primeros. Cuando hablamos de efectos negativos, se suele usar el término *complejo*; un *complejo* es un conjunto de sentimientos y comportamientos coordinados entre sí y que tienen un peso específico enorme en la persona que lo padece. En el caso del complejo de inferioridad, la persona que lo sufre tiende a sentirse inferior, y este sentimiento influye en su comportamiento (e.g. mostrándose tímido, cohibido, etc.)

La mayoría de los casos que siguen hacen referencia a cómo los efectos de las intervenciones obstétricas se reflejan en los lugares de trabajo, en las carreras, trabajos y profesiones. Distintos aspectos de la vida también se ven profundamente afectados por las intervenciones obstétricas, como las relaciones, la comunicación, la sexualidad, las creencias religiosas y espirituales y la salud física. A la hora de decidirme por los traumas a utilizar en el texto, elegí ejemplos comunes a todas las intervenciones. Siguiendo esta estrategia, creí oportuno eliminar muchas de las consecuencias especialmente características de varios tipos de intervenciones; igualmente debo decir que el después de las intervenciones obstétricas también puede ser contemplado en términos psicopatológicos - por ejemplo, las categorías utilizadas por los profesionales de la salud mental en sus diagnósticos. Volviendo al objetivo de nuestro estudio, nos vamos a centrar especialmente en los síntomas de los trastornos, más que en categorizar psicopatologías, de manera que resulte comprensible tanto para el lector común como para el especializado. Una última consideración: este tipo de estudios implica confidencialidad, por lo que todos los casos aquí expuestos han sido modificados con objeto de salvaguardar tal confidencialidad; cualquier parecido con personas reales es pura coincidencia.

Anestesia

Según Shanley (1994), en el 80% de los partos hospitalarios se administra algún analgésico y/o anestesia a la madre, lo que contrasta con la poca información publicada -casi nada- sobre los efectos psicológicos de la anestesia tanto a corto como a largo plazo. Lo que sí se ha publicado son estudios de investigaciones acerca de los efectos físicos, y algunos expertos creen que el aumento de daño cerebral y/o trastornos neurológicos en niños/as estadounidenses (a lo que hay que acompañar retraso e incapacidad de aprendizaje) se debe al uso cada vez más frecuente de procedimientos obstétricos, especialmente los relacionados con medicación durante el embarazo y el parto (Haire, 1972; Windle, 1969). En los 20 años que llevo trabajando sobre el efecto de la anestesia, me he encontrado con que la anestesia provoca traumas relacionados con el vínculo afectivo, síndromes de shock, complejo de control, trastornos de la personalidad, complejos de poder y abuso de ciertas sustancias. Aquí sólo vamos a describir los tres primeros. Déficit del vínculo afectivo: la primera vez que me di cuenta de los efectos de la anestesia sobre el vínculo afectivo fue cuando, al observar a bebés recién nacidos de la India, me percaté de la gran diferencia en la calidad del vínculo en algunos bebés. Me asaltó la curiosidad e inicié una investigación sobre los nacimientos de todos los bebés que había visto. Me encontré con que los bebés en cuyos partos no había habido anestesia (a excepción de un caso que veremos más abajo) habían desarrollado un vínculo superior en comparación con los bebés en cuyos nacimientos sí había habido anestesia, manifestando ciertas pautas que así lo confirmaban como son el contacto visual directo, la concentración e intensificación de los sentimientos durante el contacto visual y el contacto físico. Las madres hindúes podían intuir fácilmente el momento en el que sus bebés iban a orinar o a defecar, con lo que los atendían en el momento adecuado. Las madres también sabían cuándo soñaban sus bebés, y si los sueños eran buenos o malos; incluso en ocasiones podían llegar a conocer parte del contenido de esos sueños. El nivel de intimidad entre ellos era muy grande. Las madres y los bebés compartían constantemente experiencias tales como reírse ante un sonido gracioso, darse cuenta de un sonido inusual que emitía un ave, percibir un olor poco común, emocionarse ante un hecho novedoso, entender las comunicaciones del otro... Durante esta etapa, las madres hindúes sabían distinguir entre los distintos significados del llanto del bebé: eran capaces de discernir entre el llanto que significaba *me pica*, del que quería decir *estoy mojado*, *tengo una pesadilla*, *tengo hambre*, *tengo sed*, *me duele la barriga*, etc. Igualmente, descubrí que los bebés desarrollaban un vínculo si no habían sufrido ningún trauma prenatal o durante el nacimiento. En un intento por entender los motivos por los que

los bebés en cuyo parto había habido anestesia presentaban un vínculo menos intenso, acudí a los archivos que contenían datos sobre personas en cuyos nacimientos se había utilizado anestesia, y me encontré con que, a través de la regresión, mis clientes contaban que sentían una significativa pérdida de conciencia mientras estaban expuestos a los efectos de la anestesia [de la madre]; se sentían drogados y «fuera de sí», situación que influía en su deseo y/o capacidad para establecer contacto con sus madres. En base a lo dicho, se supone que para poder establecer el bebé un vínculo de calidad con su madre son necesarios unos niveles altos de conciencia y alerta durante las 24-48 horas después del nacimiento. Mis conclusiones al respecto son que la intensidad y el tipo de comunicación (y por consiguiente, el vínculo) surgen espontáneamente cuando no ha habido trauma en el nacimiento, cuando no se ha utilizado medicación obstétrica y cuando [el bebé] no ha sufrido ningún shock. El vínculo afectivo surgirá gracias al contacto inmediato entre la madre y el bebé, con escasas o ninguna separación. Varios investigadores, entre los que se encuentran Ainsworth (1991) y Magid (1987), han probado los múltiples y duraderos efectos de un vínculo deficiente. Es durante el período del desarrollo del vínculo afectivo entre la madre y el bebé cuando se establece y fija la intensidad y el tipo de comunicación que formarán los cimientos que utilizarán los padres y los hijos en sus relaciones posteriores, lo cual los capacitará para adquirir unos buenos niveles de comunicación que conformarán la base de su experiencia a lo largo de sus vidas.

El shock anestésico: el concepto de *shock anestésico* hace referencia a tres condiciones: la primera se da a partir de toda una serie de cambios repentinos e inesperados que afectan tanto al cuerpo como al equilibrio psicológico y que sobrevienen en el momento en el que se administra la anestesia. Dicho de otra manera, la anestesia aparece en el organismo por sorpresa, creando un estado de sobrecarga y shock en el sistema sensorial, motor, emocional y cognitivo de los bebés que están por nacer. Un efecto colateral de la primera condición es que los bebés reciben una sobredosis de anestésico; esto ocurre porque tal cantidad de anestesia es administrada en función del peso corporal de la madre, sin tener en cuenta el del bebé. Dado que la placenta actúa como un tamiz más que como un filtro (como se pensaba originariamente) los bebés con bajo peso reciben directamente una sobredosis. Como dice Janov (1983, p.35), «...la medicación [anestesia]traspasa la barrera placentaria, enviando una dosis varios cientos de veces más fuerte de la que puede tolerar un bebé, por lo que ni el bebé ni la madre son capaces de reaccionar con normalidad». Las consecuencias de un shock anestésico se magnifican debido al hecho de que la grasa corporal actúa como acumulador de la anestesia, más aún teniendo en cuenta que el cuerpo de un bebé contiene proporcionalmente mayores cantidades de grasa acumulada. Esto significa, en consecuencia, que, en proporción y como resultado de esta sobredosis, los bebés retendrán una cantidad más elevada de anestesia en sus cuerpos durante los días siguientes al nacimiento.

A continuación detallo los cambios físicos y psicológicos que aparecen tras la administración de anestésicos. Los bebés sufren casi siempre los tres primeros, más uno o dos de los siguientes. Es decir, en primer lugar, los bebés experimentan un estado de shock que luego torna en percepciones ofensivas a su psique que, poco a poco, va traduciéndose en pérdidas repentinas o progresivas de conciencia:

- Shock inductor: sensación de susto, temor y agobio por la repentina aparición de sensaciones corporales de origen desconocido, así como sensación de pérdida de control debido al shock psicológico.
- Percepciones ofensivas dirigidas al propio yo: del tipo «lo estaba haciendo bien, podía haberlo hecho yo mismo.»
- Pérdida repentina o progresiva de conciencia, expresión (se van espaciando) y energía; pérdida de energía vital; sensación de que nos quitan energía.
- Pérdida repentina o progresiva del sentido de la orientación y dirección.
- Pérdida repentina o progresiva de control y de la sensación de poder, lo que se traduce en sensación de terror.
- Pérdida repentina o progresiva de las funciones físicas corporales y de conciencia; miedo a morir; motivación nula; escaso estado de conciencia.

El segundo aspecto del shock anestésico tiene que ver con el largo espacio de tiempo en que la anestesia permanece en el cuerpo de la madre y (en mucha mayor medida) en el cuerpo del bebé, con las correspondientes pérdidas de control y conciencia, lo cual viene a reforzar el shock postnatal. El tercer aspecto está relacionado con las propias respuestas de la madre a la anestesia. Si se diera el caso de que la madre sufriera un shock como consecuencia directa de la administración de anestésicos (por reacción alérgica, falta de preparación, falta de autorización o simplemente debido a los cambios corporales que se producen normalmente cuando se administra la anestesia), dicho shock pasaría automáticamente al bebé. De hecho, cuando la madre entra en estado de shock (cualquiera que sea el motivo), el estado neurofisiológico de la madre se transmite al bebé a través de la placenta.

A continuación se presentan algunos casos de shock por anestesia y cuatro tipos de conclusiones.

En general, la recapitulación directa de casos de shock por anestesia se suele realizar a través de situaciones en las que se dan cambios inesperados y/o repentinos en nuestro entorno (terremotos, incendios, tormentas), hechos inesperados y/o repentinos (accidente de tráfico, enfermedad, divorcio, pérdida de empleo, muerte) y también cuando surgen cambios emocionales (de tipo sexual, relacionados con una actividad deportiva que se desarrolle, etc.) Si inducimos al bebé al repentino influjo de la anestesia durante el parto, luego van a ser personas con tendencia a quedarse en estado de shock ante cualquier acontecimiento que surja en su vida. Por ejemplo, una persona [durante una sesión de recapitulación directa] que quedó en estado de shock como consecuencia de la anestesia, se sentía aterrorizada y fuera de control, no podía liberarse de esa sensación; fue perdiendo progresivamente la

energía a causa del tipo de nacimiento y sentía que iba a morir [estas sensaciones pertenecían a su nacimiento, revividas a través de la recapitulación*] En su vida cotidiana, esta persona experimentaba cada una de sus nuevas relaciones de la misma manera: se sentía sobrepasado ante nuevas relaciones; no podía mantenerse al margen de sus nuevas relaciones (anestesia); también tenía la sensación de que las relaciones acontecían demasiado rápido, lo que hacía que no las pudiera vivir conscientemente (mostrando un comportamiento «fuera de lugar.») Cuando entraba en estado de shock sentía que comenzaba a perder energía y sentía como si se fuera a morir. Cuando resolvió su trauma respecto de la anestesia, logró librarse de los ataques de shock y mantener una relación normal. En otra ocasión, trabajé con una persona que manifestaba todos los tipos de shock de la siguiente manera: por ejemplo, cuando su pareja cambiaba de opinión súbitamente (era muy impulsiva e impredecible), él comenzaba a experimentar los síntomas del estado de shock, y sentía las palabras de ella como un insulto. Luego tenía la sensación de que ella intentaba aniquilarlo y perdía la conciencia, la energía y la orientación (dejaba de saber lo que quería hacer y porqué.) Perdía todo sentido de control o poder y, en alguna ocasión (si a ella se le ocurrían muchos cambios de planes o perspectivas) se desmayaba, perdía la conciencia. Esta persona padecía traumas graves como consecuencia de la anestesia; sin embargo, una vez hubo recibido el tratamiento adecuado, apenas surgían en él sensaciones de sorpresa y curiosidad cuando su pareja cambiaba de idea o quería reafirmarse ante él. Aquellas personas que utilizan la recapitulación de evitación (dentro del tipo de eliminación) tienden, en general, a evitar cambios repentinos e inesperados, manifestando en el inconsciente ese miedo a perder la atención y el control y las demás experiencias asociadas al shock anestésico. Debido a ello, a menudo presentan con tenacidad una gran capacidad de atención, anticipando posibles cambios o problemas antes de que éstos ocurran, y mostrando un buen sentido de la orientación; también, por ejemplo, son capaces de mantener intactos sus niveles energéticos, etc. De igual manera, entre sus sentimientos prevalece una especial aversión hacia todo aquello que pudiera cambiar su estado corporal interno (cosas como el alcohol, las drogas, comidas de otros países, bacterias, virus, etc.), en particular las sustancias que producen efectos similares a la anestesia (tranquilizantes u otras sustancias que actúan reduciendo el nivel energético). Un ejemplo que puede ilustrar este tipo de consecuencias es el modelo de aquel científico en su laboratorio dedicado a controlar variables, de forma que nunca sucede nada inesperado. Vivía una vida regida por un estricto horario y comiendo únicamente alimentos que no afectaran su sistema sensorial. La gente que experimenta la recapitulación de evitación sigue el modelo de recapitulación de identificación, y son personas que tienden a imponer a otros su propio shock anestésico. Un buen ejemplo se referiría al sargento que dentro del ejército consigue que otros se paralicen de miedo. Lo que está haciendo es revivir su experiencia con la anestesia utilizando para ello su propia personalidad con el fin de provocar un estado de perturbación

en otros similar al que él padeció en su momento debido al efecto de la anestesia. Aquellas personas que pasan por un proceso de recapitulación de enfrentamiento reviven el caso típico de confrontación con las fuerzas que actuaron como inductoras de su trauma personal. Recuerdo el caso de una enfermera que presentaba todos los síntomas de este tipo de recapitulación: recibió los efectos de la anestesia durante su nacimiento, a consecuencia de lo cual perdió la conciencia. De mayor se convirtió en una experta en técnicas y métodos para elevar el grado de conciencia. Enseñaba a sus alumnos a permanecer conscientes en situaciones de máximo estrés y en momentos difíciles de la vida. También estaba involucrada en asuntos relacionados con el nacimiento sin medicación; enseñaba al personal médico a establecer un mejor contacto con sus energías vitales, de manera que fueran capaces de evitar terminar «quemados» en su profesión. Para ella, este «queme» profesional se refería a un bloqueo, a un «no estar en contacto», al estado en el que se pone un médico ante su paciente.

Complejo de invasión/control: no deja de ser corriente entre las personas que han nacido bajo los efectos de la anestesia el hecho de experimentar dos o tres de los efectos negativos de la anestesia con una intensidad considerable. También, no obstante, la gente padece todas las consecuencias con unos niveles de intensidad considerados como traumáticos. Podemos decir, en general, que a un mayor número de efectos le corresponde un nivel de trauma más profundo. Cada uno de los efectos de la anestesia forma parte de lo que se denomina *complejo de invasión/control*, ya que la utilización de la anestesia nos hace sentir invadidos y controlados (exceptuando los casos en los que se utilizan dosis menores o analgésicos suaves, los cuales provocan unos efectos traumáticos no tan intensos). Hay que tener en cuenta que cuando se da el caso de nacimientos complicados, los efectos considerados más traumáticos actúan sobre el bebé en menor grado (esto se puede aplicar a todas las intervenciones obstétricas.) Esta atenuación del trauma se manifiesta de esta manera porque el bebé siente que lo han ayudado, le han salvado la vida, en lugar de percibir que lo han invadido o controlado (a pesar de quedar como impresiones inconscientes a niveles menos intensos y destructivos). Además, cada una de las características que se dan en el proceso en cadena de interrupción-control se pueden recapitular por separado. Pongamos por ejemplo el caso de una persona que sintió la interrupción hasta un nivel traumático; luego se vio afectada por la interferencia, la invasión y, al final, se sintió totalmente controlada por los procedimientos normales que se dan en una cesárea. Así, a lo largo de su vida, recapitulaba directamente el trauma de la interferencia relacionándolo con su esposa; el trauma de la interrupción, con su secretaria; el trauma de la invasión, fumando; y el trauma del control, a través del abuso de ciertas sustancias. En general, cuando una persona entra en un proceso de recapitulación directa de sus experiencias con la anestesia, en ocasiones se relacionan con el abuso de determinadas sustancias, especialmente aquellas que producen los mismos efectos de la anestesia a la que estuvo sometida

durante el nacimiento. Resultó que el tratamiento al que había estado sometido para su problema de abuso de sustancias tóxicas fue inconsecuente e inefectivo hasta que inició la terapia de regresión y descubrió que el Pitocín y la anestesia constituían la base de su problema con las drogas. También hay que decir que su rehabilitación no hubiera sido posible sin la resolución de ciertas experiencias traumáticas de su infancia y la ayuda de Alcohólicos Anónimos. La sensación de «sentirme completamente controlado» se tiende a recapitular directamente por gente que, de manera inconsciente, elige relaciones en las que se sienten controlados, relaciones en las que experimentan (en la sombra) ciertos aspectos del trauma de la anestesia como pueden ser ansiedad, pérdida de poder, resentimiento, enfado y deseo de defenderse y/o escapar. En algunos casos, la recapitulación directa del sentimiento de control está relacionada con el consumo de drogas, aunque en otros, no. Pongamos un ejemplo de recapitulación directa de control donde no intervienen las drogas: una mujer que se encontraba absolutamente apoderada por las drogas que le suministraba y/o administraba su marido, quien se servía de ello para tenerla bajo control; al mismo tiempo, su marido estaba inmerso en un proceso de recapitulación de evitación (tipo-i) porque era quien instigaba el control a través de las drogas, aunque él no las consumía. Aquellas personas que evitan situaciones que requieren control externo son gente que inician, inconscientemente, un proceso de recapitulación de evitación. Algunos ejemplos de recapitulación de evitación son personas que viven en comunidades alternativas (que deciden vivir sin referencias estructurales ni normas), integrantes de bandas callejeras, gente perteneciente a grupos, trabajadores autónomos, etc. Por otro lado, tenemos, entre los recapituladores de enfrentamiento, por ejemplo, a gente que se dedica a luchar contra las drogas. Los complejos de invasión/control son, del mismo modo, objeto de otro tipo de recapitulación; por ejemplo, los recapituladores de evitación (tipo-e) son personas que actúan con firmeza a la hora de mantenerse al margen de las drogas y, en ocasiones, también se apartan de situaciones en las que puede haber drogas legales (aditivos alimentarios y medicamentos). Yo he trabajado con muchas personas que eligen la pauta de comida sana porque no contiene ningún tipo de aditivo ni producto químico, y también con gente relacionada con la medicina alternativa; estos últimos, inconscientemente, se encuentran en un lugar en el que evitan cualquier tipo de droga. A menudo me formulan la siguiente pregunta: ¿el tipo-e de recapitulación es un proceso de autocuración? Y mi respuesta es un rotundo «sí». Cuando la gente se mete a desarrollar y/o ejercer poder sobre ciertas fuerzas (simbólicas) que resultan

ser el origen de los traumas que padecen, se da cierto grado de curación, además de convertirse en un buen elemento disuasor de algunos niveles de shock. Por contra, existen otros muchos aspectos del trauma que no se pueden tratar. A este respecto debo añadir que la mayoría de los efectos traumáticos de la anestesia pueden (y de hecho lo son) ser recapitulados. Por ejemplo, si el control es el principal efecto, va a haber muchas posibilidades de ser recapitulado. Si, por ejemplo, destacan el control y la invasión, es muy posible que ambos puedan ser recapitulados.

BIBLIOGRAFÍA

- Ainsworth, M. In Konner, Melvin: *Childhood*, Bstom, Little, Brown & Co. 1991, p.90-91
- Bloch, G.: *Body & Self: Elements of Human Biology, Behavior and Health*. Los Altos, Ca., William Kaufmann, 1985
- Castellino, R. *Cesarean Section Trauma, Impact and Treatment*. Santa Barbara, Ca. (1105 N. Ontare, 93105), 1996
- Chamberlain, D.B. *The Significance of Birth Memories*. Pre and Perinatal Psychology Journal, 2,136-154
- Chamberlain, D.B.: *Toward a Developmental Nosology Based on Attachment Theory*. Pre and Perinatal Psychology Journal 3(1): 5-24. 1988
- Chamberlain, D.B. *Babies Remember Birth: And Other Extraordinary Scientific Discoveries About the Mind and Personality of Your Newborn*. Jeremy P. Tarcher. 1988
- Chamberlain, D.B.: *The Adventure of Self-Discovery*. State University of New York Press. 1988
- Chamberlain, D.B.: *The Outer Limits of Memory*. Noetic Sciences Review. 1990
- Cheek, D.B.: *Sequential Head and Shoulder Movements Appearing with Age Regression in Hypnosis to Birth*. American Journal of Clinical Hypnosis 16 (4): 261-66. 1974
- Davis-Floyd, R.: *Birth as an American Rite of Passage*. Berkely, Univ. of California Press. 1992
- Emerson, W y Schorr-Kon, S.: *Somatotropic Therapy*. In Innovative Therapy, London, Open University Press. 1993
- Emerson, W.: *What is Birth Trauma? An Introductory Video Script*. Petaluma, Emerson Training Seminars (4940 Bodega Ave., Petaluma, Ca. 94952). 1995
- Emerson, W.: *Somatic Birth Simulation*. Petaluma, Emerson Training Seminars. 1996a
- Emerson, W.: *The Physical and Psychological Impacts of Obstetrical Interventions*. Petaluma, Emerson Training Seminars. 1996c
- Farrant, G.: *Cellular Consciousness*. Aesthema (Journal of the International Primal Association) 7: 28-39. 1986
- Feher, L.: *The Psychology of Birth: Foundation of Human Personality*. Souvenir Press. 1980
- Fodor, N.: *The Search for the Beloved: A Clinical Investigation of the Trauma of Birth and Prenatal Condition*. Hermitage Press. 1949
- Gerber, M.: *The Psychomotor Development of African Children in the First Year and the Influence of Maternal Behavior*. Journal of Social Psychology, 1958
- Goer, H.: *Obstetric Myths versus Research Realities*. Westport, Bergin & Garvey. 1995
- Goodfield, B.: *Psychophysiological Energy*. San Diego, International University Library. 1976
- Grof, S.: *LSD Psychotherapy*. New York, Hunter House. 1979
- Grof, S.: *The Adventure of Self Discovery*. State University of New York Press. 1988
- Haire, D.: *The Cultural Warping of Childbirth*. Minneapolis: International Childbirth Education Association. 1972:7
- Hendricks, G. & K. Hendricks: *Techniques for Dealing with Prenatal and Perinatal Issues in Therapy: A Bodymind Approach*. Pre and Perinatal Psychology Journal 1 (3): 230-38. 1987
- Irving, M.: *Natalistic Therapy: Working with Birth and Prenatal Issues Through Art*. Cincinnati, Union Graduate School Library. 1995
- Janov, A.: *The Primal Scream: Primal Therapy, The Cure for Neurosis*. Putnam. 1970
- Janov, A.: *Imprints: The Lifelong Effects of the Birth Experience*. New York, Coward-McCann. 1983
- Kitzinger, S.: *The Crying Baby*. New York, Penguin Books. 1990
- Klaus, M. & Kennell, I.: *Maternal-Infant Bonding*. St. Louis, Mosby. 1976
- Kohen, Nancy W.: *Silent Knife*. New York, Bergin & Garvey. 1983
- Kohen, Nancy W.: *Open Season*. New York, Bergin & Garvey. 1991
- Laibow, R.E.: *Birth Recall: A Clinical Report*. Pre and Perinatal Psychology Journal 1 (1): 78-81. 1986
- LeBoyer, F.: *Birth without Violence*. New York, Alfred A. Knopf. 1975
- LeCron, L.M.: *The Uncovering of Early Memories by Ideomotor Responses to Questioning*. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis 11 (3): 137-42. 1963
- Magid, K. & McKevelly, A.: *High Risk: Children Without a Conscience*. Toronto, Bantam Books. 1987
- Marcher, L., Bentzen, M. & Iorgensen, S.: *The Bodydynamic Character Structure Model. Energy and Character*. Vol. 20, # 1, 1989
- Menzani, C.: *An Authentic Birth: Pre and Perinatal Issues in Authentic Movement*. Boulder (Colorado), Naropa Institute. 1996
- Mitford, J.: *The American Way of Birth*. New York, Plume. 1993
- Noble, E.: *Primal Connections: How our experiences from conception to birth influence our emotions, behavior, and health*. New York, Simon Schuster. 1993
- Nyberg, Allebeck, Eklund y Jacobson: *Drug Addiction*. British Journal of Addiction. 87, pp. 1669-76. 1992
- Peerbolte, M.: *Psychic Energy*. Wassenaar, Service Publisher. 1975
- Rank, O.: *The Trauma of Birth*. Harcourt Brace. 1929
- Rochas, A.: *Les vies successives: Documents pour l'étude de cette question*. Chacornac Freres. 1911
- Shanley, L.: *Unassisted Childbirth*. New York, Bergin & Garvey. 1994
- Verny, T.R.: *Obstetrical Procedures: A Critical Examination of Their Effects on Pregnant Women and Their Unborn and Newborn Children*. Pre and Perinatal Psychology Journal, 7, Winter 1992, pp. 101-12
- Webster's Encyclopedic Unabridged Dictionary of the English Language. New York, Gramercy Books. 1989
- Winde, W.F.: *Brain Damage by Asphyxia*. Scientific American, October 1969, pp. 76-84

* nota del traductor

El Doctor William R. Emerson dirige talleres vivenciales, es escritor, conferenciante y pionero en el campo de la psicología pre y perinatal. Fue una de las primeras personas en el mundo en desarrollar un método de tratamiento pre y perinatal para bebés y niños/as; es un renombrado experto en métodos de tratamiento para adultos, y reconocido mundialmente por su trabajo. Es autor de seis libros, cinco propios y uno como coautor (*Remembering Our Home*), además de haber publicado quince artículos sobre psicología pre y perinatal. También ha escrito y producido cuatro programas de video. Estudió en las Universidades de Vanderbilt y San José. En la Universidad ha ostentado los cargos de Profesor Honorario, Director Clínico, Conferenciante internacional y Profesor de Psicología. Por su contribución a la Psicología, ha recibido un premio honorario del Instituto Nacional de Salud Mental de EE.UU. El Dr. Emerson ha practicado la psicoterapia durante veinticinco años, especializándose en terapia primal y de regresión; además, ha dado conferencias sobre este tema tanto en EE.UU. como en el resto del mundo. Actualmente está retirado de la práctica de la psicoterapia y se encuentra escribiendo un nuevo libro titulado *Shock and Spirituality*; también continúa con sus talleres en EE.UU., Canadá y Europa.