

**EL PROCESO DE MADURACION EN EL NIÑO.** «EL TEMA PRINCIPAL DE ESTA OBRA ES TRASLADAR A LA INFANCIA LA APLICACION DE LAS TEORIAS DE FREUD. FREUD NOS ENSEÑO QUE LA PSICONEUROSIS TIENE SU ORIGEN EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES DE LA PRIMERA MADUREZ, CORRESPONDIENTE A LA EDAD EN QUE DAMOS LOS PRIMEROS PASOS. YO HE INTERVENIDO EN LA EXPLORACION DE LA IDEA SEGUN LA CUAL LOS TRASTORNOS MENTALES HOSPITALIZABLES ESTAN RELACIONADOS CON FALLOS DEL DESARROLLO EN LA INFANCIA. ASI, LA ENFERMEDAD ESQUIZOFRENICA APARECE COMO EL NEGATIVO DE CIERTOS PROCESOS SUSCEPTIBLES DE SER SEGUIDOS CON DETALLE EN FORMA DE PROCESOS POSITIVOS DE MADURACION EN LA INFANCIA Y PRINCIPIOS DE LA NIÑEZ DEL INDIVIDUO.

«LA DEPENDENCIA DE LA PRIMERA INFANCIA ES UN HECHO, Y EN ESTE TRABAJO HE TRATADO DE INTRODUCIR LA DEPENDENCIA EN LA TEORIA DEL CRECIMIENTO DE LA PERSONALIDAD. LA PSICOLOGIA DEL EGO SOLO TIENE SENTIDO SI SE APOYA FIRMEMENTE EN EL HECHO DE LA DEPENDENCIA, EN EL ESTUDIO DE LA INFANCIA Y EN EL ESTUDIO DE LOS PRIMITIVOS MECANISMOS MENTALES Y PROCESOS PSIQUICOS.»  
(D.W. WINNICOTT).



**PSIQUIATRIA**  
**PAPEL 451/EDITORIAL LAIA**

## **EL PROCESO DE MADURACION EN EL NIÑO**

ESTUDIOS PARA UNA TEORIA DEL DESARROLLO  
EMOCIONAL

**D.W. WINNICOTT**



PSIQUIATRIA / PAPEL 451 / EDITORIAL LAIA

D. W. Winnicott

# El proceso de maduración en el niño

(Estudios para una teoría  
del desarrollo emocional)

*El doctor Donald Woods Winnicott es, desde 1926, uno de los más notables psicoanalistas dedicados al estudio de la problemática infantil. Entre sus obras destacaremos: Clinical Notes on Disorders of Childhood (1931), The Child and the Family: First Relationships (1957), The Child and the Outside World: Studies in Developing Relationships (1957), Collected Papers: Through Paediatrics to Psycho-Analysis (1958), The Child, the Family, and the Outside World (1964), The Family and Individual Development (1964). El doctor Winnicott extrae de su fecunda experiencia hospitalaria los elementos susceptibles de ayudar a comprender en su conjunto la problemática del desarrollo emocional infantil.*

editorial laia/barcelona

La edición original inglesa fue publicada por The Hogarth Press and the Institute of Psycho-analysis, de Londres, en la colección «The International Psycho-analytical Library», con el título *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*

## Nota preliminar

En este volumen se reúnen los escritos preparados por el doctor Winnicott, durante el período 1957-1963, sobre el psicoanálisis y el desarrollo del niño. Esta serie de escritos, que comprende trabajos ya editados e inéditos, complementa los que fueron publicados bajo el título *Collected papers: Through Paediatrics to Psycho-Analysis*, Tavistock Publications, Londres, 1958.

Al final del libro hay dos bibliografías. La primera incluye todos los libros y escritos a los que se hace referencia en el texto. La segunda es una relación de los escritos del doctor Winnicott desde 1926 hasta 1964.

Con el fin de que el texto no se vea sobrecargado por un exceso de referencias y notas, la interrelación existente entre los diversos temas y conceptos tratados por el doctor Winnicott se señala en el índice final. Asimismo, los temas principales se desglosan en subcategorías que en el índice se enumeran de tal manera que para el lector será fácil hallar las implicaciones y connotaciones diversas que correspondan a una idea determinada. Los conceptos básicos de Freud se indican en relación con los comentarios que sobre ellos realiza el doctor Winnicott. A menudo el doctor Winnicott toma un concepto freudiano como marco de referencia de sus comentarios, pero sin tratarlo independientemente. Es nuestro propósito completar esta labor señalando los nexos existentes entre las ideas del doctor Winnicott y las de Freud.

M. MASUD R. KHAN  
Associate Editor

© Mrs. D. W. Winnicott, 1965

Versión castellana de Jordi Beltrán

Primera edición castellana: abril, 1975

Segunda edición: diciembre, 1979

Tercera edición: abril, 1981

Diseño y realización de la cubierta: Enric Satué

© de la presente edición (incluida la traducción y el diseño de la cubierta):

Editorial Laia, S. A., Constitución, 18-20, Barcelona-14

Impreso en Romanya/Valls, Verdaguer, 1 - Capellades (Barcelona)

Depósito legal: B. 9.937 - 1981

ISBN: 84-7222-481-3

Printed in Spain — Impreso en España

## Introducción

El tema principal de la presente recopilación de escritos es el trasladar a la infancia la aplicación de las teorías de Freud. Freud nos enseñó que la psiconeurosis tiene su punto de origen en las relaciones interpersonales de la primera madurez, correspondiente a la edad en que damos los primeros pasos. Yo he intervenido en la exploración de la idea según la cual los trastornos mentales hospitalizables están relacionados con fallos del desarrollo en la infancia. Así, la enfermedad esquizofrénica aparece como el *negativo* de ciertos procesos susceptibles de ser seguidos con detalle en forma de procesos *positivos* de maduración en la infancia y principios de la niñez del individuo.

La dependencia en la primera infancia es un hecho, y en estos escritos he tratado de introducir la dependencia en la teoría del crecimiento de la personalidad. La psicología del ego sólo tiene sentido si se apoya firmemente en el hecho de la dependencia, en el estudio de la infancia y en el estudio de los primitivos mecanismos mentales y procesos psíquicos.

El inicio de la aparición del ego entraña al principio una dependencia casi absoluta con respecto al apoyo del ego que facilita la figura materna, así como su fallo de adaptación cuidadosamente graduado. Esto forma parte de lo que yo he llamado «maternalización satisfactoria»; de esta manera, el medio ambiente ocupa su lugar propio entre los demás rasgos esenciales de la dependencia, dentro de cuyo marco el niño se desarrolla y utiliza mecanismos mentales primitivos.

Uno de los aspectos de la obstaculización de la aparición del ego a causa de un fallo ambiental lo constituye la disociación que se observa en los «casos límite» en términos de un ser falso y un ser verdadero. Este tema lo he desarrollado a mi manera, observando elementos representativos de tal disociación en personas sanas y en un vivir igualmente sano (el ser particular reservado para las intimidades, y el

ser público adaptado para la socialización), así como examinando la patología de este trastorno. En el extremo representado por la enfermedad, veo el ser verdadero como algo en potencia, oculto y protegido por el ser falso y sumiso, que más adelante pasa a ser una organización defensiva basada en las diversas funciones del aparato del ego y en las técnicas de autocuidado del ser. Esto está relacionado con el concepto del ser observador.

Como continuación a la idea de independencia absoluta en la primera infancia, propongo una nueva forma de enfocar la clasificación. Mi propósito en este sentido no es tanto el de etiquetar los tipos de personalidad, como el de promover la meditación e investigación de aquellos aspectos de la técnica psicoanalítica que se refieran a la satisfacción de la necesidad del paciente en términos de dependencia dentro de la relación y situación analíticas.

Se comenta también el origen de la tendencia antisocial, postulándose que la misma consiste en una reacción ante la pérdida, en vez de ser el resultado de la privación; así la tendencia antisocial es propia de la fase de dependencia relativa (no absoluta). Este punto de origen de la tendencia antisocial en el desarrollo del niño puede darse incluso durante el período de latencia, etapa en la que el ego del niño goza ya de autonomía y, por consiguiente, el niño puede resultar traumatizado en vez de deformado con respecto a la funcionalidad del ego.

Como corolario a todo esto, se considera que los trastornos de índole más psicótica se hallan estrechamente relacionados con los factores ambientales, mientras que la psiconeurosis es en esencia más natural, resultado de algún conflicto personal, y no debe ser evitada mediante una crianza satisfactoria. Se comenta también de qué manera es en el tratamiento de los casos límite donde cabe aplicar en la práctica estas nuevas consideraciones, y de hecho tales tratamientos proveen los datos más exactos y valiosos para la comprensión de la infancia y del niño en estado de dependencia.

## Nota de agradecimiento

Ante todo quisiera reconocer lo que debo a mis colegas psicoanalistas. Me he formado como miembro de este grupo y, después de tantos años de interrelaciones, me resulta imposible distinguir entre lo que he aprendido y lo que he aportado. En cierta medida, los escritos de cualquiera de nosotros son forzosamente una copia. Sin embargo, no creo que se nos pueda acusar de plagarios. Nuestra labor consiste en trabajar y observar, reflexionar y descubrir, aunque a veces pueda demostrarse que hemos descubierto lo que ya había sido descubierto por otros.

Me ha sido de gran utilidad viajar por el extranjero y discutir mis ideas con los que trabajan en un marco analítico, psiquiátrico, pediátrico o educativo, así como en grupos sociales distintos de los que hay en Londres.

Deseo dar las gracias a mi secretaria, la señora Joyce Coles, cuyo meticuloso trabajo ha sido un valioso aporte para la elaboración de cada uno de estos escritos. Doy también las gracias a la señorita Ann Hutchinson, que se ha encargado de prepararlos con vistas a su publicación.

Finalmente, agradezco al señor Masud Khan el estímulo que ha hecho posible la publicación del presente libro. El señor Khan ha dedicado gran parte de su tiempo a la corrección y preparación de los textos para su publicación, haciendo asimismo un gran número de valiosas sugerencias, la mayoría de las cuales yo he aceptado. Al señor Khan se debe que me haya ido dando cuenta de la relación entre mi trabajo y el de otros analistas, así coetáneos como anteriores. Le agradezco muy en especial la preparación del índice.

D. W. WINNICOTT

PRIMERA PARTE

Escritos sobre el desarrollo

## Capítulo primero

# El psicoanálisis y el sentimiento de culpabilidad<sup>1</sup> (1958)

En esta conferencia no iré más allá de la afirmación que hizo Burke, hace doscientos años, en el sentido de que la culpabilidad reside en la intención. Sin embargo, he de hacer notar que las ideas intuitivas de los hombres ilustres, e incluso las elucubraciones de poetas y filósofos, carecen de aplicabilidad clínica. El psicoanálisis ha puesto ya al alcance de la sociología y de la terapia individual muchos elementos que hasta la fecha quedaban enterrados en afirmaciones como la de Burke.

El psicoanalista aborda el tema de la culpabilidad como cabe esperar de quien está acostumbrado a pensar en términos de crecimiento, de evolución del individuo humano, del individuo en cuanto persona y en relación con el medio que lo rodea. Para el analista, el estudio del sentimiento de culpabilidad entraña igualmente el estudio del desarrollo emocional del individuo. Por lo general, el sentimiento de culpabilidad se considera el resultado de las enseñanzas religiosas o morales. En el presente trabajo trataré de estudiar este sentimiento no como algo que debe inculcarse en el individuo, sino como algo que forma parte, que es un aspecto más de su desarrollo. Las influencias culturales son sin duda importantes, de una importancia vital, pero lo cierto es que es-

1. Conferencia perteneciente a un ciclo de disertaciones pronunciadas como parte de los actos organizados para conmemorar el centenario del nacimiento de Freud. Fue dada en Friend's House, en abril de 1956, y publicada por primera vez en *Psycho-Analysis and Contemporary Thought*, ed. J. D. Sutherland, Londres, Hogarth, 1958.

tas influencias pueden considerarse como un conjunto integrado por numerosas pautas personales o individuales. Dicho de otro modo, la clave de la psicología social y colectiva (o de grupo) la constituye la psicología del individuo. Los que opinan que la moralidad es una disciplina que debe inculcarse educan a los niños de acuerdo con este principio, con lo cual se privan a sí mismos de la satisfacción que produce ver como el sentido de la moralidad se desarrolla en los niños de un modo natural, dentro de un marco positivo que les es dado de forma personal e individual.

No creo necesario examinar los distintos tipos de temperamento humano. A decir verdad, no tenemos pruebas concluyentes de que existan individuos cuya naturaleza impida el desarrollo de un sentido propio de la moralidad (dejando aparte, claro está, los casos de deficiencias mentales). Por el contrario, lo que sí nos es dado constatar es la existencia de individuos en los que dicho sentido se ha desarrollado con mayor o menor plenitud. Así, pues, intentaré explicar estas variaciones. Sin duda alguna hay niños y adultos cuyo sentimiento de culpabilidad es deficiente, sin que ello esté específicamente relacionado con ninguna incapacidad o capacidad intelectual.

Mi tarea resultará más fácil dividiendo el examen del problema en tres partes principales:

1. El sentimiento de culpabilidad en aquellos individuos en los que se ha desarrollado la capacidad de experimentar dicho sentimiento.
2. El sentimiento de culpabilidad en el punto de partida del desarrollo emocional del individuo.
3. El sentimiento de culpabilidad como rasgo que, en algunos individuos, se hace conspicuo por su ausencia.

Finalmente haré referencia a la pérdida y recuperación de la capacidad de experimentar el sentimiento de culpabilidad.

### 1. Casos en los que cabe dar por existente la capacidad de experimentar culpabilidad

¿Cómo aparece el concepto de culpabilidad en la teoría psicoanalítica? Creo que no me equivoco al decir que los primeros trabajos que Freud dedicó a este tema se referían a las vicisitudes del sentimiento de culpabilidad en aquellos individuos en los que cabía dar por sentada la existencia de una

capacidad para sentir culpa. Así, pues, hablaré del concepto que tenía Freud en relación con el significado de la culpabilidad para el inconsciente normal o «sano», y hablaré también de lo que dijo sobre la psicopatología del sentimiento de culpabilidad.

Freud nos demuestra en qué medida es cierto que la culpabilidad reside en la intención, en una intención inconsciente. Así, el sentimiento de culpabilidad no es el resultado del crimen, sino todo lo contrario: el crimen es el resultado de la culpabilidad, de una culpabilidad que es propia de la intención criminal. Sólo desde el punto de vista legal podemos hablar de culpabilidad refiriéndonos a un crimen; cuando se trata de una culpabilidad moral nos referimos a una realidad interna. Freud fue capaz de dar sentido a esta paradoja. Al formular sus primeras teorías, Freud hablaba del id (o *ello*), refiriéndose a las pulsiones o impulsos instintivos, y del ego (o *yo*), refiriéndose a aquella parte del ser que guarda relación con el medio ambiente. El ego se encarga de modificar el medio ambiente o entorno con el fin de dar satisfacción al id, al mismo tiempo que reprime los impulsos del id con el fin de sacar el máximo provecho de lo que ofrece el entorno, igualmente para satisfacción del id. Más adelante, en 1923, Freud acuñó el término superego (o *superyó*) con el objeto de denominar aquellos elementos de los que el ego se vale para controlar al id.

Vemos, pues, que Freud aborda la naturaleza humana en términos económicos, simplificando deliberadamente el problema con el propósito de dar fundamento a una formulación teórica. Todos sus trabajos en este sentido se basan en un determinismo implícito, en el supuesto de que la naturaleza humana puede examinarse objetivamente y que se halla sujeta a las mismas leyes que la física. Planteado en términos de ego-id, el sentimiento de culpabilidad es muy poco más que una *angustia con una cualidad especial*, una angustia producida por el conflicto entre el amor y el odio. El sentimiento de culpabilidad entrafía la tolerancia de la ambivalencia. No resulta difícil admitir como cierta la estrecha relación existente entre la culpabilidad y el conflicto personal producido por la coincidencia de unos sentimientos de odio y amor, pero Freud supo investigar este conflicto hasta sus mismas raíces, demostrando que los dos sentimientos están relacionados con la vida instintiva. Como es bien sabido, al analizar pacientes adultos (de tipo más bien neurótico que psicótico) Freud se encontraba con frecuencia con que sus exploraciones se remontaban hasta la primera infancia del pa-



ciente, marcada por una angustia intolerable y por el conflicto amor-odio. Simplificando al máximo los términos del complejo de Edipo, diremos que en tales casos un niño *mentalmente sano* establecía con su madre una relación en la que el instinto se hallaba implicado y en la que los sueños presentaban una relación amorosa con respecto a la madre. Ello llevaba al sueño de la muerte del padre, lo que a su vez producía el temor al padre y a que éste destruyese el potencial instintivo del hijo. Se trata del llamado «complejo de castración». Simultáneamente, existían los sentimientos de amor y respeto que el niño sentía hacia su padre. Se producía entonces un conflicto entre las dos facetas de la naturaleza del niño: la que lo impulsaba a odiar a su padre y desear dañarlo y, por el contrario, la que lo hacía amarlo, conflicto que se traducía en un sentimiento de culpabilidad. La misma existencia de tal sentimiento entrañaba que el niño era capaz de tolerar dicho conflicto que, de hecho, es inherente a toda vida sana.

Todo esto resulta fácil de comprender; sin embargo, sucede que sólo gracias a Freud se ha reconocido que, en circunstancias normales, la angustia y la culpabilidad tienen su punto culminante en un período determinado; es decir, se producen dentro de un marco de vital importancia: el niño pequeño, con sus instintos biológicamente determinados, que vive en familia y experimenta su primera relación triangular. He de hacer notar que he simplificado a propósito el planteamiento de lo que acabo de decir, y que no pienso tratar ahora del complejo de Edipo en su manifestación a través de las relaciones entre parientes cercanos, ni tampoco hablaré de su sustitución en el caso de los niños criados lejos de sus padres o en una institución.

En las primeras manifestaciones psicoanalíticas son escasas las referencias al elemento destructivo presente en el impulso amoroso, y lo mismo sucede con respecto a la agresividad, que sólo dentro de la normalidad queda plenamente integrada en lo erótico. A la larga fue necesario incorporar todo esto a la teoría del origen de la culpabilidad; de ello hablaré más adelante. En la primera etapa, la culpabilidad nace del choque entre el amor y el odio, choque que se hace inevitable si en la acción de amar se incluye el elemento instintivo que le es propio. El prototipo cobra realidad en la edad en que se dan los primeros pasos.

En el ejercicio de su profesión, todo psicoanalista se familiariza con la sustitución de los síntomas por el desarrollo normal de los mismos: la aparición del sentimiento de culpa-

bilidad y una mayor conciencia y aceptación del contenido de la fantasía que hacen lógico el sentimiento en cuestión. ¡Cuán ilógico parece a veces el sentimiento de culpabilidad! En *Anatomy of Melancholy*, de Burton, hay una buena colección de casos clínicos que ilustran los aspectos absurdos del sentimiento de culpabilidad. En un análisis prolongado y profundo del paciente, éste se siente culpable de cualquier cosa, incluso de algunos factores adversos presentes en su primer medio ambiente que, en rigor, son fácilmente discernibles como fenómenos fortuitos. He aquí un ejemplo sencillo:

Un niño de ocho años presentaba crecientes síntomas de angustia hasta que acabó por escaparse de la escuela. Se comprobó que padecía de un insoportable sentimiento de culpabilidad debido a la muerte de un hermano, hecho *caecido con anterioridad al nacimiento del niño en cuestión*. Hacía poco que había oído hablar de ello, sin que los padres sospechasen que la noticia lo había trastornado. En este caso no hizo falta someter al muchacho a un prolongado análisis. Bastaron unas cuantas sesiones terapéuticas para que el niño se diese cuenta de que la terrible angustia que le producía aquella muerte no era más que un desplazamiento del complejo de Edipo. Se trataba de un niño normal y, con un poco de ayuda, pronto pudo volver a la escuela y superar los demás síntomas.

### El superego

La introducción de esta nueva instancia de la personalidad, en 1923, constituyó un gran avance en la evolución, inevitablemente lenta, de la metapsicología psicoanalítica. El propio Freud fue el precursor en este campo y quien tuvo que soportar las críticas de un mundo que se sentía turbado ante la importancia que él concedía a la vida instintiva de los niños. Poco a poco, mediante la aplicación de las técnicas freudianas, otros investigadores fueron adquiriendo experiencia y, al introducir el término superego, Freud contaba ya con numerosos colegas. El propósito de Freud al presentar el nuevo término era indicar que el ego, al contender con el id, se valía de ciertas fuerzas a las que era conveniente dar un nombre propio. Paulatinamente, el niño iba adquiriendo nuevas fuerzas que incrementaban su capacidad controladora. Recurriendo otra vez a la simplificación del complejo de Edipo, diré que el niño realizaba una introyección de su respetado y temido padre y, por consiguiente, llevaba consigo unas fuerzas controladoras que se basaban en lo que él,

el niño, percibía y aprehendía del padre. Esta figura paterna introyectada resultaba sumamente subjetiva y se veía matizada por otras figuras paternas —ajenas al padre propiamente dicho— percibidas por el niño y por las pautas culturales de la familia. (La palabra introyección significa simplemente «aceptación mental y emocional»; carece, pues, de las implicaciones, más funcionales, que lleva consigo la palabra incorporación.) La existencia de un sentimiento de culpabilidad significa, por tanto, que el ego, por así decirlo, está llegando a un acuerdo con el superego: la angustia ha madurado hasta convertirse en culpabilidad.

El concepto de superego nos permite ver con claridad la proposición de que la génesis de la culpabilidad es cuestión de una realidad interior; es decir, que la culpabilidad reside en la intención. También aquí se halla la explicación más profunda del sentimiento de culpabilidad que produce la masturbación y las actividades autoeróticas en general. La masturbación no es ningún crimen de por sí, pero en el conjunto de la fantasía masturbatoria se reúne la totalidad de la intención consciente e inconsciente.

Partiendo de esta versión muy simplificada de la psicología del niño, el psicoanálisis pudo empezar el estudio del desarrollo del superego tanto en los niños como en las niñas, así como de las diferencias que indudablemente existen entre unos y otras en lo que se refiere a la formación del superego, las pautas de conciencia, y el desarrollo de la capacidad de sentir culpabilidad. El concepto del superego ha evolucionado considerablemente. La idea de la introyección de la figura paterna ha resultado excesivamente simplista. Existe una primera fase del superego en todo individuo: el objeto de introyección puede ser humano y parecerse al padre, pero, en fases anteriores, los objetos introyectados, que sirven para controlar los impulsos y productos del id, son infrahumanos y sumamente primitivos. Así, nos encontramos estudiando el sentimiento de culpabilidad de todo individuo, en la infancia y en la niñez, tal como evoluciona desde un temor tosco, poco matizado, hasta devenir en algo parecido a una relación con un ser humano objeto de reverencia, un ser capaz de comprender y perdonar. (Se ha dicho que existe cierto paralelismo entre la maduración del superego en el niño y la aparición del monoteísmo, según se describe en la historia del pueblo judío primitivo.)

En todo momento, mientras conceptualizamos los procesos que sirven de fundamento al sentimiento de culpabilidad, tenemos muy presente que este sentimiento, incluso cuando

es inconsciente y a primera vista irracional, denota cierto grado de desarrollo emocional, de salud del ego y de esperanza.

### *La psicopatología del sentimiento de culpabilidad*

Es frecuente encontrar personas que se hallan agobiadas, incluso reducidas a la impotencia, por un fuerte sentimiento de culpabilidad, que llevan sobre sus espaldas del mismo modo que Christian lleva su carga en *Pilgrim's Progress*.<sup>2</sup> Sabemos que se trata de personas que potencialmente son aptas para realizar un esfuerzo constructivo. A veces, cuando encuentran una oportunidad adecuada para llevar a cabo un trabajo constructivo, el sentimiento de culpabilidad deja de atosigarlas y realizan dicho trabajo excepcionalmente bien; sin embargo, la desaparición de la oportunidad puede provocar la reaparición del sentimiento de culpabilidad, que es intolerable e inexplicable. Nos encontramos ante un caso de anormalidades del superego. Al analizar con éxito a individuos que se hallan oprimidos por un sentimiento de culpabilidad, vemos que éste va disminuyendo de modo gradual, paralelamente a la disminución de la represión o al reconocimiento, por parte del paciente, del complejo de Edipo, con la consiguiente aceptación de la responsabilidad de todo el odio y amor que el mismo entraña. Ello no quiere decir que los pacientes pierdan su capacidad de experimentar un sentimiento de culpabilidad (salvo en aquellos casos en que se haya producido un falso desarrollo del superego basado, de forma anormal, en la intrusión de una fortísima influencia autoritaria proveniente del medio ambiente de los primeros años).

Podemos estudiar semejantes excesos del sentimiento de culpabilidad en individuos que pasan por normales y que, de hecho, a veces se encuentran entre los miembros más valiosos de la sociedad. Sin embargo, resulta más fácil examinar el problema atendiendo a lo que tiene de enfermedad. Las dos enfermedades que debemos estudiar a este respecto son la melancolía y la neurosis obsesiva. Hay una interrelación entre estas dos enfermedades, existiendo pacientes que pasan de la una a la otra.

2. *Pilgrim's Progress*: Obra de John Bunyan (1628-1688) en la que se describe en términos alegóricos el camino del alma hacia su salvación. (N. del T.)

En la neurosis obsesiva, el paciente se encuentra siempre tratando de arreglar algo, si bien para el observador, y tal vez para el mismo paciente, es evidente que no va a lograrlo. Sabemos que lady Macbeth no puede deshacer el pasado y alejarse de sus malas intenciones por el simple expediente de lavarse las manos. En la neurosis obsesiva se llega a veces a un ritual que se parece a la caricatura de una religión, como si el Dios de ésta estuviera muerto o temporalmente ausente. El pensamiento obsesivo se caracteriza a veces por el empeño en anular una idea por medio de otra, sin llegar a conseguirlo. Detrás de todo el proceso hay confusión y de nada sirven los esfuerzos que el paciente haga para poner orden, pues se trata de una confusión mantenida inconscientemente con el fin de ocultar algo muy sencillo: que en alguna esfera específica y desconocida por el paciente el odio es más fuerte que el amor.

Citaré el caso de una niña que no podía ir a la playa porque entre las olas veía a alguien que gritaba pidiendo auxilio. Un intolerable sentimiento de culpabilidad la obligaba a hacer cuanto pudiese, por absurdo que fuera, para que se tomasen las necesarias medidas de vigilancia y salvamento. Lo absurdo del síntoma pudo demostrarse al ver que la niña no podía tolerar la visión de la playa ni siquiera en una postal. Si por casualidad veía una en algún escaparate, tenía que enterarse de quién había tomado la foto, porque en ella había alguien que se estaba ahogando; se veía en la obligación de organizar la operación de salvamento, pese a que sabía perfectamente que la foto había sido tomada meses, incluso años, antes. A la larga, esta niña, cuyo caso era muy grave, pudo llevar una vida razonablemente normal, mucho menos obstaculizada por sentimientos irracionales de culpabilidad; pero el tratamiento fue necesariamente prolongado.

La melancolía es una forma organizada de los accesos de humor depresivo a que se encuentran sujetas casi todas las personas. En algunos casos, el paciente aquejado de melancolía se ve paralizado por un sentimiento de culpabilidad, quizás acusándose a sí mismo, año tras año, de haber sido el causante de la Guerra Mundial. Ningún argumento surte efecto en él. Cuando es posible llevar a cabo el análisis de un caso semejante, se comprueba que, durante el tratamiento, esta culpabilidad colectiva asumida por una sola persona da paso al miedo que el paciente siente ante la posibilidad de que en él el odio sea más fuerte que el amor. Su enfermedad es un intento de hacer lo imposible. Absurdamente, el paciente reclama para sí la responsabilidad del desastre ge-

neral, pero, al hacerlo, evita llegar a su propia destructividad.

La muerte de su padre, acaecida en circunstancias poco corrientes, produjo en una niña de cinco años una profunda reacción depresiva. El padre había adquirido un automóvil en un momento en que la niña pasaba por una fase en la que el odio hacia su padre corría parejo con el amor que sentía hacia él. De hecho, la pequeña soñaba con la muerte del padre, y cuando éste propuso que diesen un paseo en coche, ella imploró para que su padre desistiera. Él insistió, lo cual era natural, ya que los niños son propensos a este tipo de pesadillas. La familia salió a dar el paseo y dio la casualidad de que se produjo un accidente: el coche dio una vuelta de campana y entre sus ocupantes la niña fue la única que salió ilesa. Se acercó al padre, que yacía en la carretera, y lo golpeó con el pie para despertarlo. Pero él había muerto. Tuve ocasión de observar a esta niña durante su grave enfermedad depresiva, en la que se hallaba sumida en un estado de apatía casi total. La pequeña pasaba horas y horas en mi consultorio sin que sucediera nada. Cierta día se acercó a la pared y la golpeó suavemente con el pie, con el mismo pie que utilizara para despertar a su padre. Entonces pude expresar con palabras el deseo de la niña de despertar a su padre, a quien amaba, aunque, al golpearlo con el pie, había expresado también cierto sentimiento de enojo. A partir del momento en que golpeó la pared con el pie, la niña fue volviendo paulatinamente a la vida y, al cabo de más o menos un año, pudo regresar a la escuela y llevar una vida normal.

Vemos, pues, que al margen del psicoanálisis, es posible comprender por pura intuición la causa de una inexplicable culpabilidad y de las enfermedades melancólicas y obsesivas. No obstante, probablemente sea acertado decir que sólo el instrumento aportado por Freud —el psicoanálisis y sus derivados— nos permite ayudar al individuo aquejado por un sentimiento de culpabilidad a encontrar, en su misma naturaleza, el verdadero origen de su aflicción. Visto de este modo, el sentimiento de culpabilidad es una forma especial de angustia asociada con la ambivalencia o, si se prefiere, la coexistencia del amor y el odio. Sin embargo, la ambivalencia y su tolerancia por parte del individuo entrañan un grado considerable de desarrollo y salud mental.

## 2. La culpabilidad en su punto de partida

Vamos a estudiar seguidamente el punto de donde parte esta capacidad para el sentimiento de culpabilidad, señalando

do ante todo que este punto existe en todos los individuos. Melanie Klein (1935) llamó la atención de los psicoanalistas hacia una importante fase del desarrollo emocional que ella denominó «posición depresiva». Su trabajo sobre el origen de la capacidad para el sentimiento de culpabilidad en el individuo humano constituye un resultado importante de la aplicación continuada del método freudiano. Resulta imposible, en una conferencia como la presente, hacer justicia a las complejidades del concepto «posición depresiva», pero trataré de hacer una somera exposición del mismo.

Conviene tener en cuenta que, mientras los primeros trabajos psicoanalíticos hacían hincapié en el conflicto entre el amor y el odio, especialmente en una situación tricorporal o triangular, Melanie Klein ha dedicado mayor atención a desarrollar la idea de semejante conflicto dentro de una sencilla relación bicorporal, la del niño con su madre, conflicto que tiene su origen en las ideas destructivas que acompañan al impulso amoroso. Como es natural, se trata de una fase pre-edípica; es decir, anterior a la instauración del complejo de Edipo.

Es de observar el desplazamiento del énfasis: anteriormente recaía en la satisfacción obtenida por el niño de sus experiencias instintivas; ahora, en cambio, recae en la finalidad, a medida que ésta va apareciendo poco a poco. Al afirmar que la intención del niño estriba en irrumpir despiadadamente en el interior de su madre, para arrebatar cuanto de bueno hay allí, la señora Klein, por supuesto, no pretende negar el hecho de que las experiencias instintivas produzcan satisfacción. Téngase en cuenta, además, que tampoco las primeras formulaciones psicoanalíticas descartaban por completo la finalidad. Sin embargo, lo que ha hecho Melanie Klein ha sido desarrollar la idea de que el primitivo impulso amoroso tiene una finalidad agresiva: al ser despiadado, lleva consigo un número variable de ideas destructivas que no se ven afectadas por ningún tipo de inquietud. Puede que al principio estas ideas sean muy restringidas, pero, antes de que el niño cuente muchos meses de edad, probablemente podremos percibir con cierta claridad que en él se registra una incipiente inquietud relacionada con los resultados de los momentos instintivos pertenecientes a su creciente amor a la madre. Si el comportamiento de la madre es sumamente adaptable (a veces sin necesidad de esfuerzo alguno por su parte), podrá dar al niño tiempo suficiente para comprender y aceptar el hecho de que el objeto de su despiadado ataque es ella, la madre, la misma persona que es responsable único y total

del cuidado del niño. Como puede verse, el niño tiene dos inquietudes: una con respecto al efecto del ataque contra la madre; la otra en relación con los resultados que se producen en la propia personalidad del niño según haya predominado la satisfacción o, por el contrario, la frustración y la ira. (He utilizado la expresión «primitivo impulso amoroso» si bien en los escritos de Melanie Klein de lo que se habla es de la agresión asociada con las frustraciones que, inevitablemente, vienen a perturbar las satisfacciones instintivas del niño a medida que éste se va viendo afectado por las exigencias de la realidad.)

Es mucho lo que aquí se da por sentado. Suponemos, por ejemplo, que el niño se está convirtiendo en una unidad, que está adquiriendo la capacidad de percibir a su madre en cuanto persona. Asimismo, damos por sentada su aptitud para reunir los componentes instintivos agresivos y eróticos en una experiencia sádica, así como su aptitud para encontrar un objeto en plena excitación instintiva. Todos estos procesos son susceptibles de malograrse en las primeras fases, las correspondientes al principio de la vida, inmediatamente después del nacimiento, y que dependen de la madre y de su forma natural de gobernar al hijo. Al hablar de los orígenes del sentimiento de culpabilidad, damos por sentado el desarrollo sin complicaciones de las primeras fases. En lo que se denomina «posición depresiva», el niño depende menos de la sencilla aptitud de la madre para «llevar» un bebé —aptitud que la caracterizaba durante las primeras fases— que de su capacidad para llevar el cuidado del pequeño a lo largo de un período de tiempo en el que el niño puede atravesar una serie de experiencias complejas. Si se le da tiempo, tal vez unas cuantas horas, el niño es capaz de interpretar los resultados de una experiencia instintiva. La madre, toda vez que sigue presente, tendrá oportunidad de recibir y comprender el posible impulso natural de dar o reparar que experimente el niño. Especialmente en esta fase, el niño no es capaz de soportar una serie de cambios en las personas que cuidan de él, ni una prolongada ausencia de la madre. La segunda aportación hecha por Klein en este campo consiste en la necesidad que siente el niño de hallar una oportunidad para efectuar la reparación o restitución que permitan que su sadismo oral sea aceptado por su inmaduro ego.

Bowlby (1958) ha mostrado un especial interés en que el público sea consciente de que todo niño pequeño necesita cierto grado de seguridad y continuidad en las relaciones externas. En el siglo XVII, Robert Burton citó las siguientes

causas de la melancolía: «Las causas innecesarias, externas, adventicias o accidentales: las que proceden de la nodriza.» En parte se refería a la transmisión de materias nocivas a través de la leche, pero no era eso todo. Por ejemplo, cita a Aristóteles en el sentido de que «... En ningún caso recurriría a una nodriza, sino que toda madre, sea cual fuere su condición, debería criar a sus propios hijos: [...] la madre será más cuidadosa, cariñosa y solícita que cualquier mujer ser-vil o a sueldo; esto todo el mundo lo reconoce...»

El origen de la inquietud se ve mejor analizando a un niño o adulto que mediante la observación directa de los niños. Huelga decir que, al formular estas teorías, es preciso dejar espacio para las tergiversaciones y demás falseamientos que se producen en todo proceso analítico. Con todo, nuestro trabajo nos permite hacernos una visión de este importantísimo aspecto del individuo humano: el origen de la capacidad para el sentimiento de culpabilidad. Gradualmente, a medida que el niño se va dando cuenta de que la madre sobrevive a sus ataques y acepta sus gestos reparatorios, él mismo se va capacitando para aceptar la responsabilidad de la fantasía total derivada del impulso instintivo, que antes era simplemente despiadado. La crueldad da paso a la compasión; la indiferencia, a la inquietud. (Estos términos se refieren al desarrollo inicial.)

En el análisis cabría decir que el «no me importa lo más mínimo» es sustituido por un sentimiento de culpabilidad. A este punto se llega mediante un proceso evolutivo. No hay nada más fascinador para el analista que observar la evolución gradual de la capacidad individual para tolerar los elementos agresivos del primitivo impulso amoroso. Como ya he dicho, esto entraña el reconocimiento paulatino de la diferencia entre la realidad y la fantasía, así como de la capacidad materna para sobrevivir al momento instintivo y, por tanto, estar presente para recibir y comprender el sincero gesto de reparación.

Como se comprenderá fácilmente, esta importante fase del desarrollo se compone de innumerables repeticiones, distribuidas a lo largo de un período de tiempo. Existe un ciclo beneficioso compuesto por a) la experiencia instintiva, b) la aceptación de la responsabilidad que llamamos culpabilidad, c) una interpretación, y d) un sincero gesto de restitución. A veces, si en algún punto algo sale mal, este ciclo puede convertirse en vicioso, en cuyo caso vemos que la capacidad para el sentimiento de culpabilidad desaparece y es reemplazada por una inhibición del instinto o por cualquier otro me-

canismo primitivo de defensa, como por ejemplo la división de los objetos en buenos y malos, etc. Sin duda, alguien se preguntará lo siguiente: dentro del desarrollo del niño normal, ¿a qué edad podemos decir con certeza que su capacidad para el sentimiento de culpabilidad ya ha quedado establecida? Mi respuesta es que nos estamos refiriendo al primer año de la vida del niño y, de hecho, a todo el período durante el cual el niño sostiene una clara relación humana y bicorporal con la madre. No hay ninguna necesidad de afirmar que estas cosas suceden a edad muy temprana, aunque probablemente así sea. A los seis meses de edad, no es difícil constatar que el pequeño tiene una psicología sumamente compleja, siendo posible que los comienzos de la posición depresiva se den a esa edad. Son inmensas las dificultades que presenta la fijación de una fecha concreta para el origen de los sentimientos de culpabilidad en el niño normal y, si bien el tema reviste suficiente interés para que merezca investigarse, lo cierto es que no afecta en ningún modo la labor analítica.

Los trabajos posteriores de Melanie Klein contienen gran cantidad de material pertinente al tema que estamos tratando y que, por desgracia, no podré citar aquí. Klein ha enriquecido, sobre todo, nuestra comprensión de la compleja relación que existe entre la fantasía y el concepto freudiano de la realidad interior, concepto claramente procedente de la filosofía. Klein ha estudiado las influencias mutuas entre lo que el niño percibe como beneficioso o perjudicial de las fuerzas u objetos contenidos en su personalidad. Esta tercera aportación de Klein a este campo trasciende al problema de la eterna lucha que se desarrolla en la naturaleza interna del hombre. A través del estudio del desarrollo de la realidad interna en el bebé y en el niño, nos es dado vislumbrar por qué hay una relación entre los conflictos más profundos, los que se manifiestan en la religión y las artes, y los estados depresivos o enfermedades melancólicas. En el centro se halla la duda, la duda sobre el resultado final de la lucha entre las fuerzas del bien y del mal o, recurriendo a términos psiquiátricos, entre los elementos benignos y persecutorios dentro y fuera de la personalidad. En la posición depresiva, dentro del desarrollo emocional del niño o de un paciente, observamos la evolución del bien o del mal según las experiencias instintivas hayan sido satisfactorias o frustratorias. El bien se hace inmune al mal, estableciéndose una pauta personal, sumamente compleja, a modo de sistema defensivo contra el caos de dentro y de fuera.

De acuerdo con mi punto de vista personal, la obra de Klein ha hecho posible que la teoría psicoanalítica empiece a dar cabida a la idea del *valor* del individuo, mientras que en los comienzos del psicoanálisis se hablaba simplemente de *salud* y de *mala salud* neurótica. El valor se halla estrechamente ligado con la capacidad para el sentimiento de culpabilidad.

### 3. El sentimiento de culpabilidad cuando se hace conspicuo por su ausencia

Llegamos ahora a la tercera parte de mi conferencia y en ella ante todo me referiré brevemente a la carencia del sentido de la moral. Sin duda, hay personas que carecen de capacidad para el sentimiento de culpabilidad. Los extremos de semejante incapacidad deben de ser poco frecuentes. Pero no es raro encontrar individuos cuyo normal desarrollo es solamente parcial y que en parte son incapaces de sentir inquietud o culpabilidad, ni siquiera remordimiento. Resulta tentador buscar aquí la explicación en el factor temperamental, factor que, por supuesto, jamás debe ignorarse. No obstante, el psicoanálisis nos ofrece otra explicación: las personas que carecen del sentido de la moral son las mismas que, en las primeras fases de su desarrollo, carecieron del marco emocional y material que hubiese permitido la formación de la capacidad para el sentimiento de culpabilidad.

Que quede bien entendido que no trato de negar el hecho de que cada niño lleva en sí mismo la tendencia hacia el desarrollo de la culpabilidad. Dadas ciertas condiciones físicas de cuidado y salud, el niño llegará a caminar y a hablar simplemente porque ha llegado el momento de su desarrollo en que dichas funciones se materializan. Sin embargo, cuando se trata del sentimiento de culpabilidad, las necesarias condiciones ambientales son mucho más complejas; a decir verdad, en ellas se incluye todo aquello que es natural y seguro en el cuidado de bebés y niños. Durante las primeras fases del desarrollo emocional del individuo, no debemos buscar un sentimiento de culpabilidad. El ego no es lo suficientemente fuerte, ni está lo bastante organizado, como para aceptar la responsabilidad de los impulsos del id. Así, pues, la dependencia es casi absoluta. Si existe un desarrollo satisfactorio en las primeras fases, entonces se producirá una integración del ego que posibilitará el comienzo de la capacidad para la inquietud. Poco a poco, si las circunstancias son

favorables, la capacidad para el sentimiento de culpabilidad irá creciendo en el individuo en relación con la madre; esto está íntimamente relacionado con la oportunidad de reparación. Una vez establecida la capacidad para la inquietud, el individuo empieza a estar capacitado para experimentar el complejo de Edipo, así como para tolerar la ambivalencia inherente a la última fase, cuando el niño, si ha madurado, participa en relaciones triangulares igual que las personas mayores.

En este contexto lo único que puedo hacer es reconocer que en ciertas personas, o en parte de ellas, se produce un estancamiento del desarrollo emocional durante sus primeras fases, con la consiguiente ausencia del sentido de la moral. Allí donde no hay un sentido moral de índole personal, será necesario recurrir a un sentido moral inculcado, si bien la socialización resultante adolecerá de inestabilidad.

### *El artista creador*

Resulta interesante observar que el artista creador es capaz de alcanzar un tipo de socialización que soslaya la necesidad del sentimiento de culpabilidad y la consiguiente actividad reparadora y retributiva que forma la base del trabajo constructivo corriente. De hecho, es posible que el artista y el pensador creador no lleguen a comprender, incluso que desprecien, los sentimientos de inquietud que constituyen la motivación de una persona menos creadora. De los artistas cabe decir que algunos no son capaces de experimentar culpabilidad y, pese a ello, logran la socialización gracias a su talento excepcional. A las personas corrientes, dominadas por la culpabilidad, esto les parece desconcertante; y, sin embargo, sienten un oculto respeto hacia esa falta de piedad que de hecho, en tales circunstancias, consigue más que el trabajo impulsado por la culpabilidad.

### *Pérdida y recuperación del sentimiento de culpabilidad*

En el tratamiento de niños y adultos con tendencias anti-sociales, tenemos ocasión de presenciar la pérdida y la recuperación de la capacidad para el sentimiento de culpabilidad, y a menudo podemos valorar las variaciones de la seguridad ambiental que producen tales efectos. Es aquí, al tratar de la pérdida y la recuperación del sentido de la moral, donde

nos es posible estudiar la delincuencia y los casos de reincidencia en el delito. En 1915, refiriéndose a los actos adolescentes y preadolescentes (tales como robos, estafas, incendios provocados) de personas que con el tiempo se integraron en la sociedad, Freud escribió lo siguiente: «Los trabajos analíticos nos condujeron al sorprendente descubrimiento de que semejantes actos se cometían principalmente *porque* [el subrayado es mío] estaban prohibidos, y porque su ejecución iba acompañada de una sensación de alivio mental en la persona que los cometía. El autor del hecho sufría un opresivo sentimiento de culpabilidad, cuyo origen le era desconocido, y después de cometer la mala acción, notaba que su opresión quedaba paliada. Al menos, su sentimiento de culpabilidad quedaba enlazado con algo concreto.» (Freud, 1915, p. 332.) Si bien Freud se refería a fases avanzadas del desarrollo, lo que escribió es igualmente aplicable a los niños.

Basándonos en nuestra labor analítica, podemos dividir el comportamiento antisocial en dos grandes grupos. El primero no ofrece nada de particular y está estrechamente relacionado con las travesuras propias de todo niño normal y que, centrándonos en el comportamiento, se manifiestan mediante acciones como robar, mentir, destruir y orinarse en la cama. Una y otra vez comprobamos que semejantes actos se cometen a modo de intento inconsciente de dar sentido al sentimiento de culpabilidad. El niño o el adulto no alcanza a ver la fuente de ese sentimiento de culpabilidad que le resulta intolerable, y el hecho de no poder explicarse dicho sentimiento lo induce a la rabia. La persona antisocial encuentra alivio en la invención de un crimen, de índole leve, que sólo de forma oculta guarda relación con el crimen que aparece en la fantasía reprimida que corresponde al complejo de Edipo originario. Esto es todo lo cerca de la ambivalencia correspondiente al complejo de Edipo que podrá llegar la persona antisocial. Al principio, el crimen o hecho delictivo de índole sustitutiva no satisface al delincuente, pero, si se repite compulsivamente, llegará a adquirir las características de un beneficio secundario, lo cual lo hará aceptable para el ser. Nuestro tratamiento tiene mayores probabilidades de éxito cuando es posible aplicarlo antes de que el beneficio secundario revista mucha importancia. En este tipo de comportamiento, el más corriente entre los antisociales, la represión actúa más sobre la fantasía que sirve de explicación a la culpabilidad que sobre ésta misma.

Por el contrario, en los casos de comportamiento antisocial encuadrados dentro del segundo grupo, más graves y me-

nos frecuentes, lo que se pierde es precisamente la capacidad para el sentimiento de culpabilidad. Es aquí donde nos encontramos con los crímenes más horribles, donde vemos cómo el criminal trata desesperadamente de sentirse culpable, con pocas probabilidades de que lo logre. Con el fin de que se desarrolle su capacidad para el sentimiento de culpabilidad, esta clase de persona debe hallar un medio ambiente de índole particularizada; de hecho, somos nosotros quienes debemos facilitarle un medio ambiente que corresponda al que normalmente se necesita para el niño inmaduro. Por desgracia, es difícil encontrar semejante ambiente, capaz de absorber todas las tensiones producidas por la crueldad y el carácter impulsivo del paciente. Nos enfrentamos con un niño, pero un niño dotado de la fuerza y la astucia de un niño mayor que él, incluso de un adulto.

En el tratamiento del tipo más frecuente de comportamiento antisocial a menudo logramos la curación realizando un reajuste del medio ambiente, ateniéndonos a la comprensión que Freud nos ha proporcionado.

Citaré el ejemplo de un muchacho que robaba en la escuela. En lugar de castigarlo, el director comprendió que se trataba de una enfermedad y recomendó que se consultase a un psiquiatra. El muchacho en cuestión, cuya edad era de nueve años, se hallaba luchando con una privación propia de una edad más temprana y lo que necesitaba era pasar una temporada en casa. Su familia había vuelto a unirse, lo cual le daba nuevas esperanzas. Comprobé que el muchacho se había hallado bajo los efectos de una compulsión al robo, y que oía una voz, la voz de un brujo, que le ordenaba hacerlo. Una vez en casa, el muchacho empezó a dar muestras de enfermedad, infantilismo, dependencia, incontinenencia y apatía. Sus padres dejaron que las cosas siguieran su curso normal y, pasado un tiempo, se vieron recompensados por el restablecimiento espontáneo del muchacho.

Hubiese sido fácil apartar al muchacho del sendero que condujo a su curación. Por supuesto, él ignoraba la intolerable carga de soledad y vaciedad que había detrás de su enfermedad y que le hacía adoptar al brujo en sustitución de una más natural organización del superego. Esta soledad se remontaba a un período de separación de la familia cuando él tenía cinco años. Si el director de la escuela le hubiese infligido un castigo corporal, o le hubiese recriminado su conducta, el muchacho se hubiese reafirmado en ella, organizando para sí una identificación más plena con el brujo; entonces se hubiese hecho dominante y desafiante y, a la larga, se hubiese convertido en una persona antisocial. Se trata de un caso frecuente en la psiquiatría infantil, y lo he escogido simplemente porque ha sido publicado y el lector podrá consultarlo para conocer más detalles (Winnicott, 1953).

No nos es posible albergar la esperanza de curar a muchos de aquellos que ya se han convertido en delincuentes, pero sí nos es dado esperar el llegar a comprender cómo impedir el desarrollo de la tendencia antisocial. Cuando menos podemos evitar que se interrumpa el desarrollo de la relación entre la madre y el bebé. Asimismo, aplicando estos principios a la crianza normal de los niños nos es posible ver la necesidad de cierto grado de rigor en el tratamiento de los niños cuyo propio sentimiento de culpabilidad no ha superado la fase primitiva. Imponiendo unas prohibiciones de carácter limitado daremos oportunidad a que se produzcan esas travesuras, de índole igualmente limitada, que llamamos normales y entre las que se halla una gran parte de la espontaneidad del niño.

Freud, más que cualquier otro autor, fue quien preparó el camino para llegar a la comprensión del comportamiento antisocial y del crimen en cuanto *secuelas* de una intención criminal inconsciente y síntomas de un deficiente cuidado del niño. Me atrevo a decir que, al proponer estas ideas y mostrarlos de qué modo podemos ponerlas a prueba para aprovecharlas, Freud hizo una gran aportación al campo de la psicología social, aportación que puede rendir unos resultados de gran trascendencia.

## Capítulo segundo

### La capacidad para estar a solas<sup>1</sup> (1958)

Quisiera llevar a cabo un examen de la capacidad individual para estar a solas, partiendo del supuesto de que esta capacidad constituye uno de los signos más importantes de madurez dentro del desarrollo emocional.

En la casi totalidad de los tratamientos psicoanalíticos llega un momento en que la aptitud para estar a solas resulta importante para el paciente. Desde el punto de vista clínico, ello puede estar representado por una fase o sesión en silencio que, lejos de indicar resistencia por parte del paciente, es en realidad un logro, casi diría que una proeza. Quizá sea la primera vez que el paciente ha sido capaz de estar a solas. Precisamente es sobre este aspecto de la transferencia, cuando el paciente se encuentra a solas durante la sesión analítica, que deseo llamar la atención.

Probablemente puede afirmarse que la literatura psicoanalítica ha dedicado mayor atención al *temor* y al *deseo* de estar a solas que a la *aptitud* para ello; asimismo, se han hecho considerables trabajos sobre el estado de replegamiento, organización defensiva que presupone el temor del paciente a ser perseguido. Mucho me parece que desde hace tiempo se echa de menos un estudio de los aspectos *positivos* de la capacidad para estar a solas. Puede que los escritos psicoanalíticos hayan tratado de definir esta capacidad, pero yo no tengo constancia de ello. Quisiera remitirme al concepto freudiano de la *relación anaclítica* (Freud, 1914; cf. Winnicott, 1956 a).

1. Basado en un escrito leído ante una reunión extracientífica de la British Psycho-Analytical Society, el 24 de julio de 1957, y publicada por vez primera en «Int. J. Psycho-Anal.», 39, pp. 416-420.



### Las relaciones triangulares y bicorporales

Rickman fue el primero en hablar de las relaciones triangulares y bicorporales. A menudo nos referimos al complejo de Edipo como la fase en que las relaciones triangulares dominan el campo de la experiencia. Todo intento de describir el complejo de Edipo en base a una relación entre dos personas fracasará inevitablemente. Sin embargo, la relación bipersonal existe en realidad, si bien restringida a fases relativamente tempranas de la historia del individuo. La primera relación bipersonal es la del niño con la madre real o sustitutiva, antes de que el niño haya escogido alguna de las propiedades de la madre para forjarse con ella la idea de un padre. El concepto kleiniano de la posición depresiva puede describirse en términos de relaciones bipersonales, siendo tal vez posible afirmar que este tipo de relación constituye un rasgo esencial de dicho concepto.

Ya que hemos hablado de relaciones bipersonales y triangulares, ¿no sería lo natural que hablásemos de relaciones unipersonales? De buen principio parece que el narcisismo, ya sea secundario o primario, constituye la relación unipersonal por antonomasia. Pues bien, es imposible pasar bruscamente de las relaciones bipersonales a la relación unipersonal sin infringir gran parte de lo que hemos llegado a saber mediante nuestros trabajos analíticos y a través de la observación directa de madres y niños.

### La soledad real

Mis lectores se habrán dado cuenta de que no estoy refiriéndome al hecho de estar realmente solo. Así, habrá personas incapaces de estar a solas. Escapa a la imaginación la intensidad de sus sufrimientos. No obstante, son muchas las personas que, antes de salir de la niñez, ya han aprendido a gozar de la soledad y que incluso llegan a valorarla como uno de sus bienes más preciosos.

La capacidad para la soledad es susceptible de presentarse bajo dos aspectos: o bien como un fenómeno sumamente «refinado» que aparece en el desarrollo de la persona después de la instauración de las relaciones triangulares o, por el contrario, como un fenómeno de las primeras fases de la vida que merece un estudio especial por tratarse de la base sobre la que se edificará la capacidad para el tipo de soledad descrito en primer lugar.

### Paradoja

Pasaremos a enunciar seguidamente el punto principal del presente estudio: si bien la capacidad para estar solo es fruto de diversos tipos de experiencias, sólo una de ellas es fundamental, sólo hay una que, de no darse en grado suficiente, impide el desarrollo de dicha capacidad; *se trata de la experiencia, vivida en la infancia y en la niñez, de estar solo en presencia de la madre*. Así, pues, la capacidad para estar solo se basa en una paradoja: estar a solas cuando otra persona se halla presente.

Ello lleva implícita una relación de índole bastante especial: la que existe entre el pequeño que está solo y la madre real o sustitutiva que está con él, aunque lo esté representada momentáneamente por la cuna, el cochecito o el ambiente general del entorno inmediato. Quisiera proponer un nombre para este tipo especial de relación.

A mí, personalmente, me gusta emplear el término *relación del ego*, ya que ofrece la ventaja de contrastar con bastante claridad con el término *relación del id*, tratándose esta última de una complicación que aparece con periodicidad en lo que podríamos denominar «la vida del ego». La relación del ego se refiere a la relación entre dos personas, una de las cuales, cuando menos, está sola; tal vez las dos lo estén, pero, de todos modos, la presencia de cada una de ellas es importante para la otra. Creo que si comparamos el significado de los verbos «gustar» y «amar», veremos que el primero se refiere a una relación del ego, mientras que el segundo tiene más que ver con las relaciones del id, ya sean sin ambages o en forma sublimada.

Antes de proceder a desarrollar estas dos ideas a mi manera, quisiera recordar al lector de qué modo sería posible referirnos a la capacidad para estar solo sin salirnos de la trillada fraseología psicoanalítica.

### Después de la cópula

Tal vez sea justo decir que después de una cópula satisfactoria cada uno de los componentes de la pareja está solo y contento con su soledad. El ser capaz de gozar de la soledad al lado de otra persona que también está sola constituye de por sí un indicio de salud. La ausencia de la tensión del id puede producir angustia, pero la integración de la personalidad en el tiempo permite al individuo esperar a que la ci-

tada tensión regrese de forma natural y, al mismo tiempo, le permite disfrutar de la soledad compartida; es decir, de una soledad que se halla relativamente libre del rasgo que denominamos «retraimiento».

### La escena originaria

Cabría decir que la capacidad del individuo para estar a solas depende de su aptitud para asimilar los sentimientos suscitados por la escena originaria. En esta escena, el niño percibe o imagina una relación violenta entre los padres y, si se trata de un niño normal, de un niño que es capaz de dominar lo que en ella hay de odio y ponerlo al servicio de la masturbación, entonces la asimilación no ofrecerá problemas. En la masturbación, la responsabilidad total de la fantasía consciente e inconsciente es aceptada por el niño, que es la tercera persona en una relación triangular. El hecho de poder estar solo en circunstancias como éstas denota madurez del desarrollo erótico y potencia genital o, si se trata de una niña, la correspondiente capacidad de recepción; denota la fusión de los impulsos e ideas agresivos y eróticos y, asimismo, da a entender la existencia de una tolerancia de la ambivalencia; junto a todo esto habría, naturalmente, la capacidad del individuo para identificarse con los dos componentes de la pareja padre-madre.

El planteamiento en estos términos o en otros es susceptible de convertirse en algo de una complejidad casi infinita, debido a que la capacidad para estar solo es casi sinónimo de madurez emocional.

### El objeto bueno interiorizado

A continuación trataré de expresarme con otro lenguaje: el derivado de la obra de Melanie Klein. La capacidad para estar solo depende de la existencia de un objeto bueno en la realidad psíquica del individuo. El concepto de la interiorización de un pecho o pene «buenos», o de unas buenas relaciones, ha sido lo suficientemente defendido como para que el individuo (al menos de momento) se sienta seguro ante el presente y el futuro. La relación entre el individuo, de uno u otro sexo, y sus objetos interiorizados, junto con su confianza hacia las relaciones interiorizadas, proporciona de por sí suficiencia para la vida, de manera que el individuo es ca-

paz de sentirse satisfecho incluso en la ausencia temporal de objetos y estímulos externos. La madurez y la capacidad para estar solo implican que el individuo ha tenido la oportunidad, gracias a una buena maternalización, de formarse poco a poco la creencia en un medio ambiente benigno. Esta creencia va desarrollándose paulatinamente, mediante la repetición de la satisfacción de los instintos.

Al emplear este lenguaje, uno se encuentra hablando de una fase del desarrollo individual que es anterior a aquella en la que rige el complejo de Edipo de la teoría clásica. No obstante, se da por sentado un grado considerable de madurez del ego. Lo mismo sucede con la integración del individuo en una unidad; de lo contrario no tendría sentido hacer referencia al interior y al exterior, ni lo tendría el dar una significación especial a la fantasía del interior. Dicho en términos negativos: el individuo debe estar relativamente libre del delirio o angustia persecutoria. Planteado en términos positivos: los objetos interiorizados buenos se encuentran en el mundo personal e interior del individuo, dispuestos a ser proyectados en el momento oportuno.

### Estar solo en estado de inmadurez

La pregunta que surge al llegar aquí es la siguiente: ¿Es posible que un niño o un bebé estén solos en una fase muy temprana, cuando la inmadurez del ego hace imposible describir el hecho de estar solo mediante la fraseología que acabamos de emplear? Es precisamente la parte principal de mi tesis la afirmación de que nos es necesario poder hablar de una forma pura —o ingenua, si así lo prefieren— de estar solo, y que, incluso estando de acuerdo en que la capacidad de estar verdaderamente solo constituye un síntoma de madurez de por sí, esta capacidad tiene por fundamento las experiencias infantiles de estar a solas en presencia de alguien. Estas experiencias pueden tener lugar en una fase muy temprana, cuando la *inmadurez del ego se ve compensada de modo natural por el apoyo del ego* proporcionado por la madre. Con el tiempo, el individuo introyecta la madre sustentadora del ego y de esta forma se ve capacitado para estar solo sin necesidad de buscar con frecuencia el apoyo de la madre o del símbolo materno.

### «Yo estoy solo»

Me gustaría enfocar este tema de otra manera: estudiando las palabras «yo estoy solo».

En primer lugar tenemos la palabra «yo», que da a entender un elevado grado de madurez emocional. El individuo ya se halla afirmado como unidad: la integración es un hecho; el mundo exterior ha sido repudiado y ahora es posible la existencia de un mundo interiorizado. Se trata simplemente de un planteamiento topográfico de la personalidad en cuanto cosa, en cuanto organización de núcleos del ego. De momento no se hace referencia alguna al hecho de vivir.

Seguidamente vienen las palabras «yo estoy», que representan una etapa del desarrollo individual. Mediante estas palabras, el individuo no se limita a poseer una forma, sino que además posee una vida. En los inicios del «yo estoy», el individuo, por así decirlo, está «en bruto», sin defensas, vulnerable, potencialmente paranoico. El individuo es capaz de llegar a la fase del «yo estoy» solamente porque existe un medio ambiente que lo protege; este medio ambiente protector es de hecho la madre, preocupada por su hijo y, por medio de su identificación con él, orientada hacia la satisfacción de las necesidades del ego del hijo. No hace falta postular que en esta etapa el niño tiene conciencia de la madre.

A continuación nos encontramos con las palabras «yo estoy solo». Según la teoría que les estoy proponiendo, esta tercera fase entraña la apreciación, por parte del niño, de la existencia continua de la madre. Ello no significa forzosamente que se trate de una apreciación consciente. No obstante, creo que «yo estoy solo» constituye una evolución del «yo estoy», dependiente de que el niño sea consciente de la existencia continuada de una madre que le da seguridad, lo cual le permite estar a solas y disfrutar estándolo durante un breve tiempo.

Así es como pretendo justificar la paradoja según la cual la capacidad para estar solo se basa en la experiencia de estar a solas en presencia de otra persona y que sin un grado suficiente de esa experiencia es imposible que se desarrolle la capacidad para estar solo.

### Relación del ego

Si estoy en lo cierto al hablar de esa paradoja, será interesante examinar de qué naturaleza es la relación entre el niño y la madre, refiriéndome a la relación que, a efectos del

presente estudio, he denominado «relación del ego». Se habrán dado cuenta de la gran importancia que le atribuyo, ya que la considero la base de la amistad. Tal vez resulte ser también la *matriz de la transferencia*.

Existe aún otra razón por la que concedo una importancia especial a esta cuestión de la relación del ego; sin embargo, para que se me entienda mejor, me apartaré momentáneamente del tema.

Creo que en general se estará de acuerdo en que los impulsos del id son significativos solamente si se hallan contenidos en el vivir del ego. Los impulsos del ego actúan de dos maneras: o bien desorganizan o refuerzan el ego, según éste sea débil o fuerte. Cabe decir que los *impulsos del id refuerzan el ego cuando tienen lugar dentro de una estructura de relación del ego*. Aceptando esta afirmación se comprenderá la importancia de la capacidad para estar solo. Únicamente al estar solo (en presencia de otra persona) será capaz el niño de descubrir su propia vida personal. Desde el punto de vista patológico, la alternativa consiste en una vida falsa edificada sobre las reacciones producidas por los estímulos externos. Al estar solo en el sentido con que empleo este término, y sólo entonces, será capaz el niño de hacer lo que, si se tratase de un adulto, denominaríamos «relajarse». El niño es capaz de alienarse, de obrar torpemente, de encontrarse en un estado de desorientación; es capaz de existir durante un tiempo sin ser reactor ante los estímulos del exterior ni persona activa dotada de capacidad para dirigir su interés y sus movimientos. La escena se halla ya dispuesta para una experiencia del id. Con el tiempo se producirá una sensación o un impulso que, en este marco, serán reales y constituirán una experiencia verdaderamente personal.

Se comprenderá ahora por qué es importante que haya alguien disponible, alguien que esté presente, si bien sin exigir nada. Una vez producido el impulso, la experiencia del id puede resultar fructífera y el objeto podrá consistir en una parte o la totalidad de la persona presente; es decir: la madre. Sólo en estas condiciones es posible que el niño viva una experiencia que dé la sensación de ser real. La base de una vida en la que la realidad ocupe el lugar de la futilidad la constituye un gran número de experiencias semejantes. El individuo que ha podido crearse la capacidad para estar solo será capaz, en todo momento, de redescubrir el impulso personal; impulso que no se desperdiciará ya que el hecho de estar solo es algo que, paradójicamente, da a entender que otra persona se halla presente.

Andando el tiempo, el individuo adquiere la capacidad de renunciar a la presencia *real* de la madre o su figura sustitutiva. A este hecho se le ha llamado «establecimiento de un medio ambiente interiorizado». Se trata de algo más primitivo que el fenómeno denominado «madre introyectada».

### El punto culminante en la relación del ego

Quisiera ahora ir un poco más allá en la especulación sobre la relación del ego, y las posibilidades de experiencia dentro de ella, para estudiar el concepto del *orgasmo del ego*. Me doy cuenta, por supuesto, de que si existe algo que podamos denominar «orgasmo del ego», las personas que se muestran inhibidas en la experiencia instintiva tenderán a especializarse en semejante clase de orgasmos, de tal modo que existiría una patología de la tendencia hacia el orgasmo del ego. De momento prefiero no ocuparme de lo patológico —sin olvidarme por ello de la identificación del cuerpo total con una parte-objeto (el falo)— y limitarme a preguntar si es posible considerar que el *éxtasis* es una manifestación del orgasmo del ego. En la persona normal es posible que se dé una experiencia sumamente satisfactoria (por ejemplo en un concierto, en el teatro, en sus relaciones de amistad, etc.) que merezca ser llamada orgasmo del ego con el fin de llamar la atención sobre ese punto culminante y la importancia que él mismo reviste. Acaso parezca desacertado emplear la palabra «orgasmo» en este contexto; creo que aun así estaría justificado hablar del punto culminante que es susceptible de producirse en una relación satisfactoria del ego. Uno puede hacerse la siguiente pregunta: cuando un niño está jugando, ¿constituye el juego una sublimación de los impulsos del id? ¿No podría ser que hubiese una diferencia de *calidad* además de una diferencia de *cantidad del id* cuando se compara el juego que produce satisfacción con el instinto que yace debajo del mismo? El concepto de la sublimación ha sido plenamente aceptado y es muy valioso, pero es una lástima no hacer referencia alguna a la inmensa diferencia existente entre los felices juegos infantiles y en el modo de jugar de los niños que dan muestras de una excitación compulsiva y en los que es fácil denotar un estado próximo a la experiencia instintiva. Es cierto que incluso en los felices juegos infantiles todo es susceptible de *interpretarse en términos del impulso del id*, y lo es porque hablamos de símbolos y sin duda no corremos ningún riesgo de equivocarnos al em-

plear el simbolismo y al interpretar todos los juegos en términos de relaciones del id. Sin embargo, nos olvidamos de algo importantísimo si no tenemos en cuenta que los juegos infantiles no son felices cuando van acompañados de excitaciones corporales con sus consiguientes culminaciones físicas.

El niño que denominamos «normal» es capaz de jugar, de excitarse con el juego y de sentirse *satisfecho con el juego*, libre de la amenaza de un orgasmo físico producido por una excitación local. En contraste, el niño no normal aquejado de una tendencia antisocial o, de hecho, cualquier niño que dé muestras de una marcada manía defensiva, es incapaz de disfrutar jugando debido a que su cuerpo queda físicamente involucrado en el juego y hace necesario algún tipo de culminación física. La mayoría de los padres sabrán por experiencia que hay momentos en que es imposible terminar con la excitación del juego como no sea por medio de una bofetada que, dicho sea de paso, constituye una culminación falsa pero muy útil. En mi opinión, si comparamos los juegos felices de un niño, o la experiencia de un adulto durante un concierto, con una experiencia sexual, la diferencia es tan grande que podemos utilizar tranquilamente términos distintos para describir las dos experiencias. Sea cual fuere el simbolismo inconsciente, la cantidad de excitación física real es mínima en un tipo de experiencia y máxima en el otro. Podemos rendir tributo a la importancia de la relación del ego per se sin desechar por ello las ideas en que se fundamenta el concepto de la sublimación.

### Resumen

La capacidad para estar solo constituye un fenómeno sumamente complejo al que contribuyen numerosos factores y que está estrechamente relacionado con la madurez emocional.

La base de la capacidad para estar solo reside en la experiencia de haberlo estado en presencia de otra persona. Así, el niño que adolezca de una débil organización del ego podrá estar solo gracias a recibir un apoyo del ego digno de confianza.

El tipo de relación que existe entre el niño y la madre sustentadora del ego merece especial estudio. Si bien se han empleado otros términos, sugiero que «relación del ego» es probablemente una buena denominación.

Dentro del marco de la relación del ego, se producen relaciones del id que contribuyen a reforzar más que a trastornar el ego inmaduro.

De modo gradual el ambiente sustentador del ego es objeto de un proceso de introyección e integración en la personalidad del individuo, de tal manera que se produce la capacidad para estar realmente solo. Aun así, en teoría siempre hay alguien presente, alguien que, en esencia y de un modo inconsciente, es igualado a la madre; es decir, a la persona que, en los primeros días y semanas, estuvo temporalmente identificada con su niño, a cuyo cuidado se hallaba volcada toda su atención.

## Capítulo tercero

### La teoría de la relación paterno-filial<sup>1</sup> (1960)

El tema principal del presente ensayo se verá con mayor claridad mediante la comparación del estudio de la infancia con el estudio de la transferencia psicoanalítica.<sup>2</sup> Debo hacer especial hincapié en que mi exposición se refiere a la infancia y no principalmente al psicoanálisis. La razón por la que esto debe quedar bien entendido reside en la misma raíz de la cuestión. Si este ensayo no aporta nada constructivo, entonces lo único que hará será aumentar la confusión existente en torno a la importancia relativa de las influencias personales y ambientales en el desarrollo del individuo.

En nuestro concepto del psicoanálisis no hay ningún trauma que quede fuera de la omnipotencia del individuo. Al final todo cae bajo el control del ego y, por consiguiente, queda relacionado con los procesos secundarios. De poco le sirve al paciente saber, por boca del psicoanalista, que su madre no fue lo bastante buena; que su padre la sedujo, o que su tía no le hizo el menor caso. En el transcurso de un análisis se producen cambios cuando los factores traumáticos penetran en el material psicoanalítico a la manera y dentro de la omnipotencia del paciente. Las interpretaciones alterativas son las que pueden hacerse en términos de proyección. Lo mismo es aplicable a los factores beneficiosos, los que conducen a la satisfacción. Todo ello es interpretado en términos del amor

1. Este escrito, junto con uno de la doctora Phyllis Greenacre sobre el mismo tema, fue objeto de discusión en el XXII Congreso Internacional de Psicoanálisis celebrado en Edimburgo, en 1961. Fue publicado por primera vez en «Int. J. Psycho-Anal.», 41, pp. 585-595.

2. Esto lo he discutido desde un ángulo clínico más detallado en *Primitive Emotional Development* (1945).

y la ambivalencia del individuo. Y el analista está dispuesto a esperar todo el tiempo que haga falta para poder hacer exactamente esta clase de trabajo.

Sin embargo, durante la infancia, al individuo le suceden cosas buenas y malas que se hallan fuera de su alcance. De hecho, la infancia es el período en que se halla en proceso de formación la capacidad del individuo para captar los factores externos y aplicarlos a su omnipotencia. El apoyo del ego proporcionado por los cuidados maternos permite al niño vivir y desarrollarse pese a que todavía no sea capaz de controlar lo bueno y lo malo del medio ambiente, ni sentirse responsable de ello.)

No cabe pensar que los acontecimientos que se producen en estas primeras fases se pierdan a causa de lo que conocemos con el nombre de «mecanismos de represión» y, por consiguiente, el analista no puede esperar que aparezcan como resultado de una labor que atenúa las fuerzas de represión. Es posible, aunque no seguro, que Freud previera estos fenómenos cuando empleó el término «represión primaria». Lo que sí está bastante determinado es que, en la literatura psicoanalítica,<sup>3</sup> ha sido necesario dar por sentados los temas que estamos tratando ahora.

Volviendo al psicoanálisis, he dicho que el analista está dispuesto a esperar hasta que el paciente pueda presentar los factores ambientales en términos que permitan su interpretación en calidad de proyecciones. En un caso bien escogido ello es el resultado de la capacidad de confianza del paciente, capacidad que es redescubierta gracias a la seriedad profesional del psicoanalista. A veces, éste tiene que esperar mucho tiempo y, en un caso mal escogido para la aplicación del psicoanálisis clásico, es probable que el sentimiento de confianza que inspire el analista sea el factor más importante (o al menos que sea más importante que las interpretaciones) debido a que el paciente no experimentase dicho sentimiento como resultado de los cuidados maternos recibidos durante la infancia; para que el paciente aproveche este sentimiento de confianza será necesario que lo encuentre por primera vez en el comportamiento del analista. Diríase que ésta es la base para investigar el problema de lo que el psicoanalista es capaz de hacer en el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis.

3. He dado cuenta (1954) de algunos aspectos de este problema tal y como se me presentó en el caso de una paciente que se hallaba inmersa en una profunda regresión.

En los casos límite el analista no siempre espera en vano; andando el tiempo el paciente es capaz de utilizar las interpretaciones psicoanalíticas de los traumas originarios en calidad de proyecciones. Incluso es posible que acepte lo que hay de bueno en el medio ambiente a modo de proyección de los elementos sencillos y estables que emanan de su propio potencial hereditario.

(La paradoja estriba en que lo bueno y lo malo del medio ambiente infantil no constituyen de hecho una proyección, aunque no por ello deja de ser necesario, para el desarrollo normal del niño, que todo ello le parezca una proyección. Aquí vemos en acción la omnipotencia y el principio de placer, pues sin duda ambos actúan en la más temprana infancia; y a esta observación podemos añadir que el reconocimiento de un verdadero «yo no» es cosa del intelecto e indicio de un desarrollo sumamente avanzado de la madurez del individuo.)

La mayor parte de las formulaciones referentes a la infancia que se encuentran en los escritos de Freud son fruto del estudio analítico de adultos. Hay, es cierto, algunas observaciones sobre la niñez (el material referente al «carrete de algodón» [1920]), y existe también el análisis del pequeño Hans (1909). A primera vista se diría que gran parte de la teoría psicoanalítica se refiere a la primera niñez y a la infancia; pero, en cierto modo, cabe decir que Freud prestó poca o ninguna atención a la infancia como estado. Esto queda puesto de relieve por una nota a pie de página en *Formulations on the Two Principles of Mental Functioning* (1911, página 220) en la que demuestra ser consciente de que da por sentadas las mismas cosas que ahora estamos estudiando. En el texto, Freud sigue el desarrollo desde el principio de placer hasta el principio de realidad, empleando su método habitual de reconstruir la infancia de sus pacientes adultos. La nota dice lo siguiente:)

Con razón se objetará que una organización esclavizada por el principio de placer e ignorante de la realidad del mundo exterior no podría mantenerse viva siquiera por un brevísimo espacio de tiempo, de tal manera que su misma existencia sería imposible. Sin embargo, la utilización de una ficción semejante se ve justificada cuando pensamos que el niño —siempre y cuando incluyamos en él el cuidado recibido de la madre— casi lleva a cabo un sistema psíquico de esta clase.

Freud rendía así tributo a la función del cuidado materno y debemos suponer que no se extendería más sobre el tema

porque no estaría dispuesto a hablar de sus implicaciones. Prosigue la nota:

Probablemente el niño efectúa una alucinación de la satisfacción de sus necesidades internas; revela su displacer, cuando hay un aumento del estímulo sin la correspondiente satisfacción, mediante la descarga motora de los chillidos y pataleos, y entonces experimenta la satisfacción que antes había imaginado. Más adelante el niño, ya mayor, aprende a emplear intencionadamente estas manifestaciones de descarga como método para expresar sus sentimientos. Debido a que el cuidado del niño ya mayor sigue el patrón marcado por los cuidados de la infancia, el predominio del principio de placer sólo finalizará cuando el niño haya alcanzado una completa independencia psíquica de sus padres.

Las palabras «siempre y cuando incluyamos en él el cuidado recibido de la madre» revisten gran importancia en el contexto de este estudio. El niño pequeño y el cuidado materno forman conjuntamente una unidad.<sup>4</sup> Si se pretende estudiar la teoría de la relación paterno-filial, será, por supuesto, necesario tomar una decisión sobre estas cuestiones, que se refieren al verdadero significado de la palabra «dependencia». No basta con que se reconozca la importancia del medio ambiente. En todo debate sobre la teoría de la relación paterno-filial se produce una escisión en dos campos antagónicos si algunos de los participantes niegan que, en las primeras fases, el niño pequeño y el cuidado materno se pertenecen mutuamente y son inseparables. Ambas cosas, el niño pequeño y el cuidado materno, se separan y disocian cuando el desarrollo sigue los cauces de la normalidad. La normalidad, que significa tantas cosas, en cierto modo quiere decir la separación del cuidado materno efectuada por algo que entonces denominamos «criatura» o «comienzos de un niño en crecimiento». Esta idea queda expresada en las palabras con que Freud termina su nota: «El predominio del principio de placer sólo finalizará cuando el niño haya alcanzado una completa independencia psíquica de sus padres.» (La parte central de esta nota a pie de página la veremos más adelante, cuando apuntemos que las palabras utilizadas por Freud resultan inadecuadas y, hasta cierto punto, engañosas si se interpretan como referidas a la fase más temprana.)

4. Una vez dije: «No existe nada que pueda llamarse niño», queriendo decir, por supuesto, que cuando nos encontramos con un niño nos encontramos con el cuidado materno, sin el cual no habría tal niño. (Discusión en una reunión científica de la British Psycho-Analytical Society, circa 1940.) ¿Me hallaba sin darme cuenta bajo la influencia de esta nota a pie de página hecha por Freud?

### La palabra «criatura»

En el presente estudio la palabra «criatura» se emplea para denominar al niño o niña de muy corta edad, y así debe interpretarse. Me parece necesario hacer esta advertencia por cuanto en los escritos de Freud a veces parece que esa palabra sirve también para denominar al niño hasta que alcanza la edad en que supera el complejo de Edipo. En realidad, la palabra «criatura» se refiere al niño que todavía no habla (*infans*); asimismo, nos será de utilidad considerar que la infancia es la fase anterior a la imagen mental de las palabras y al empleo de símbolos verbales. Así, pues, se refiere a una fase en la que la criatura depende del cuidado materno, cuidado que se basa más en la identificación emocional por parte de la madre que en la comprensión de lo que se expresa o podría expresarse verbalmente.

Se trata en esencia de un período de desarrollo del ego, desarrollo cuyo principal rasgo es la integración. Las fuerzas del (id) claman en busca de atención. Al principio son externas a la criatura. Lo normal es que el id se ponga al servicio del ego, quien lo domina de modo que las satisfacciones del id se conviertan en refuerzos del ego. Sin embargo, esto constituye un logro propio del desarrollo normal y en la infancia existen muchas variaciones que dependen del relativo fracaso de este logro. En una infancia anormal, semejantes logros son mínimos o se pierden tras conseguirlos. En la psicosis infantil (o esquizofrenia) el id permanece en una situación relativa o totalmente «externa» con respecto al ego y las satisfacciones del id son siempre físicas; su efecto es el de amenazar la estructura del ego, es decir, en tanto no se organicen las defensas psicóticas.<sup>5</sup>

Estoy defendiendo así la teoría según la cual la principal razón de que durante el desarrollo infantil la criatura, por lo general, aprenda a dominar el id (y el ego logre incorporarlo) estriba en el cuidado materno, en que el ego materno completamente el ego infantil y le dé fuerza y estabilidad. Será necesario ver cómo ocurre esto y también de qué forma el ego infantil acaba liberándose del apoyo del ego materno, de tal forma que la criatura alcanza una independencia mental con respecto a la madre, es decir, una diferenciación que le otorga una personalidad propia.

5. He tratado de demostrar la aplicación de esta hipótesis a la comprensión de la psicosis en mi escrito *Psychoses and Child Care*, WINNICOTT, 1952.

Para estudiar la relación paterno-filial primero hace falta intentar un breve resumen de la teoría del desarrollo emocional infantil.

### Datos históricos

La primera hipótesis formulada en este sentido dentro de la teoría psicoanalítica hacía referencia al id y a los mecanismos de defensa del ego. Se daba a entender que el id aparecía en escena muy pronto, siendo rasgos principales de la psicología clínica el descubrimiento y descripción, por parte de Freud, de la sexualidad pregenital basándose en su observación de los elementos regresivos hallados en las fantasías genitales, en el juego y en los sueños.

Poco a poco fueron formulándose los mecanismos de defensa del ego.<sup>6</sup> Se dio por sentado que estos mecanismos estaban organizados en relación con la ansiedad producida o bien por la tensión instintiva o por la pérdida de objeto. Esta parte de la teoría psicoanalítica presupone un distanciamiento o separación de la personalidad y una estructuración del ego, tal vez un esquema corporal propio. A nivel de la parte principal del presente estudio todavía no es posible dar por sentado este estado de cosas. Precisamente la discusión se centra en el establecimiento de dicho estado de cosas, es decir: la estructuración del ego que posibilita la angustia a causa de la tensión instintiva o de la pérdida de objeto. En esta primera fase la angustia no está relacionada con la castración o la separación, sino que se refiere a cosas muy distintas; de hecho se trata de una angustia relativa a la posibilidad de aniquilamiento (cf. la afánisis de Jones).

En la teoría psicoanalítica los mecanismos de defensa del ego corresponden en gran parte a la idea de un niño poseedor de independencia, de una organización de defensa verdaderamente personal. Dentro de estos límites, las investiga-

6. Las investigaciones que, siguiendo la publicación de *The Ego and the Mechanisms of Defence*, de Anna Freud (1936), se hicieron sobre los mecanismos de defensa han llegado, por distinto camino, a la revalorización del papel de la maternalización en el cuidado del niño y en el desarrollo de la primera infancia. Anna Freud (1953) ha revisado sus opiniones al respecto. Willi Hoffer (1955) ha hecho también algunas observaciones sobre este aspecto del desarrollo. Sin embargo, en el presente escrito lo que pongo de relieve es la importancia de la comprensión del papel que el medio ambiente paterno representa en las fases precoces del desarrollo, así como la forma en que esto se hace clínicamente significativo para nosotros al tratar determinados tipos de casos con trastornos afectivos y de carácter.

ciones de Klein amplían la teoría freudiana al clarificar la interrelación existente entre las angustias primitivas y los mecanismos de defensa. Esta parte del trabajo de Klein se ocupa de la primera infancia y llama la atención sobre la importancia de los impulsos agresivos y destructivos, cuyas raíces son más profundas que las de los impulsos que son reactivos a la frustración y relativos al odio y a la ira; asimismo, Klein efectúa una disección de las primeras defensas contra las angustias primitivas, angustias que pertenecen a las primeras fases de la organización mental (escisión, proyección e introyección).

Lo que se describe en el trabajo de Melanie Klein corresponde claramente a las primeras fases de la vida de la criatura y al período de dependencia que es objeto del presente estudio. Melanie Klein dejó bien claro que reconocía la importancia del medio ambiente en este período y, de diverso modo, en todas las demás fases.<sup>7</sup> Sin embargo, sugiero que su trabajo y el de sus colaboradores dan opción a profundizar más en el tema de la dependencia plena: es decir, la que se halla contenida en la frase «... El niño —siempre y cuando incluyamos en él el cuidado recibido de la madre...» No hay nada en la obra de Klein que contradiga la idea de dependencia absoluta, pero me parece que tampoco hay en ella ninguna referencia específica a una fase en la que la criatura exista solamente en virtud del cuidado materno, junto con el cual forma una unidad.

Lo que estoy sometiendo a su consideración es la diferencia entre la aceptación de la realidad de la dependencia por parte del analista y el empleo que éste hace de ella en la transferencia.<sup>8</sup>

Diríase que el estudio de las defensas del ego hace que el investigador se remonte a las manifestaciones pregenitales del id, mientras que el estudio de la psicología del ego lo hacen retroceder hasta la dependencia, hasta la unidad cuidado materno-criatura.

Una de las dos mitades de la teoría de la relación paterno-filial se refiere a la criatura: aquella según la cual la criatura efectúa el recorrido desde la dependencia absoluta hasta la independencia, pasando por la dependencia relativa; y, paralelamente, su recorrido desde el principio de placer hasta el

7. He dado cuenta detalladamente de mi comprensión del trabajo de Melanie Klein en este campo en dos escritos. (Winnicott, 1954b, y en el capítulo 1 del presente volumen.) Véase KLEIN, 1946, p. 297.

8. Para un ejemplo clínico véase mi escrito *Withdrawal and Regression* (1954).



principio de realidad, y desde el autoerotismo hasta las relaciones objetales. La otra mitad de la teoría se refiere al cuidado materno, es decir, a las cualidades y cambios que se producen en la madre con el fin de satisfacer las necesidades específicas que van desarrollándose en la criatura hacia la que ella está orientada.

## I. La criatura

La palabra clave en esta parte del estudio es *dependencia*. Las criaturas humanas no pueden empezar a ser salvo en ciertas condiciones. Estas condiciones se estudian más adelante, pero forman parte de la psicología de la criatura. Las criaturas empiezan a ser de distintas maneras, según las condiciones sean favorables o desfavorables. Al mismo tiempo, las condiciones no determinan el potencial de la criatura, sino que ésta lo hereda. Este potencial heredado por el individuo puede estudiarse como tema aparte a condición de que en todo momento se acepte que el potencial heredado por la criatura no puede llegar a ser una criatura a menos que vaya ligado al cuidado materno.

El potencial heredado incluye la tendencia al crecimiento y desarrollo. Es posible situar aproximadamente en el tiempo cada una de las fases del desarrollo emocional. Es probable que en cada niño las diversas fases de desarrollo tengan su propia fecha. Sin embargo, estas fechas no sólo varían de un niño a otro, sino que además, aun conociéndolas de antemano en el caso de un niño determinado, no podríamos utilizarlas como medio de predecir el desarrollo real del niño debido al otro factor: el cuidado materno. Suponiendo que de algún modo pudiéramos emplear tales fechas para hacer una predicción, tendríamos que hacerlo partiendo del supuesto de la existencia de un cuidado materno adecuado en los aspectos importantes. (Evidentemente, no nos referimos a un cuidado materno adecuado sólo en sentido físico; el significado de la adecuación y de la inadecuación en este contexto se comenta más adelante.)

### *El potencial heredado y su suerte*

Al llegar aquí es necesario intentar un breve resumen de lo que le sucede al potencial heredado para que su desarrollo culmine en una criatura y de allí en un niño que se encamine

hacia una existencia independiente. Debido a las complejidades del tema, el resumen debe hacerse dando por existente un cuidado materno satisfactorio, entendiéndose por «cuidado materno» el recibido tanto de la madre como del padre. En términos generales, este cuidado puede clasificarse en tres fases coincidentes en parte:

- a) Sostenimiento;
- b) convivencia de la madre y la criatura. En esta fase la función del padre (ocuparse del medio ambiente en beneficio de la madre) es desconocida por la criatura;
- c) convivencia de los tres: el padre, la madre y la criatura.

Al emplear en este contexto el término «sostenimiento» no lo hago sólo para referirme al hecho físico de sostener a la criatura, sino que también me refiero al conjunto de condiciones ambientales que antecede al concepto de *convivencia*. Dicho de otra forma, me refiero a una relación tridimensional o espacial a la que gradualmente se le va sumando el factor tiempo. Si bien empieza antes que ellas, esta relación coincide en parte con las experiencias instintivas que con el tiempo determinarían las relaciones objetales. Incluye el uso de experiencias inherentes a la existencia, tales como la *terminación* (y por ende la *no terminación*) de procesos que, vistos desde fuera, acaso parezcan puramente fisiológicos pero que corresponden a la psicología de la criatura y tienen lugar dentro de un complejo campo psicológico y que son determinados por la conciencia y la identificación de la madre. (Este concepto de sostenimiento vuelve a comentarse en el apartado siguiente.)

El término «convivencia» entraña relaciones objetales y la salida de la criatura de su estado de fusión con la madre, o su percepción de los objetos como externos a él mismo.

Este estudio se ocupa especialmente de la fase «de sostenimiento» del cuidado materno, así como de los complejos acontecimientos que se registran en el desarrollo psicológico de la criatura en relación con esta fase. Sin embargo, conviene no olvidar que la división entre una y otra fase es artificial y obedece simplemente a los dictados de la conveniencia para lograr una definición más clara.

### *Desarrollo de la criatura durante la fase de sostenimiento*

A la luz de estos hechos podemos pasar a enumerar algunas de las características del desarrollo de la criatura durante

esta fase. Es justamente en esta fase donde lo siguiente constituye una realidad viva:

- el proceso primario;
- la identificación primaria;
- el autoerotismo;
- el narcisismo primario.

En esta fase el ego pasa de su estado no integrado a una integración estructurada, de manera que la criatura adquiere la capacidad de experimentar la angustia asociada con la desintegración. La palabra «desintegración» empieza a tener sentido, lo cual no sucedía antes de que la integración del ego se hiciese realidad. En un desarrollo normal, al alcanzar esta fase, la criatura retiene la capacidad de volver a experimentar estados de no integración, pero ello depende de la continuación de un cuidado materno estable o bien de la acumulación, en la mente de la criatura, de recuerdos del cuidado materno que empiezan a ser gradualmente percibidos como tales. El resultado de la marcha normal del desarrollo de la criatura durante esta fase consiste en la consecución de lo que podríamos denominar su «status o condición de unidad». La criatura se convierte en persona, en individuo por derecho propio.

Esta consecución lleva asociada la existencia psicósomática de la criatura, que empieza a adoptar una pauta personal; a esto me he referido en otros trabajos diciendo que la psique habita en el soma.<sup>9</sup> La base para ello la constituyen las experiencias motoras, sensoriales y funcionales de la criatura enlazadas con su nueva condición de persona. Un nuevo paso en el desarrollo se produce al aparecer lo que podríamos llamar una «membrana restrictiva» que, dentro de la normalidad, cabe equiparar en cierto modo a la superficie de la piel y se encuentra situada entre el «yo» y el «no yo» de la criatura. De este modo, la criatura entra en posesión de un interior y de un exterior, y de un esquema corporal. Y también de este modo adquiere sentido la función de recibir y dar; además, gradualmente va teniendo sentido la postulación de una realidad psíquica personal o interiorizada para la criatura.<sup>10</sup>

9. Para un anterior planteamiento hecho por mí al respecto véase mi escrito *Mind and its Relation to the Psyche-Soma* (1949c).

10. Aquí la labor referente a la fantasía primitiva, con cuya riqueza y complejidad nos hemos familiarizado gracias a las enseñanzas de Melanie Klein, se hace aplicable y apropiada.

Durante la fase de sostenimiento se inician otros procesos, de los cuales el más importante es el despertar de la inteligencia y el comienzo de una mente claramente diferenciada de la psique. De ahí parten los procesos secundarios y el funcionamiento simbólico, así como la organización de un contenido psíquico personal, que forma la base de los sueños y de las relaciones vitales.

Al mismo tiempo, en la criatura empiezan a aunarse dos raíces del comportamiento impulsivo. El término «fusión» indica el proceso positivo por medio del cual los elementos difusos pertenecientes al movimiento y al erotismo muscular se funden (en los casos normales) con el funcionamiento orgástico de las zonas erógenas. Este concepto es más conocido bajo el nombre de «proceso inverso de des-fusión», que es un complicado mecanismo de defensa en el que la agresión queda separada de la experiencia erótica tras un período durante el cual se ha conseguido cierto grado de fusión. Todas estas fases de desarrollo corresponden a la condición ambiental del sostenimiento, sin la cual es imposible alcanzarlas o, una vez alcanzadas, instaurarlas.

Una nueva etapa evolutiva la representa la capacidad para las relaciones objetales. En ella la criatura pasa de una relación con un objeto concebido subjetivamente a una relación con un objeto percibido objetivamente. Este cambio se encuentra íntimamente ligado con el paso, por parte de la criatura, de un estado de fusión con la madre a otro de separación o de relación con ella como unidad independiente. Esta evolución no está relacionada de manera específica con el sostenimiento, sino que lo está con la fase de convivencia...

### Dependencia

En la fase de sostenimiento la criatura se encuentra en un estado de máxima dependencia. Sería posible clasificar la dependencia del siguiente modo:

a) *Dependencia absoluta.* En este estado la criatura no dispone de ningún medio de saberse receptora del cuidado materno, que consiste principalmente en una cuestión de profilaxis. La criatura no puede asumir el control de lo que está bien hecho y de lo que está mal hecho; su posición se limita a beneficiarse de lo primero o salir perjudicado por lo segundo.

b) *Dependencia relativa.* Aquí la criatura puede ser consciente de la necesidad de detalles del cuidado materno y, en

creciente medida, es capaz de relacionarlos con un impulso personal y más tarde, en un tratamiento psicoanalítico, puede reproducirlos en la transferencia.

c) *Hacia la independencia.* La criatura crea medios que le permitan prescindir de un cuidado ajeno real. Lo consigue mediante la acumulación de recuerdos del cuidado recibido, la proyección de las necesidades personales y la introyección de detalles de dicho cuidado, con el desarrollo de confianza en el medio ambiente. Aquí es necesario añadir el elemento representado por la comprensión intelectual y todas sus tremendas implicaciones.

### *Aislamiento del individuo*

Otro fenómeno que es necesario estudiar en esta fase es la ocultación del núcleo de la personalidad. Examinemos el concepto de personalidad central o verdadera. Cabría decir que la personalidad central es el potencial heredado en fase de experimentación de una continuidad existencial y de adquisición, a su modo y ritmo, de una realidad psíquica personal y de un esquema corporal propio.<sup>11</sup> Me parece necesario tener en cuenta el concepto de aislamiento de esta personalidad central como característica de normalidad. En esta fase primeriza, cualquier amenaza que se cierna sobre este aislamiento de la personalidad verdadera constituye una considerable fuente de angustia. Las defensas propias de la primera infancia aparecen en relación con la incapacidad materna (o del cuidado materno) para evitar los peligros que amenazan con trastornar este aislamiento.

Puede que la organización del ego se enfrente a estos peligros y los ponga al servicio de la omnipotencia de la criatura, haciendo que sean percibidos como proyecciones.<sup>12</sup> Puede suceder, por el contrario, que estos peligros atraviesen las defensas a pesar del apoyo prestado al ego por el cuidado materno. Entonces el núcleo central del ego se ve afectado, lo cual constituye la verdadera naturaleza de la angustia psicótica. En los casos normales, el individuo no tarda en hacerse invulnerable en este sentido, y si los factores externos lanzan

11. En el capítulo 2 he procurado comentar otro aspecto de esta fase de desarrollo tal como la vemos en la salud de los adultos. Cf. GREENACRE (1958).

12. Estoy utilizando el término «proyecciones» en su sentido descriptivo y dinámico, y no en todo su sentido metapsicológico. La función de los mecanismos psíquicos primitivos, tales como la introyección, la proyección y la escisión, va más allá del alcance de este escrito.

un ataque, lo único que se produce es un nuevo grado y cualidad de la ocultación de la personalidad central. En este sentido la mejor defensa consiste en la organización de una personalidad falsa. Las mismas satisfacciones instintivas y relaciones objetales constituyen una amenaza para la continuidad existencial del individuo. Ejemplo: un bebé está siendo amamantado, lo cual le produce satisfacción. El hecho en sí no nos indica si el bebé está viviendo una experiencia del id de carácter ego-sintónico o si, por el contrario, está sufriendo un trauma de seducción, una amenaza para la continuidad de su ego personal, amenaza representada por una experiencia del id que no es ego-sintónica y que el ego es incapaz de combatir.

En la normalidad, las relaciones objetales pueden desarrollarse basándose en un compromiso que implique la participación del individuo en algo que en una etapa más avanzada sería tachado de «trampa» y «falta de honradez», mientras que una relación directa es sólo posible en base a una regresión hasta un estado de fusión con la madre.

### *Aniquilamiento*<sup>13</sup>

En estas primeras fases de la relación paterno-filial la angustia está relacionada con la amenaza de aniquilamiento, término que será necesario explicar.

En este lugar, que se caracteriza por la existencia esencial de un medio ambiente que sostiene, el «potencial heredado» se está convirtiendo en una «continuidad de la existencia». La alternativa a ser o existir es reaccionar, y el reaccionar interrumpe el ser o existir y, por tanto, aniquila. La existencia y el aniquilamiento son las dos alternativas. Así, pues, el medio ambiente sostenedor tiene por función principal la reducción al mínimo de los peligros, ante los que la criatura tiene que reaccionar con el consiguiente aniquilamiento de su existencia personal. En condiciones favorables, la criatura inicia una continuidad de existencia y luego empieza a crear los mecanismos más complejos que posibilitarán la colocación de los peligros al servicio de la omnipotencia. En esta etapa la palabra «muerte» no tiene aplicación posible, y ello hace que el término «instinto de muerte» resulte inadmisibles al describir la raíz de la destructividad. La muerte no significa

13. En un escrito anterior (1949b) he descrito las variedades clínicas de este tipo de angustia, haciéndolo desde un ángulo ligeramente distinto.

nada hasta la aparición del odio y del concepto de «persona humana total». Cuando es posible odiar a una persona humana total, entonces la muerte tiene un significado. A todo esto sigue de cerca lo que podríamos llamar «el deseo de herir»: la persona odiada y amada es mantenida en vida castándola o bien hiriéndola en vez de matándola. Estas ideas son propias de una fase posterior a la que se caracteriza por la dependencia del medio ambiente sostenedor.

#### *Revisión de la anotación hecha por Freud a pie de página*

Al llegar a este punto es preciso volver a examinar la afirmación de Freud citada con anterioridad y que dice lo siguiente: «Probablemente el niño efectúa una alucinación de la satisfacción de sus necesidades internas; revela su displacer, cuando hay un aumento del estímulo sin la correspondiente satisfacción, mediante la descarga motora de los chillidos y pataleos, y entonces experimenta la satisfacción que antes había imaginado.» La teoría indicada en esta parte de la afirmación no logra cubrir los requisitos de la fase más temprana. Ya estas palabras hacen referencia a las relaciones objetales, y la validez de esta parte de la afirmación de Freud depende de que dé por sentados los aspectos anteriores del cuidado materno, los que aquí se describen como propios de la fase de sostenimiento. Por otra parte, esta afirmación de Freud se ajusta exactamente a los requisitos de la fase *siguiente*, o sea la que se caracteriza por una relación entre la criatura y la madre en la que las relaciones objetales y las satisfacciones instintivas o de las zonas erógenas ejercen un papel predominante; es decir, cuando el desarrollo avanza sin contratiempos.

## 2. La misión del cuidado materno

A continuación trataré de describir algunos aspectos del cuidado materno, especialmente el del sostenimiento. En el presente estudio el concepto de sostenimiento reviste importancia y será necesario desarrollarlo más. En este contexto la palabra se utiliza para presentar un desarrollo completo del tema contenido en la frase freudiana según la cual «... cuando pensamos que el niño —siempre y cuando incluyamos en él el cuidado recibido de la madre— casi lleva a cabo un sistema psíquico de esta clase». Me refiero al estado

real de la relación criatura-madre al principio, cuando la criatura todavía no ha extraído una personalidad propia del cuidado materno del que, en sentido psicológico,<sup>14</sup> depende por completo.

En esta fase la criatura necesita, y de hecho suele conseguir, unas condiciones ambientales que poseen ciertas características:

Que satisfagan sus necesidades fisiológicas (teniendo en cuenta que la fisiología y la psicología todavía no se han diferenciado o simplemente se encuentran en el proceso de hacerlo), y que sean estables, dignas de confianza, si bien las condiciones ambientales no son estables desde el punto de vista mecánico. Lo son de un modo que entraña la identificación emocional de la madre.

#### El sostenimiento:

protege contra la afrenta fisiológica;  
toma en cuenta la sensibilidad epidérmica de la criatura—tacto, temperatura, sensibilidad auditiva, sensibilidad visual, sensibilidad a las caídas (acción de la gravedad)—, así como el hecho de que la criatura desconoce la existencia de todo lo que no sea ella misma;  
incluye toda la rutina de cuidados a lo largo del día y de la noche, que no es nunca la misma en dos criaturas distintas, ya que forma parte de ellas y no hay dos criaturas iguales;  
sigue, asimismo, los cambios casi imperceptibles que día a día van teniendo lugar en el crecimiento y desarrollo de la criatura; cambios tanto físicos como psicológicos.

Conviene tener en cuenta que las madres, que por naturaleza son capaces de prestar un cuidado satisfactorio, son susceptibles de ejercer aún mejor su cometido si ellas mismas son objeto de unos cuidados que tengan presente la naturaleza esencial de la misión a ellas encomendada. Las madres que no reúnan tal condición natural no mejorarán a base simplemente de instrucción.

14. Recordatorio: para estar seguro de diferenciar esto de las relaciones objetales y de la satisfacción de los instintos, debo confinar *artificialmente* mi atención sobre las necesidades corporales de índole general. Un paciente me dijo: «Una buena hora de sesión analítica en la que se hace la interpretación correcta en el momento adecuado es durante una buena comida.»

El sostenimiento comprende en especial el hecho físico de sostener la criatura en brazos y que constituye una forma de amar. Acaso sea la única que permite a la madre demostrar su amor por la criatura. Las hay que saben sostener una criatura y otras que no; estas últimas no tardan en producir una sensación de inseguridad, acompañada por los consiguientes lloros de la criatura.

Todo esto conduce a la instauración de las primeras relaciones objetales de la criatura y a sus primeras experiencias de satisfacción instintiva;<sup>15</sup> no sólo conduce a ellas, sino que también las incluye y coexiste con ellas.

Sería equivocado anteponer la satisfacción instintiva (alimentación, etc.) o las relaciones objetales (la relación con el seno materno) a la organización del ego (es decir, al fortalecimiento del ego infantil por el ego materno). La base de la satisfacción instintiva y de las relaciones objetales consiste en la manipulación y cuidados prestados a la criatura y que, cuando todo va bien, se dan por sentados con demasiada facilidad.

La salud mental del individuo, es decir, el hecho de que esté libre de psicosis o propensión a ella (esquizofrenia), se apoya en este cuidado materno, en el que apenas se repara cuando no hay complicaciones y que es continuación de la provisión fisiológica que caracteriza al estado prenatal. Esta provisión o condición ambiental es asimismo continuación de la vida de los tejidos y de la salud funcional, que proporciona a la criatura un llamado pero importantísimo apoyo del ego. Así, la esquizofrenia, la psicosis infantil o, posteriormente, la propensión a la psicosis, están relacionadas con la falta de provisión ambiental. Ello no quiere decir, sin embargo, que los efectos perjudiciales de semejante falta no puedan describirse como deformación del ego y de las defensas contra las angustias primitivas, o sea en términos individuales. Se verá, por tanto, que el trabajo hecho por Klein acerca de los mecanismos de defensa por escisión, las proyecciones, las introyecciones y demás, son un intento de enunciar los efectos de la falta de provisión ambiental en términos del individuo. Este estudio sobre los mecanismos primitivos nos da solamente una visión parcial del asunto; la otra parte debemos hallarla en la reconstrucción del medio ambiente y de sus fallos. Esta otra parte no puede aparecer en la transferencia debido a que el paciente no tiene conocimiento del

15. Para una ampliación de este aspecto de los procesos de desarrollo véase mi escrito *Transitional Objects and Transitional Phenomena* (1951).

cuidado materno, ya sea en sus aspectos satisfactorios o deficientes, tal como existía en la situación infantil originaria.

#### *Examen de un detalle del cuidado materno*

El ejemplo siguiente les mostrará la sutileza propia del cuidado de las criaturas. La criatura se halla fusionada con la madre, y mientras así sea, cuanto más se aproxime ésta a la comprensión exacta de las necesidades de la criatura mejor será. Sin embargo, se produce un cambio al llegar el final de esta fusión, final que no tiene por qué ser gradual. Tan pronto la madre y la criatura se encuentren separadas, desde el punto de vista de la segunda, se observará que la madre tiende a un cambio de actitud. Es como si se diese cuenta de que la criatura ya no cuenta con la condición en la que se produce una comprensión casi mágica de sus necesidades. Parece que la madre sepa que la criatura posee una nueva capacidad: la de emitir una señal que indique la necesidad que la madre debe atender. Pudiera decirse que si ahora la madre sabe perfectamente lo que necesita la criatura, esto es magia y no proporciona base alguna para una relación objetal. Aquí nos encontramos con las palabras de Freud: «Probablemente el niño efectúa una alucinación de la satisfacción de sus necesidades internas; revela su displacer, cuando hay un aumento del estímulo sin la correspondiente satisfacción, mediante la descarga motora de los chillidos y pataleos, y entonces experimenta la satisfacción que antes había imaginado.» Dicho de otro modo, al finalizar la fusión, cuando la criatura se ha separado del medio ambiente, uno de los rasgos importantes de la nueva situación es que la criatura tiene que dar una señal.<sup>16</sup> Esta sutileza la vemos claramente en la transferencia durante nuestro trabajo analítico. Es muy importante —a excepción de los casos en que el paciente haya efectuado una regresión a la primera infancia y a un estado de fusión— que el analista no sepa las respuestas, salvo hasta donde el paciente le dé la clave de las mismas. El analista reúne estas claves y realiza las interpretaciones, sucediendo a menudo que el paciente no da ninguna clave para asegurarse así de que el analista se vea reducido a la impotencia. Esta limitación del poder del analista es importante para el paciente, al igual que el poder del analista, representado por la interpretación correcta y hecha en el mo-

16. La posterior teoría freudiana (1926) según la cual la angustia es una señal para el ego.

mento preciso, basándose en las claves y la cooperación inconsciente del paciente que suministra el material que va acumulándose y justifica la interpretación. De esta manera es posible que el estudiante haga un análisis mejor que el que realizará al cabo de unos años, cuando sepa más. Una vez han pasado varios pacientes por su consultorio, el analista empieza a encontrar fastidioso seguir el ritmo lento marcado por el paciente, y empieza a formular sus interpretaciones no de acuerdo con el material que en un día determinado le facilite el paciente, sino en base a sus propios conocimientos acumulados o a su adhesión momentánea a un grupo dado de ideas. Ello no tiene ninguna utilidad para el paciente. Puede que el analista parezca muy inteligente y se granjee la admiración del paciente, pero a la larga la interpretación correcta constituye un trauma que el paciente tiene que rechazar porque no es la suya. El paciente se queja en el sentido de que el analista intenta hipnotizarlo, es decir, le invita a realizar una severa regresión a la dependencia, impulsándolo a una fusión con el analista.

Lo mismo puede observarse en las madres de niños pequeños; las madres que han tenido varios niños empiezan a dominar tanto la técnica de ser madre, que hacen todo lo que deben hacer en el momento adecuado, y entonces la criatura que ha empezado a separarse de la madre no dispone de medio alguno para asumir el control de todo lo bueno que tiene lugar a su alrededor. El gesto creador, el llanto, la protesta, todos los signos pequeños que deberían producir la acción de la madre, todas estas cosas faltan, y no aparecen porque la madre ya ha satisfecho la necesidad, igual que si la criatura siguiera fusionada con ella y ella con la criatura. Así, la madre, al ser en apariencia tan buena madre, hace algo peor que castrar a la criatura: dejarla ante dos alternativas; la de hallarse en un estado permanente de regresión y de fusión con la madre o, por el contrario, llevar a cabo un rechazo total de la misma, incluso de aquella que en apariencia es una buena madre.

Vemos, por tanto, que en la infancia y en la crianza de niños existe una distinción muy sutil entre, por una parte, la comprensión materna de las necesidades de la criatura basada en la identificación emocional con ella y, por otra, el paso de la madre a un estado de comprensión basado en los signos emitidos por la criatura o niño pequeño para indicar su necesidad. Esto resulta singularmente difícil para las madres, ya que los niños fluctúan entre uno y otro estado; en efecto, en un momento dado estarán fusionados con la ma-

dre y necesitarán de su identificación emocional, y en cuestión de segundos se hallarán separados de ella, y entonces, si la madre conoce de antemano sus necesidades, se convertirá en un peligro, en una especie de bruja. Resulta muy extraño que las madres apenas instruidas se adapten satisfactoriamente a semejantes cambios, y que lo hagan sin tener ningún conocimiento de la teoría. En la labor psicoanalítica este detalle se reproduce en los casos límite, y en todos los casos en ciertos momentos de gran importancia cuando la dependencia en la transferencia es máxima.

#### *Desconocimiento del cuidado materno satisfactorio*

Es axiomático en estas cuestiones del cuidado materno referentes al sostenimiento, que cuando las cosas van bien la criatura no dispone de medio alguno de conocer lo que se le está suministrando acertadamente y lo que se está suprimiendo en bien suyo. Por otra parte, es precisamente cuando las cosas van mal que el niño cobra conciencia, no del fallo del cuidado materno, sino de los resultados de dicho fallo, sean cuales fueren; es decir, la criatura se da cuenta de la reacción ante algún hecho conflictivo. El resultado de un buen cuidado materno consiste en que la criatura lleva en sí una continuidad existencial que constituye la base de la fuerza del ego; mientras que el fallo de dicho cuidado produce la interrupción de esa continuidad a causa de las reacciones provocadas por las consecuencias del fallo en cuestión, con el consiguiente debilitamiento del ego.<sup>17</sup> Semejantes interrupciones constituyen el aniquilamiento y evidentemente van asociadas con un dolor de característica e intensidad psicóticas. En los casos extremos la criatura existe solamente en base a una continuidad de reacciones ante los conflictos y de sus consiguientes recuperaciones. Ello contrasta en gran medida con la continuidad existencial que constituye mi concepto de la fuerza del ego.

17. En los casos de carácter lo que se presenta a nuestra atención inmediata es este debilitamiento del ego, así como los diversos intentos que el individuo hace para enfrentarse a ella; y con todo, sólo el estudio de la etiología permite separar el aspecto defensivo de este sintoma que se nos presente del origen en un fallo ambiental. Me he referido a un aspecto específico de esto en el diagnóstico de la tendencia antisocial como problema básico situado detrás del «síndrome de la delincuencia» (19).

### 3. Los cambios en la madre

Es importante en este contexto examinar los cambios que tienen lugar en las mujeres que están a punto de tener un hijo o que acaban de tenerlo. Al principio estos cambios son casi fisiológicos y empiezan con el hecho físico de llevar la criatura en el vientre. Si empleásemos la expresión «instinto maternal», la descripción quedaría incompleta. El hecho es que, dentro de la normalidad, las mujeres experimentan cambios en su orientación hacia sí mismas y hacia el mundo; pero, por muy arraigados en la fisiología que estén dichos cambios, son susceptibles de sufrir deformaciones a causa de mala salud mental en la mujer. Es preciso considerar que estos cambios son de naturaleza psicológica, pese a la posible presencia de factores endocrinológicos que pueden tratarse médicamente.

No hay duda de que los cambios fisiológicos sensibilizan a la mujer para los cambios psicológicos, más sutiles éstos, que les siguen.

Poco después de la concepción, o cuando se sabe que ésta es posible, la mujer empieza a cambiar en su orientación y a ocuparse de los cambios que tienen lugar dentro de ella. Su propio cuerpo la estimula de diversas maneras a interesarse por sí misma.<sup>18</sup> La madre desvía parte de su sentimiento propio hacia el bebé que crece dentro de ella. Lo que importa es la aparición de un estado de cosas que merece ser descrito y cuya teoría necesita ser desarrollada.

Parecidos cambios de orientación los experimenta el analista al satisfacer las necesidades de un paciente que, en la transferencia, está reviviendo estas etapas iniciales. Y el analista, a diferencia de la madre, tiene que ser consciente de la sensibilidad que se está desarrollando en su interior en respuesta a la inmadurez y dependencia del paciente. Cabría pensar que esto es una ampliación de la descripción freudiana según la cual el analista se halla en un estado voluntario de atención.

La descripción detallada de los cambios de orientación en la mujer que va a ser o acaba de ser madre estaría fuera de lugar en este estudio. Así, pues, he tratado de describirlos en otra obra empleando un léxico popular o, al menos, no científico (Winnicott, 1949 a).

Existe una psicopatología de estos cambios de orientación, siendo los casos de anormalidad extrema objeto de estudio

18. Un planteamiento más detallado de este extremo lo encontrarán en *Primary Maternal Preoccupation* (1956).

de quienes se ocupan de la psicología de la locura puerperal. Sin duda hay muchas variaciones de calidad que no constituyen anormalidades. Es el grado de deformación lo que constituye anormalidad.

Por regla general, las madres se identifican, de una u otra forma, con el bebé que crece en sus entrañas, lo cual les permite emplear una potente capacidad para intuir las necesidades del bebé. Se trata de una identificación proyectiva. Esta identificación con el bebé dura cierto tiempo después del alumbramiento y luego, poco a poco, pierde importancia.

En los casos corrientes, la madre lleva esta orientación hacia la criatura más allá del proceso del parto. La madre que no adolece de ninguna deformación en este sentido se muestra dispuesta a alojar su identificación con la criatura a medida que ésta se va separando necesariamente de ella. Es posible proveer un buen cuidado inicial pero no lograr completar el proceso debido a la incapacidad para permitir que llegue a su fin natural, con lo que la madre tiende a permanecer fusionada a la criatura y a demorar la separación. Es, en todo caso, difícil para una madre separarse de su criatura con la misma celeridad con que ésta necesita separarse de la madre.<sup>19</sup>

Lo importante, a mi modo de ver, es que la madre, por medio de su identificación con la criatura, sabe cómo se siente ésta y, por tanto, es capaz de darle casi exactamente todo cuanto necesita en forma de sostenimiento y de provisión de un medio ambiente general. Sin tal identificación considero que la madre no aportará lo que la criatura necesita al principio: una adaptación viva a sus necesidades. Lo principal es el sostenimiento físico, base de todos los demás aspectos, más complejos, del sostenimiento y de la provisión ambiental en general.

Es cierto que el bebé puede ser tan distinto de la madre que ésta sufra errores de cálculo. Así, el bebé puede ser más lento o más rápido que ella, etc. De esta manera habrá veces en que la apreciación materna de las necesidades del bebé no se ajustará a la realidad. Sin embargo, al parecer, lo corriente es que las madres no deformadas por la mala salud o por la tensión ambiental cotidiana tiendan, en conjunto, a saber con suficiente exactitud cuáles son las necesidades de sus hijos y, además, gusten de satisfacerlas. He aquí la esencia del cuidado materno.

19. Ejemplos tipo del problema que surge en la labor clínica y que está relacionado con este grupo de ideas fueron presentados en un escrito anterior (1498).

Con «el cuidado que recibe de su madre» toda criatura es capaz de tener una existencia personal, y así empieza la evolución de lo que podría denominarse una *continuidad existencial*. Partiendo de esta continuidad, el potencial heredado va desarrollándose hasta convertirse en una criatura individual. Si el cuidado materno no es lo bastante bueno, entonces la criatura no llega realmente a tener una existencia, ya que no hay ninguna continuidad existencial; en su lugar, su personalidad se edifica sobre una serie de reacciones provocadas por los conflictos ambientales.

Todo esto es significativo para el analista. A decir verdad, la posibilidad de lograr una visión clara de lo que acontece en la infancia depende menos de la observación directa de las criaturas que del estudio de la transferencia en el marco analítico. Esta labor sobre la dependencia infantil proviene del estudio de los fenómenos de la transferencia y de la contratransferencia pertenecientes al trabajo del psicoanalista en los casos límite. En mi opinión, este trabajo constituye una prolongación legítima del psicoanálisis y el único cambio con respecto al mismo reside en la diagnosis de la enfermedad del paciente, enfermedad cuya etiología se remonta más allá del complejo de Edipo y entraña una deformación acaecida en la etapa de dependencia absoluta.

Freud fue capaz de descubrir la sexualidad infantil bajo un nuevo aspecto por haberla reconstruido partiendo de su labor analítica con los pacientes psiconeuróticos. Ampliando su labor para que dé cabida al tratamiento del caso límite de los pacientes psicóticos, podremos reconstruir la dinámica de la infancia y de la dependencia infantil, así como del cuidado materno que satisface dicha dependencia.

## Resumen

1. Se lleva a cabo un examen de la infancia; ello no equivale a un examen de los mecanismos mentales primitivos.
2. El principal rasgo de la infancia es la dependencia, de la que se habla en términos del ambiente sostenedor.
3. Todo estudio de la infancia debe dividirse en dos partes:
  - a) El desarrollo de la criatura facilitado por un cuidado materno satisfactorio.
  - b) El desarrollo de la criatura deformado por un cuidado materno que no es lo bastante satisfactorio.

4. Es posible afirmar que el ego de la criatura es débil, pero de hecho es fuerte gracias al apoyo que le proporciona el cuidado materno. Allí donde el cuidado materno fracasa, la debilidad del ego infantil se hace evidente.

5. Una serie de procesos en la madre (y en el padre) ocasionan, en la normalidad, un estado especial en el que el padre o la madre están orientados hacia la criatura y, por consiguiente, se hallan en situación de satisfacer su dependencia. Existe una patología de estos procesos.

6. Se llama la atención sobre las diversas formas en que estas condiciones inherentes a lo que se denomina «ambiente sostenedor»<sup>20</sup> pueden o no aparecer en la transferencia si, en una fecha posterior, la criatura es sometida a análisis.

20. El concepto de «sostenimiento» en la labor de asistencia social: Cf. WINNICOTT, Clarc (1954).



La integración del ego  
en el desarrollo  
del niño (1962)

El término «ego» puede utilizarse para describir la parte de la personalidad humana en crecimiento que, dadas unas condiciones favorables, queda integrada en una unidad.

En el cuerpo de una criatura anencefálica tienen lugar unos acontecimientos funcionales, entre los que se incluyen las localizaciones instintivas, que, de existir un cerebro, serían calificadas de experiencias de la función del id. Podría decirse que, de haber habido un cerebro normal, se hubiese producido una organización de estas funciones, organización a la que se hubiese colocado la etiqueta de «ego». Pero sin aparato electrónico no puede haber experiencia alguna y, por lo tanto, ningún ego.

Sin embargo, la funcionalidad del id no se pierde normalmente, sino que se reúne en todos sus aspectos y pasa a ser la experiencia del ego. Así, pues, no tiene sentido aplicar la palabra «id» a fenómenos que no son amparados, catalogados, experimentados y finalmente interpretados por la funcionalidad del ego.

En las primerísimas fases del desarrollo de un niño, por tanto, la funcionalidad del ego debe ser tomada en calidad de concepto inseparable del de la existencia de la criatura en tanto que persona. Podemos hacer caso omiso de la vida instintiva que pueda haber aparte de la funcionalidad del ego, ya que la criatura todavía no es una entidad que viva unas experiencias. No hay id alguno antes del ego. Sólo si se parte de esta premisa es posible justificar el estudio del ego.

Como verán, el ego se ofrece para ser estudiado mucho antes de que la palabra «personalidad» resulte pertinente. La palabra en cuestión aparece después de que el niño haya empezado a utilizar su intelecto para mirar lo que los demás ven, sienten u oyen y a lo que conciben cuando se encuentran con su cuerpo infantil. (El concepto de la personalidad no lo estudiaremos en este capítulo.)

La primera pregunta que surge con respecto a eso que acabamos de llamar ego es ésta: ¿hay un ego desde buen principio? La respuesta es que el principio está en el momento en que el ego empieza.<sup>1</sup>

Entonces surge la segunda pregunta: el ego, ¿es fuerte o débil? La respuesta a esta segunda pregunta depende de la madre de que se trate y de su capacidad para satisfacer la dependencia absoluta de su criatura al principio, en la fase en que la criatura todavía no ha separado a la madre de su personalidad.

Con arreglo a mi terminología, la madre satisfactoria o buena es aquella que es capaz de hacer frente a las necesidades de su criatura al principio, y hacerlo tan bien que la criatura, al tener lugar su salida de la matriz de la relación madre-criatura, es capaz de vivir una breve *experiencia de omnipotencia*. (No hay que confundir esto con la *omnipotencia*, que es el nombre dado a una propiedad del sentimiento.)

La madre es capaz de hacer esto por haberse entregado temporalmente a una tarea: cuidar de su pequeño. Su tarea es posible gracias a que el niño está dotado de una capacidad para relacionarse con *objetos subjetivos* cuando la función de apoyo del ego materno es operativa. Bajo este respecto, puede que el bebé se encuentre con el principio de realidad aquí y allí, a cada dos por tres, pero no en todas partes y de súbito: es decir, el bebé retiene áreas de los objetos subjetivos junto con otras áreas en las que existe cierta relación con objetos percibidos objetivamente o, dicho de otro modo, objetos que «no son él».

Tal es la diferencia entre los comienzos de un bebé cuya madre es capaz de cumplir bien esta función y los de otro bebé cuya madre no puede desempeñarla lo bastante bien, que de nada sirve describir los bebés en las primeras fases como no sea en relación con la funcionalidad de la madre. Cuando la madre no es lo bastante «buena», el pequeño no logra iniciar la maduración de su ego o bien, de hacerlo, el desarrollo del ego forzosamente sufrirá deformaciones en ciertos aspectos de importancia vital.

1. Conviene recordar que el principio es una suma de principios.

Que quede bien entendido que cuando se hace referencia a la capacidad de adaptación de la madre, sólo muy superficialmente tocamos su habilidad para satisfacer los impulsos orales de la criatura, nutriéndola satisfactoriamente, por ejemplo. Lo que estamos viendo en este momento corre en dirección paralela a semejante consideración. A decir verdad, es posible satisfacer un impulso oral y con ello *violar* la función del ego de la criatura, o la que más tarde será celosamente guardada como núcleo de la personalidad. La satisfacción obtenida en la actividad de nutrición puede, de hecho, constituir una seducción y resultar traumática cuando el bebé no se halla al amparo de la funcionalidad del ego.

En la etapa que estamos estudiando es necesario pensar en el bebé no como persona que siente hambre, y cuyos impulsos instintivos pueden ser satisfechos o frustrados, sino que debemos considerarlo un ser inmaduro que en todo momento se halla *al borde de una angustia inconcebible*. Esta angustia inconcebible es mantenida a raya por la importantísima función que la madre desempeña en esta fase: su capacidad para ponerse en el lugar del bebé y saber cuáles son sus necesidades dentro del gobierno general del cuerpo y, por ende, de la persona. El amor, en esta fase, sólo puede demostrarse en términos de cuidados corporales, tal y como sucede en la última etapa de un embarazo completo.

La angustia inconcebible presenta solamente unas cuantas variantes, cada una de las cuales constituye la clave de un aspecto determinado del crecimiento normal:

1. Deshacerse.
2. Caer para siempre.
3. No tener relación alguna con el cuerpo.
4. Carecer de orientación.

Habrán reconocido que se trata de la «materia prima» de las *angustias psicóticas*, las cuales, desde el punto de vista clínico, corresponden a la esquizofrenia o a la aparición de un elemento esquizoide oculto en una personalidad por lo demás no psicótica.

Al llegar aquí se impone una interrupción para examinar lo que le sucede al bebé que no recibe un cuidado satisfactorio durante la primera fase, antes de que el bebé haya establecido una diferencia entre la percepción objetiva y la subjetiva. El tema es complejo a causa de los numerosos grados y variantes que puede presentar la insuficiencia materna. Conviene, ante todo, hacer referencia a:

1. Las deformaciones de la organización del ego que constituyen la base de las características esquizoides.

2. La defensa específica del autosostenimiento, o el desarrollo de una personalidad vigilante y la organización de un aspecto falso de la personalidad (falso por cuanto lo que demuestra no es un derivado del individuo sino del aspecto materno del acoplamiento criatura-madre). Se trata de una defensa cuyo éxito puede acarrear una nueva amenaza al núcleo de la personalidad, pese a estar destinada a ocultar y proteger dicho núcleo.

Las consecuencias de un deficiente apoyo del ego por parte de la madre son a veces devastadoras; citaremos las siguientes:

#### a) Esquizofrenia infantil o autismo

En este conocido grupo de enfermedades tienen cabida los trastornos subsiguientes a las lesiones físicas y deficiencias del cerebro, e incluye también cierto grado de cada una de las clases de fallos de los primeros detalles de la maduración. En cierto número de casos no hay indicio alguno de enfermedades o defectos neurológicos.

Es frecuente que el psiquiatra de la infancia se encuentre ante la imposibilidad de decidirse entre diagnosticar un defecto primario, un caso leve de la enfermedad de Little, un simple fallo psicológico en los inicios de la maduración de un niño con el cerebro intacto, o bien una combinación de dos o todas las anomalías citadas. En algunos casos hay indicios de una reacción producida por el fracaso del apoyo del ego que estoy describiendo en este capítulo.

#### b) Esquizofrenia latente

Se conocen muchas variedades clínicas de esquizofrenia latente en niños que pasan por normales; a veces estos niños dan muestras de gran precocidad y de poseer un intelecto de singular brillantez. La enfermedad, en tales casos, se hace evidente por la fragilidad de semejantes «logros». Las tensiones propias de las fases posteriores del desarrollo pueden ocasionar una enfermedad.

#### c) Falsa autodefensa

El empleo de defensas, especialmente la consistente en una falsa personalidad, hace posible que gran número de niños parezcan «prometedores», pero a la larga algún

trastorno vendrá a revelar la ausencia en ellos de una verdadera personalidad.

#### d) Personalidad esquizoide

Comúnmente se desarrolla un trastorno de la personalidad que depende de la presencia soterrada de un elemento esquizoide en una personalidad por lo demás sana. Los elementos esquizoides de índole grave quedan socializados en la medida en que logren ocultarse en un patrón de trastorno esquizoide que sea aceptado por la cultura a la que pertenezca la persona.

En la investigación de casos individuales es posible establecer la relación entre estos grados y variedades de defectos de la personalidad y los diversos grados y variedades de fallos que presenta el sostenimiento, la manipulación y la presentación objetal en la fase inicial. Con esto no niego la existencia de factores hereditarios, sino que los mismos se ven complementados en ciertos aspectos importantes.

El desarrollo del ego se caracteriza por varias tendencias:

1. La principal tendencia del proceso de maduración se concentra en los diversos significados de la palabra *integración*. La integración en el tiempo se suma a lo que podríamos llamar «la integración en el espacio».

2. El ego se basa en un ego corporal, pero es sólo cuando todo va bien que la persona del bebé empieza a ir enlazada con el cuerpo y sus funciones, con la piel en su cometido de membrana restrictiva. He adoptado el término *personalización* para describir este proceso, ya que el término «despersonalización» me parece, en esencia, indicar la pérdida de una firme unión entre el ego y el cuerpo, incluyendo los impulsos y las satisfacciones del id. (El término «despersonalización» ha adquirido un significado más completo en los escritos psiquiátricos.)

3. El ego *inicia la relación objetal*. Con un buen cuidado materno al principio, el bebé no se halla sujeto a las satisfacciones instintivas salvo en la medida en que exista la participación del ego. En este sentido, se trata menos de una cuestión de dar satisfacción al bebé que de permitirle encontrar y adaptarse por sí mismo al objeto (seno, biberón, leche, etc.).

Al tratar de evaluar lo que hizo Sechehaye (1951) al dar a su paciente una manzana en el momento preciso (realización simbólica), lo de menos es saber si la paciente se la comió,

se limitó a mirarla o bien la cogió para guárdarsela. Lo que importa es que la paciente fue capaz de crear un objeto, y el papel de Sechehayé consistió simplemente en permitir que dicho objeto tomase forma de manzana, de tal manera que la muchacha creó una parte del mundo real: la manzana.

No parece imposible emparejar estos tres fenómenos del desarrollo del ego con tres aspectos del cuidado de criaturas y niños:

- La integración hace juego con el sostenimiento.
- La personalización hace juego con la manipulación.
- La relación objetal hace juego con la presentación del objeto.

Esto nos lleva a estudiar dos problemas relacionados con la idea de integración:

a) *Integración, ¿partiendo de qué?*

- Resulta útil pensar que la integración surge de elementos motores y sensoriales, es decir, de la materia básica del narcisismo primario. Esta adquiriría una tendencia hacia un sentido existencial. Cabe emplear otros términos para describir esta parte oscura del proceso de maduración, pero es necesario postular los rudimentos de una elaboración imaginativa de la funcionalidad corporal pura si se pretende reclamar el inicio de la existencia de este nuevo ser humano que empieza a recoger experiencias que pueden calificarse de personales.

b) *Integración, ¿con qué?*

Todo esto tiende hacia la instauración de una personalización unitaria, pero, sin temor a exagerar, hay que volver a señalar que lo que sucede en esta fase temprana depende de la protección del ego proporcionada por el elemento materno del acoplamiento criatura-madre.

Puede afirmarse que la satisfactoria protección del ego por parte de la madre (en relación con las angustias inconcebibles) permite que la nueva persona humana se edifique una personalidad de acuerdo con el patrón de una continuidad existencial. Todos los fallos (susceptibles de producir una angustia inconcebible) ocasionan una reacción de la criatura, reacción que corta al través la continuidad existencial. Si persisten las reacciones de esta índole se instaura un patrón de fragmentación de la existencia. La criatura que presente un patrón de fragmenta-

ciones de la línea de continuidad existencial se enfrenta a una labor de desarrollo que, casi desde el mismo principio, apunta hacia la psicopatología. Así, puede que haya un factor muy primitivo (que date de los primeros días u horas de la vida) en la etiología del desasosiego, la hipercinesia y la falta de atención (que más adelante recibe la denominación de «incapacidad para concentrarse»).

Viene ahora al caso afirmar que, sean cuales fueren los factores externos, lo que cuenta es la visión (fantasía) que del factor externo tiene el individuo. Al mismo tiempo conviene no olvidar, sin embargo, que hay una etapa anterior al punto en que el individuo repudia su percepción objetiva. Así, pues, en esta fase tan primitiva no hay factor externo alguno: la madre forma parte del niño. Durante esta fase en el patrón del niño se halla incluida su experiencia de la madre, tal como ella es en su realidad personal.

Diríase, en buena lógica, que lo contrario de integración es desintegración; pero ello es cierto sólo en parte. En principio, para referirnos a lo contrario es mejor hablar de no integración. El término «relajación», aplicado a una criatura, se refiere al hecho de no sentir la necesidad de integrarse, al darse por sentada la función materna de apoyo del ego. Para comprender los estados de no excitación es preciso un estudio más amplio dentro de esta teoría.

El término «desintegración» se emplea para describir una compleja *defensa*; defensa que es una producción activa de caos como defensa contra la no integración en ausencia del apoyo del ego por parte de la madre; es decir, contra la angustia inconcebible o arcaica resultante de la falta de sostenimiento durante la fase de dependencia absoluta. El caos de la desintegración puede resultar tan «malo» como la inestabilidad del medio ambiente, pero presenta la ventaja de ser producido por el bebé y, por consiguiente, de no ser ambiental: se encuentra dentro del campo de la omnipotencia del bebé. Utilizando la terminología del psicoanálisis, diremos que se trata de algo *analizable*, mientras que las angustias inconcebibles no lo son.

La integración se halla estrechamente ligada con la función ambiental del sostenimiento. El logro de la integración estriba en la unidad. En primer lugar viene «yo», incluyéndose en ello «todo lo demás no soy yo». Luego viene «yo soy, yo existo, adquiere experiencias y me enriquezco y poseo una interacción introyectiva y proyectiva con el NO YO, el mun-

do real de la realidad compartida». A esto se le suma lo siguiente: «El hecho de que yo existo es visto o comprendido por alguien» y, después, lo siguiente: «Me es devuelta (como la imagen de un rostro reflejado en el espejo) la evidencia necesaria para saber que he sido reconocido como ser.»

En circunstancias favorables, la piel se convierte en la frontera entre el «yo» y el «no yo» o, para decirlo de otro modo, la psique ha entrado a vivir dentro del soma, dando inicio a una vida psicósomática individual.

La instauración de un estado de «yo soy», junto con el logro de una vida interior o cohesión psicósomática, constituye un estado de cosas que va acompañado por un afecto específico de angustia que incluye el temor a la persecución. Esta reacción persecutoria es inherente a la idea de la repudiación del «no yo» que acompaña a la limitación de la personalidad unitaria dentro del cuerpo, contenido en la membrana restrictiva de la piel.

En la sintomatología de un tipo de enfermedad psicósomática se advierte la insistencia en la interacción psíquica, la cual es mantenida a modo de *defensa* contra la amenaza de perder la unión psicósomática o contra alguna forma de despersonalización.

La manipulación sirve para describir la provisión ambiental que corresponde vagamente a la instauración de una colaboración psicósomática. Sin una manipulación activa y adaptativa satisfactoria, es muy probable que realizar la tarea desde dentro resulte difícil o, de hecho, imposible para que quede instaurado como es debido este desarrollo de una interrelación psicósomática.

El inicio de las relaciones objetales es complejo. No puede tener lugar sin la provisión ambiental de la presentación objetual, realizada de tal forma que el bebé sea quien crea el objeto. El patrón es el siguiente: en el bebé se desarrolla una vaga expectación que tiene su origen en una necesidad no formulada. La madre adaptativa presenta un objeto o manipulación que satisface las necesidades del bebé, y de esta manera el bebé empieza a necesitar justamente lo que la madre le presenta. De este modo el bebé llega a adquirir confianza en su capacidad para crear objetos y para crear el mundo real. La madre da al bebé un breve período en el que la omnipotencia es una cuestión de experiencia. Debo hacer hincapié en que al referirme al inicio de las relaciones objetales no lo hago a las satisfacciones y frustraciones del *id.* Me refiero a las condiciones previas, a la vez internas en el niño y externas, que forman una experiencia del ego partiendo de

la satisfacción obtenida al ser amamantado (o de una reacción ante la frustración).

### Resumen

Mi propósito consiste en llevar a cabo una exposición esquemática de mi concepto de los comienzos del ego. Hago uso del concepto de «integración del ego» y del lugar que ocupa al comenzar el desarrollo emocional de la criatura humana, la que constantemente está pasando de la dependencia absoluta a la dependencia relativa en su recorrido hacia la independencia. Trazo, asimismo, los comienzos de las relaciones objetales dentro del marco de la experiencia y crecimiento del bebé.

Más adelante trato de evaluar la importancia del medio ambiente real en la fase más primitiva; es decir, antes de que el bebé haya hecho la separación del «no yo» del «yo». Señalo el contraste entre la fuerza del ego del bebé que recibe apoyo del comportamiento adaptativo de la madre, o que recibe amor, y la debilidad del ego del bebé para el cual la provisión ambiental ha sido deficiente en esta fase primitiva.

## Proveer para el niño en la salud y en las crisis' (1962)

Entramos ahora en un tema muy amplio, tanto que elegiré ciertos aspectos que pueden enunciarse fácilmente y que a mí me parecen significativos, comentando de modo especial aquellos que son propios de nuestros días.

1. Actualmente, cuando hablamos de proveer para la salud nos referimos a la salud mental. Lo que nos ocupa es el desarrollo emocional del niño y la colocación de los cimientos sobre los que pueda edificarse toda una vida de salud mental. Ello obedece a que han sido tan grandes los avances en la vertiente física de la pediatría que sabemos perfectamente qué terreno pisamos. Hay un desarrollo corporal que, contando con unos factores hereditarios favorables, tiene lugar como resultado de la buena alimentación y de unas buenas condiciones físicas. Sabemos cuál es el significado de las palabras «buena alimentación» y en nuestros días las enfermedades de carencia son raras. Asimismo, ante los casos de inanición o de malas condiciones de alojamiento, nuestra conciencia social nos indica lo que debemos hacer. En Gran Bretaña todo esto ha cristalizado en el Welfare State, el cual, pese a todos sus inconvenientes y los nuevos problemas que ha creado, nos hace sentirnos más bien satisfechos, aunque gruñamos un poco cuando llega el momento de pagar los impuestos.

Así, pues, al estudiar este tema daremos por sentado que

1. Presentado en una mesa redonda organizada por la Extension Division Workshop del San Francisco Psychoanalytic Institute, en octubre de 1962.

nos referimos a niños que están sanos, desde el punto de vista físico, tan sanos como puedan hallarse gracias a la profilaxis y a la terapéutica modernas o que, por el contrario, padecen de alguna enfermedad física que la pediatría es capaz de controlar. En este segundo caso, nuestro objetivo será estudiar la salud mental del niño que padezca esa enfermedad. En obsequio a la simplicidad, empezaremos tratando de la salud mental del niño físicamente sano.

Por supuesto que si un niño sufre anorexia nervosa la inanición resultante no podremos imputarla a una negligencia física. Si nos hallamos ante una familia de las que hemos dado en llamar «con problemas», no podremos echar sobre la autoridad local toda la culpa de que el niño se esté criando en condiciones miserables. El cuidado físico se ve afectado por la habilidad que el niño o sus padres tengan para recibir cuidados, y vemos que en torno a la zona que llamamos «de cuidados físicos» se halla el complejo territorio de los trastornos emocionales del individuo, de los grupos formados por individuos y de la sociedad.

2. Proveer para el niño es, por tanto, cuestión de proveer el medio ambiente que facilite la salud mental y el desarrollo emocional del individuo. Realmente hoy en día sabemos mucho sobre la forma en que se realiza el paso de la niñez a la edad adulta y de la infancia a la niñez. La regla principal consiste en que la salud es madurez, madurez acorde con la edad del individuo.

El desarrollo emocional del niño tiene lugar cuando se han provisto las condiciones adecuadas para ello; el impulso a desarrollarse nace del mismo niño, de su interior. Las fuerzas que impelen hacia la vida, hacia la integración de la personalidad, hacia la independencia, son inmensamente potentes y hacen que el niño, en condiciones favorables, haga progresos; cuando las condiciones no son suficientemente positivas, estas fuerzas quedan retenidas en el interior del niño, al que, de una forma u otra, tienden a destruir.

Tenemos una visión dinámica del desarrollo infantil que nos hace verlo convertirse (en condiciones normales) en los impulsos que llamamos «familiares» y «sociales».

3. Si la salud es madurez, entonces la inmadurez, de la clase que sea, es mala salud mental y, por ende, una amenaza para el individuo y una pérdida para la sociedad. En efecto, si bien la sociedad sabe hacer uso de las tendencias agresivas del individuo, no encuentra aplicación para su inmadurez. Si consideramos qué debemos proveer aquí, vemos que tenemos que añadir lo siguiente:

- a) Tolerancia de la inmadurez individual y de la mala salud mental.
- b) Terapéutica.
- c) Profilaxis.

4. Quiero decir algo inmediatamente para contrarrestar la posible impresión de que, a mi modo de ver, la salud es suficiente. No nos ocupamos solamente de la madurez individual y de que los individuos estén libres de trastornos mentales y psiconeurosis; lo que nos preocupa es la riqueza del individuo, no en el sentido económico o crematístico, sino en lo que se refiere a su realidad psíquica interior. A decir verdad, con frecuencia perdonamos la mala salud mental o algún rasgo de inmadurez en un hombre o en una mujer por tratarse de una persona dotada de una personalidad tan rica que la sociedad puede beneficiarse mucho de la excepcional aportación de la que dicha persona es capaz. Me atrevo a decir que la aportación de Shakespeare fue tan grande que no nos importaría demasiado averiguar que era inmaduro, homosexual o antisocial en algún sentido localizado. Este principio podemos aplicarlo ampliamente y no hará falta que me extienda sobre él. Así, por ejemplo, puede que un proyecto de investigación demuestre, con toda clase de estadísticas, que las criaturas alimentadas con biberón gozan de una salud física superior, incluso con menor propensión a los trastornos mentales, que las que son alimentadas por otro procedimiento. Sin embargo, nos ocuparemos igualmente de las criaturas amantadas por la madre, y de la riqueza de la experiencia que así obtienen en comparación con el otro procedimiento, si de este modo se ve afectada la riqueza del potencial de personalidad perteneciente a la criatura que ya ha pasado a la niñez y de ésta a la edad adulta.

Me sentiré satisfecho si he logrado que quede bien claro que apuntamos a proveer algo más que las condiciones saludables que produzcan salud. La riqueza de calidad, con preferencia a la salud, es lo que ocupa el peldaño más alto del progreso humano.

5. Hablamos de proveer para el niño, y para el niño a través del adulto. El adulto maduro, de hecho, está tomando parte en la actividad de proveer. Dicho de otro modo: la niñez consiste en una progresión desde la dependencia hasta la independencia. Nos es necesario examinar las necesidades del niño, necesidades que cambian a medida que éste pasa de la dependencia a la independencia. Esto nos llevará al estudio de las primeras necesidades de los niños pequeños y las cria-

turas, y también a los extremos de la dependencia. Consideremos que los grados de dependencia forman una serie:

- a) *Dependencia extrema*: Las condiciones deben ser lo bastante buenas, de lo contrario la criatura no puede iniciar el desarrollo que nace con ella.  
Fallo ambiental: defecto mental no orgánico; esquizofrenia en la niñez; propensión a trastorno mental hospitalizable más adelante.
- b) *Dependencia*: Las condiciones fallidas de hecho traumatizan, pero existe ya una persona susceptible de ser traumatizada.  
Fallo ambiental: propensión a trastornos afectivos; tendencia antisocial.
- c) *Mezclas de dependencia-independencia*: El niño experimenta con la independencia, pero necesita ser capaz de revivir la dependencia.  
Fallo ambiental: dependencia patológica.
- d) *Independencia-dependencia*: Se trata de lo mismo, pero con la independencia acentuada.  
Fallo ambiental: carácter desafiante; estallidos de violencia.
- e) *Independencia*: Entraña un medio ambiente interluzado: la habilidad por parte del niño o de la niña de cuidar de sí mismo o de sí misma.  
Fallo ambiental: no es forzosamente perjudicial.
- f) *Sentido social*: Queda implicado que el individuo puede identificarse con los adultos y con un grupo social, o con la sociedad, sin pérdida excesiva del impulso y la originalidad personal, y sin pérdida excesiva tampoco de los impulsos destructivos y agresivos que, es de presumir, habrán encontrado formas desplazadas de expresión satisfactoria.  
Fallo ambiental: responsabilidad parcial del individuo, a su vez padre o madre, o de una figura paterna en la sociedad.

6. Es, por supuesto, simplificar excesivamente afirmar que la salud es madurez (acorde con la edad del individuo). El historial del desarrollo emocional de un niño es algo tremendamente complicado, y más complejo de lo que creemos. No

podemos resumir en unas pocas palabras lo que sabemos, ni nos es posible llegar a un acuerdo total en los detalles. Pero eso no importa. Las criaturas y los niños llevan siglos creciendo y desarrollándose satisfactoriamente, es decir, de forma ajena a los progresos realizados en nuestra comprensión intelectual de la niñez. Pero lo que sí tenemos que hacer es tratar de formular una teoría del crecimiento normal de manera que podamos comprender la enfermedad y los diversos tipos de inmadurez, puesto que ya no nos damos por satisfechos si no somos capaces de curar y prevenir. Nos resulta tan inaceptable la esquizofrenia infantil como, por ejemplo, la poliomielitis o la parálisis cerebral. Nos esforzamos en prevenir y confiamos en llegar a la curación allí donde la anomalía esté presente, es decir, allí donde haya alguien que sufra.

No obstante, es preciso decir que si uno acepta en primer lugar los factores hereditarios, entonces:

- a) La provisión de un factor ambiental satisfactorio tiende verdaderamente a prevenir los trastornos psicóticos o esquizofrénicos; pero
- b) pese a todos los buenos cuidados del mundo, el niño es propenso a los trastornos asociados con los conflictos que surjan de la vida instintiva.

Con respecto a b): el niño que sea lo bastante normal como para llegar a las situaciones triangulares, como es el caso entre las personas sanas a la edad en que se dan los primeros pasos, cuando (como sucede más tarde en la adolescencia) la vida instintiva se encuentra en su punto nodal de expresión intensa, ese niño se halla sujeto a conflictos que, hasta cierto punto, clínicamente se manifiestan en forma de angustia y de defensas organizadas contra la angustia. Estas defensas se presentan dentro de la normalidad, pero cuando son rígidas constituyen las formaciones de síntomas propias de la enfermedad psiconeurótica (no la enfermedad psicótica).

Así, pues, en la salud o normalidad las dificultades personales tienen que ser resueltas dentro del niño y no pueden ser prevenidas por medio del buen gobierno del mismo. Las deformaciones anteriores, por el contrario, sí pueden prevenirse.

Resulta difícil afirmar esto sin dar pie a errores de interpretación. Sea cual fuere la fase del desarrollo que se esté estudiando, el tema central lo constituyen siempre los conflictos personales de la criatura o del niño. Son las tendencias



innatas hacia la integración y el crecimiento lo que produce la salud; no es la provisión ambiental. Y, pese a ello, una provisión satisfactoria es necesaria, de un modo absoluto al principio, y relativo en fases posteriores, en la del complejo de Edipo, en el período de latencia, y también en la adolescencia. He procurado encontrar palabras que indicasen un grado de crecimiento de dependencia de la provisión ambiental.

7. Con el fin de no sobrecargar este capítulo con el enunciado de la teoría del desarrollo emocional, conviene referirnos del siguiente modo a las fases esenciales:

- A. Desarrollo en términos de la vida instintiva (*id*); es decir, en términos de relaciones objetales.
- B. Desarrollo en términos de la estructura de la personalidad (*ego*); es decir, en términos de lo que existe para experimentar impulsos instintivos y las relaciones objetales que tienen por fundamento a los impulsos instintivos.

A. En la teoría de acuerdo con la cual trabajamos hay una conocida progresión desde una vida instintiva alimentaria a una vida instintiva genital. El período de latencia señala el fin de un período de crecimiento que será reanudado en la pubertad. El niño normal de cuatro años lleva en sí la capacidad para experimentar una identificación con el padre y la madre en las relaciones instintivas de éstos, pero esta experiencia es completa solamente en los juegos y en los sueños, y lo es mediante el empleo del simbolismo. En la pubertad, el crecimiento del niño añade a todo esto la capacidad física para la experiencia genital y también para matar de hecho. Este es el tema central del desarrollo personal en la niñez.

B. Ciertas tendencias que se registran en el desarrollo de la personalidad se caracterizan por el hecho de ser constatables desde su mismo principio, sin que jamás lleguen a ser completas. Me refiero a aspectos como:

- a) La integración, incluyendo la integración en el tiempo.
- b) Lo que pudiera denominarse «in-habitación»: la consecución de una relación estrecha y fácil entre la psique y el cuerpo, y la funcionalidad de éste.
- c) El desarrollo de la capacidad para establecer relaciones objetales pese a que en cierto sentido, y ello es importante, el individuo es un fenómeno aislado y definiendo este aislamiento a toda costa.

- d) **Las tendencias que gradualmente van manifestándose en los casos normales:** la que conduce hacia la independencia (a la que ya me he referido); la capacidad para sentimientos de inquietud y de culpabilidad; la capacidad para amar a las mismas personas que nos gustan: finalmente, la capacidad para experimentar felicidad en los momentos apropiados.

Al hablar de la provisión para la salud mental resulta más útil atenerse a la fase 2 que a la 1. Los importantísimos detalles de la fase 1 se cuidarán de sí mismos; en caso de producirse alguna anomalía, el niño necesitará los cuidados de un psicoterapeuta. Sin embargo, en lo que se refiere a los procesos agrupados en la fase 2, lo que proveemos mantiene su importancia a lo largo del crecimiento del niño; a decir verdad nunca deja de ser importante, juntándose con las provisiones que atañen a las personas que cuidan de los ancianos. Dicho de otra forma: haremos bien en examinar las necesidades de las criaturas y luego traducir dichas necesidades a un lenguaje que resulte apropiado para todas las edades.

Daré un ejemplo para que se me entienda mejor: Cuando instalamos una piscina y todos los accesorios pertinentes, este hecho de proveer una piscina se enlaza con el cuidado que la madre pone en el acto de bañar a su criatura y, en general, en todo cuanto ella hace para satisfacer las necesidades de movimiento corporal y expresión, así como las experiencias satisfactorias para los músculos y la piel. Se enlaza, asimismo, con la provisión apropiada dentro de la terapia de ciertas enfermedades. Por un lado, se enlaza con la terapia a base de trabajo que tan valiosa resulta en ciertas fases del tratamiento de los enfermos mentales; y, por otra parte, lo hace también con la fisioterapia que es adecuada, por ejemplo, para el cuidado de los niños espásticos.

En todos estos casos —el niño y la criatura normales, las personas mentalmente enfermas y los espásticos o impedidos— la provisión consiste en facilitar la tendencia innata del niño a habitar su cuerpo y beneficiarse de las funciones del mismo, así como a aceptar los límites impuestos por la piel, membrana restrictiva que separa el individuo de lo que no es él.

8. Mientras nos esforzamos por comprender todo esto, tratamos también de comprender por qué una madre (incluyo también al padre) no tiene que poseer por fuerza una comprensión intelectual de las necesidades de su criatura. En

efecto, la comprensión intelectual de dichas necesidades no le sirve de nada; a través de los siglos, las madres, en general, han sabido satisfacer adecuadamente las necesidades de sus hijos.

En mis escritos he destacado de modo especial este rasgo. Creo que debemos dar cabida a un rasgo de la maternidad que se refleja en la necesidad que tenemos nosotros mismos de preocuparnos por cualquier tarea que pretendamos hacer bien. Al concentrarnos o preocuparnos podría decirse que entramos en un estado de inhibición, antisociabilidad o simplemente irritabilidad, según nuestro patrón personal. A mi juicio, ello constituye un pálido reflejo de lo que les sucede a las madres si se encuentran lo bastante bien (como sucede en la mayoría de los casos) para entregarse a la maternidad: van identificándose más y más con su bebé, rasgo que retienen cuando el bebé nace pero que, poco a poco, van perdiendo en los meses que siguen al parto. Debido a esta identificación con el bebé, las madres saben más o menos lo que el mismo necesita. Me refiero a cosas fundamentales como son el ser sostenido en brazos, el acto de cambiarlos de postura, acostarlos y levantarlos, y, por supuesto, alimentarlos de una manera sensible que no se limite a ser la satisfacción de un instinto. Todas estas cosas facilitan las primeras fases de las tendencias integradoras de la criatura así como el comienzo de la estructuración de su ego. Podría afirmarse que la madre hace que el débil ego de la criatura se convierta en un ego fuerte, por el hecho de estar allí, reforzándolo todo, como la energía que permite llevar fácilmente la dirección de un autobús.

He dedicado cierto tiempo a esta cuestión porque creo que, si lo supieran (y no siento demasiados deseos de que así sea), toda madre tiene algo que enseñarnos en relación con nuestros esfuerzos para seguir proveyendo por las necesidades del individuo, de tal modo que sus procesos naturales puedan adquirir ímpetu. El patrón consiste en que cierto grado de capacidad para identificarse con el individuo nos permite proveerlo en cualquier momento de aquello que necesita. Sólo nosotros sabemos que existe algo que puede satisfacer esta necesidad.

Recuerdo que una mañana de Navidad, cuando tenía cuatro años, me desperté y ví que era propietario de un carrito azul fabricado en Suiza, donde los utilizan para acarrear leña. ¿Cómo supieron mis padres que aquello era exactamente lo que yo quería? Ciertamente, yo no tenía ni idea de que existiesen carritos tan bonitos. Lo supieron, desde luego, gracias a su capacidad para sentir mis sentimientos, y conocían la

existencia de tales carritos porque habían estado en Suiza. Esto nos conduce a la «realización simbólica» de Sechehaye, rasgo central del tratamiento de la esquizofrenia caracterizada principalmente por la incapacidad del individuo para las relaciones objetales.<sup>2</sup> Sechehaye conocía la necesidad del paciente y sabía también dónde encontraría una manzana madura. Es lo mismo que hace la madre al ofrecer el pecho a la criatura y, más adelante, al presentarle objetos duros, los frutos de la tierra, y el padre; es decir: la madre no crea las necesidades de la criatura, sino que satisface dichas necesidades en el momento oportuno.

Nosotros, al igual que la madre, debemos conocer la importancia de lo siguiente:

*La continuidad del medio ambiente humano e igualmente del medio ambiente no humano, lo cual ayuda en la integración de la personalidad individual.*

*La estabilidad, que hace predecible el comportamiento de la madre.*

*La adaptación graduada a las necesidades, cambiantes y en aumento, del niño, cuyos procesos de crecimiento lo impulsan a la independencia y a la aventura.*

*La provisión para realizar el impulso creador del niño.*

Además, la madre sabe que debe conservar la vida y hacer que el niño sienta y oiga que ella vive. La madre sabe que debe aplazar sus propios impulsos hasta que llegue el momento en que el niño sea capaz de utilizar positivamente la existencia separada de la madre. Sabe que no debe dejar solo al hijo durante un espacio de tiempo —minutos, horas o días— superior al que permita al hijo conservar la idea de una madre viva y cariñosa. Si la madre se ve forzada a ausentarse durante demasiado tiempo, sabe que a su regreso tendrá que cambiar su papel de madre por el de terapeuta; es decir, tendrá que «mimar» al niño para que regrese (si no es demasiado tarde) al estado en que toma a la madre por sentada. Esto enlaza con la provisión que hacemos para afrontar las crisis, dejando aparte el psicoanálisis, que es otra cuestión.

En este contexto, remito al lector al apartado b) del párrafo número 5, referente a la separación de un niño de uno o dos años de su madre durante una temporada superior a la capacidad del niño para mantener viva la idea de la madre;

2. M. A. SECHEHAYE, *Symbolic Realization*, Nueva York, International Universities Press, 1951.

separación que produce un estado que posteriormente es susceptible de manifestarse en forma de tendencia antisocial. El funcionamiento interno de esto es complejo, pero la continuidad de las relaciones objetales del niño queda truncada y el desarrollo se detiene. Denominamos «robo» al esfuerzo que hace el niño para cubrir este hueco.

Para poder cumplir bien su misión, la madre necesita que la ayuden; normalmente, es el marido quien se encarga de protegerla de la realidad exterior, así ella puede proteger al niño de los fenómenos externos imprevisibles ante los cuales el niño debe reaccionar. Es necesario recordar que toda reacción provocada por un fenómeno conflictivo rompe la continuidad de la existencia personal del niño y actúa en contra del proceso de integración.

Hablando en términos generales, sin embargo, lo mejor que podemos hacer para estudiar lo que proveemos en la salud y en las crisis estriba en examinar a la madre (incluyendo, como siempre, al padre) y lo que, de forma natural, hace ella para el niño. Vemos que el rasgo principal consiste en que ella conoce las necesidades de la criatura *mediante su identificación con la misma*. Dicho de otro modo, nos encontramos con que la madre no tiene necesidad de hacer una especie de lista, parecida a la de la compra, de las cosas que tiene que hacer al día siguiente; la madre siente lo que tiene que hacer en el momento idóneo.

De igual manera, no hace falta que planifiquemos los detalles de lo que debemos hacer por los niños puestos a nuestro cuidado. *Lo que sí debemos hacer es organizarnos de tal manera que en cada caso haya alguien con el tiempo y la inclinación necesarios para saber lo que necesita el niño*. Esto lo sabremos utilizando a una persona que conozca al niño. La identificación con el niño no tiene que ser tan profunda como la de la madre con el recién nacido, salvo, naturalmente, cuando se trate de un caso de enfermedad, ya sea ésta una deformación o inmadurez emocional o un impedimento provocado por algún trastorno físico. Cuando el niño está enfermo, entonces hay crisis, y la terapia necesaria compromete personalmente al terapeuta, siendo imposible que éste realice su labor de ninguna otra manera.

## Resumen

He procurado establecer una relación entre las necesidades de los niños y las de las criaturas; las de los niños en

crisis con las de los bebés; lo que proveemos para el cuidado de los niños con lo que proveen los padres de forma natural (es decir, siempre y cuando no estén demasiado enfermos para responder a la llamada de la paternidad). Así, pues, no es cuestión de ser inteligente o incluso de conocer al dedillo la compleja teoría del desarrollo emocional del individuo. Antes bien lo que necesitamos es hacer que las personas más indicadas tengan oportunidad de conocer a los niños y, por tanto, sepan cuáles son sus necesidades. No vendría mal emplear aquí la palabra «amor», pese al riesgo de parecer sentimentales.

Y esto nos lleva a una última observación: a menudo, sin salirse del campo de la palabra «amor», nos encontraremos con que determinado niño necesita firmeza en su tratamiento, que será el apropiado para un niño, puesto que en definitiva se trata de un niño y no de un adulto.

## El desarrollo de la capacidad para la inquietud<sup>1</sup> (1963)

El origen de la capacidad para sentir inquietud constituye un problema complejo. La inquietud es un rasgo importante de la vida social. Los psicoanalistas suelen buscar los orígenes en el desarrollo emocional del individuo. A nosotros nos interesa conocer la etiología de la inquietud y en qué punto del desarrollo infantil hace su aparición. Asimismo, nos interesa saber acerca de los casos en que dicha capacidad no existe o se pierde tras haber quedado instaurada hasta cierto punto.

La palabra «inquietud» se emplea para denominar de modo positivo un fenómeno que de modo negativo llamaríamos «culpabilidad». El sentimiento de culpabilidad está constituido por la angustia aliada con la ambivalencia, y entraña un grado de integración en el ego del individuo que permite la retención de una buena imagen objetal junto con la idea de su destrucción. La inquietud da a entender una mayor integración, así como un mayor crecimiento, y se relaciona positivamente con el sentido individual de la responsabilidad, especialmente en lo que se refiere a las relaciones en las que hayan penetrado los impulsos instintivos.

La inquietud se refiere al hecho de que el individuo sea capaz de *interesarse*, o de *preocuparse*, y que sea además capaz de sentir y aceptar la responsabilidad. A nivel genital dentro del enunciado de la teoría del desarrollo, podría de-

1. Presentado a la Topeka Psychoanalytic Society, el 12 de octubre de 1962, y publicado por primera vez en el «Bulletin of the Menninger Clinic», 27, pp. 167-176.

cirse que la inquietud constituye la base de la familia, cuyos dos miembros unidos en la cópula —más allá de su placer— asumen la responsabilidad del resultado. Pero dentro de la vida imaginativa total del individuo, el tema de la inquietud nos lleva a enfrentarnos con temas aún más amplios; además, la capacidad para la inquietud se halla detrás de todos los juegos y trabajos constructivos. Es propia del vivir normal y sano y merece la atención del psicoanalista.

Hay muchas razones para creer que la inquietud —en su sentido positivo— surge en los comienzos del desarrollo emocional del individuo, en un período anterior al del clásico complejo de Edipo; complejo que implica una relación entre tres personas, cada una de las cuales es percibida por el niño como una persona «completa». Sin embargo, no hay necesidad de preocuparnos demasiado en señalar una fecha exacta; en realidad, la mayoría de los procesos que se inician en la primera infancia nunca llegan a instaurarse por completo y siguen recibiendo el refuerzo que les da el crecimiento que prosigue a finales de la niñez y, de hecho, en la edad adulta e incluso en la vejez.

Es frecuente que el origen de la capacidad para la inquietud se describa en términos de la relación criatura-madre, cuando la primera ya constituye una unidad y percibe a la madre, o figura materna, en calidad de persona completa. Se trata de un paso evolutivo que pertenece en esencia al período de la relación bipersonal.

En todo enunciado del desarrollo infantil, hay ciertos principios que se dan por sentados. Ahora quisiera decir que los procesos de maduración forman la base del desarrollo de la criatura y del niño, así en lo psicológico como en lo anatómico y fisiológico. Sin embargo, en el desarrollo emocional está claro que son necesarias ciertas condiciones externas para que los potenciales de maduración lleguen a cobrar realidad. Es decir, el desarrollo depende de un medio ambiente satisfactorio y cuanto más retrocedamos en el estudio del bebé, más cierto será que sin unos buenos cuidados maternos las primeras fases del desarrollo no pueden tener lugar.

Es mucho lo que debe acontecer en el desarrollo del bebé antes de que podamos empezar a hablar de inquietud. La capacidad para sentir inquietud es cuestión de salud; es una capacidad que, una vez instaurada, presupone una compleja organización del ego que no puede mirarse más que como un logro tanto en lo que se refiere al cuidado como a los procesos internos de crecimiento del niño y la criatura. Daré por existente un medio ambiente satisfactorio en las primeras

fases, con el fin de simplificar la cuestión que deseo estudiar. Así, pues, lo que voy a decir se refiere a complejos procesos de maduración cuya conversión en realidad depende de un buen cuidado de la criatura y del niño.

De las muchas etapas descritas por Freud y sus colegas psicoanalíticos, debo destacar una que me obligará a emplear la palabra «fusión». Se trata del logro de un desarrollo emocional en el que el bebé experimente simultáneamente impulsos eróticos y agresivos hacia el mismo objeto. En la vertiente erótica, se produce a la vez la búsqueda de satisfacción y la búsqueda de objeto; en la agresiva existe un complejo de ira que hace uso del erotismo muscular, y de odio, que implica la refeción, para fines comparativos, de una buena imagen objetal. Asimismo, en el conjunto del impulso agresivo-destructivo se alberga un tipo primitivo de relación objetal en la que el amor lleva consigo la destrucción. Parte de todo esto resulta inevitablemente oscuro; no necesito conocer todo lo referente al origen de la agresión para proseguir mi argumento, ya que doy por sentado que el bebé ha podido combinar la experiencia erótica y la agresiva, y lo ha hecho en relación con un solo objeto: ha alcanzado la ambivalencia.

Cuando esto sucede en el desarrollo del niño, éste ya es capaz de experimentar ambivalencia en la fantasía, así como en la función corporal de la cual la fantasía, originariamente, es una elaboración. Asimismo, la criatura empieza a relacionarse con objetos que cada vez tienen menos de fenómenos subjetivos y más de elementos ajenos al yo y percibidos objetivamente. Ha empezado a instaurar su personalidad, una unidad que se encuentra contenida físicamente en el cuerpo y, al mismo tiempo, que está psicológicamente integrada. En la mente del niño la madre se ha transformado en una imagen coherente; en ese momento es aplicable el término «objeto completo». Este estado de cosas, precario al principio, podría recibir el apodo de «fase humpty-dumpty»,<sup>2</sup> siendo la madre que ha dejado de ofrecer su regazo quien desempeña el papel de la pared sobre la que Humpty Dumpty se posa en precario equilibrio.

Esta evolución presupone la existencia de un ego que empieza a independizarse del ego auxiliar de la madre. Podemos decir ya que el bebé tiene un interior y, por consiguiente, un exterior. El esquema corporal ha empezado su existencia y rápidamente evoluciona hacia la complejidad. A partir de este momento la criatura vive una vida psicósomática. La realidad

2. *Humpty-dumpty*: Personaje de una cancioncilla infantil que constantemente se está cayendo. (N. del T.)

psíquica interior que Freud nos enseñó a respetar se ha convertido en algo real para la criatura, que ahora siente que la riqueza personal reside dentro de su ser. Esta riqueza personal surge de la experiencia simultánea de odio y amor, que a su vez entraña la consecución de la ambivalencia, cuyo refinamiento y enriquecimiento llevan a la aparición de la inquietud.

Nos ayudará la postulación de la existencia de dos madres para el niño inmaduro. Si me lo permiten, a una la llamaré la «madre-objeto» y a la otra la «madre-medio ambiente». No tengo el menor deseo de acuñar términos que a la larga se conviertan en rígidos y obstructivos; pero me parece posible emplear los términos «madre-objeto» y «madre-medio ambiente» en el presente contexto para describir la inmensa diferencia que, para el niño, existe entre dos aspectos de su cuidado: la madre en calidad de objeto o de poseedora del objeto parcial capaz de satisfacer las necesidades urgentes de la criatura y, por otra parte, la madre en calidad de persona que protege de lo imprevisible y desempeña un papel activo en la provisión de un cuidado y un gobierno general de la criatura. Lo que haga la criatura en el punto culminante de la tensión del id y el uso que así haga del objeto me parece algo muy distinto del uso que haga la criatura de la madre en tanto que parte del medio ambiente total.<sup>3</sup>

Empleando esta terminología, es la «madre-medio ambiente» la que recibe todo aquello que podríamos denominar «afecto y coexistencia de los sentidos»; es la «madre-objeto» la que se convierte en blanco de la experiencia excitada, respaldada por la cruda tensión instintiva. Según mi tesis, la inquietud hace acto de presencia en la vida del bebé en forma de experiencia sumamente avanzada que se produce en el momento en que, en la mente del pequeño, la «madre-objeto» y la «madre-medio ambiente» se juntan. La provisión ambiental sigue revistiendo una importancia vital, aunque la criatura empieza a ser capaz de poseer aquella estabilidad interior que es propia del desarrollo de la independencia.

En circunstancias favorables, cuando el bebé ha llegado a la fase necesaria de desarrollo personal, se produce otra fusión. Entre otras cosas, existe una plena experiencia, y una fantasía, de las relaciones objetales basadas en el instinto; el objeto se utiliza sin tener en cuenta las consecuencias, se utiliza cruelmente (entendiendo el término a modo de descripción de nuestra visión de lo que está aconteciendo). Y al lado

3. Este es un tema que recientemente ha sido desarrollado en un libro de Harold Searles (1960).

de esto se halla la relación, más tranquila, del bebé con la «madre-medio ambiente». Ambas cosas se unen con un resultado complejo, que es precisamente lo que deseo describir en especial.

Las circunstancias favorables necesarias en esta fase son las siguientes: que la madre siga estando viva y disponible, tanto físicamente como en el sentido de no estar preocupada por otra cosa. La «madre-objeto» debe sobrevivir a los episodios impulsados por los instintos, episodios que a estas alturas habrán adquirido toda la fuerza de fantasías de sadismo oral y otros resultados de la fusión. Asimismo, la «madre-medio ambiente» tiene una función especial: seguir siendo ella misma, estar identificada con su bebé, estar allí para recibir el gesto espontáneo y sentirse complacida.

La fantasía que acompaña a los pletóricos impulsos del id da cabida al ataque y a la destrucción. No se trata solamente de que el bebé se imagine que se come el objeto, sino que, además, el bebé quiere tomar posesión del contenido del objeto. Si el objeto no acaba por ser destruido es gracias a su propia capacidad de supervivencia, y no por la protección que le brinda el bebé. Ésta es una de las dos caras de la moneda.

La otra cara se refiere a las relaciones del bebé con la «madre-medio ambiente». En este aspecto, la protección recibida por la madre puede ser tan grande que el niño acabe por inhibirse o apartarse, lo cual constituye un elemento positivo en el destete del niño, así como una explicación de por qué algunos niños se destetan por sí mismos.

En circunstancias favorables se va creando una técnica para solucionar esta compleja forma de ambivalencia. La criatura experimenta angustia, ya que si consume a la madre la perderá; pero esta angustia queda modificada por el hecho de que él, el bebé, tiene algo que aportar a la «madre-medio ambiente». Existe una creciente confianza en que habrá una oportunidad de aportar algo, de dar algo a la «madre-medio ambiente»; se trata de una confianza que permite a la criatura contener su angustia. La angustia contenida de este modo sufre una alteración y se transforma en un sentimiento de culpabilidad.

Los impulsos instintivos conducen a un uso despiadado de los objetos, y de allí a un sentimiento de culpabilidad que es contenido y mitigado por la aportación a la «madre-medio ambiente» que la criatura es capaz de efectuar en el transcurso de unas pocas horas. Asimismo, la oportunidad de dar y reparar que ofrece esta madre por medio de su presencia estable permite que el bebé se muestre más y más audaz en

su experimentación de los impulsos del id; en otros términos: da libertad a la vida instintiva del bebé. De este modo, la culpabilidad no se siente, sino que queda en suspenso, o en potencia, y se manifiesta (en forma de tristeza o de depresión) solamente si no se presenta la oportunidad de hacer una reparación.

Una vez instaurada la confianza en este ciclo benigno y en la expectativa de reparación, el sentimiento de culpabilidad relacionado con los impulsos del id sufre una modificación más; en este caso necesitamos recurrir a un término más positivo, como por ejemplo «inquietud». La criatura empieza a ser capaz de sentir inquietud, de aceptar la responsabilidad de sus propios impulsos instintivos y de las funciones correspondientes a los mismos. Así se obtiene uno de los elementos constructivos que resultan fundamentales en el juego y el trabajo. Pero dentro del proceso de desarrollo, lo que hacía posible que la inquietud estuviese al alcance de la capacidad del niño era la oportunidad de contribuir, de aportar algo.

Hay un rasgo que vale la pena anotar, especialmente en cuanto a la angustia que está «contenida»: la integración *en el tiempo* se ha sumado a la integración, más estática, de las fases anteriores. El tiempo sigue su marcha por acción de la madre, lo cual es uno de los aspectos de la funcionalidad auxiliar de su ego; sin embargo, llega un momento en que la criatura tiene su sentido personal del tiempo, aunque al principio no dure más que unos instantes. Se trata de lo mismo que la capacidad de la criatura para conservar viva la imago de la madre en su mundo interior, mundo en el que se hallan también los elementos fragmentarios de índole benigna y persecutoria que surgen de las experiencias instintivas. La duración del espacio de tiempo a lo largo del cual el niño logra mantener viva la imago de la madre en su realidad psíquica interior depende en parte de los procesos de maduración y en parte del estado en que se encuentre la organización defensiva interior.

He trazado un bosquejo de algunos aspectos de los orígenes de la inquietud en las primeras fases, cuando la presencia continua de la madre reviste un valor específico para la criatura, esto es, para que la vida instintiva goce de libertad de expresión. No obstante, este equilibrio debe alcanzarse una y otra vez. Ejemplos claros de ello los tenemos en la educación de la adolescencia, en el paciente psiquiátrico, para el cual la terapia a base de trabajo suele ser el inicio de un camino que lo llevará a una relación constructiva con la sociedad. Tenemos igualmente el ejemplo del doctor y sus necesi-

dades. Quitémosle su trabajo y ¿qué será de él? El doctor necesita de sus pacientes y de la oportunidad de poner en práctica sus conocimientos, igual que los demás.

No entraré en detalles sobre la falta de capacidad para la inquietud, ni de la pérdida de dicha capacidad en los casos en que había quedado casi instaurada. Baste con apuntar lo siguiente: si la «madre-objeto» no logra sobrevivir, o si la «madre-medio ambiente» no aporta una oportunidad estable de reparación, se produce la pérdida de la capacidad para la inquietud y su sustitución por parte de una serie de angustias y defensas de carácter rudimentario como son la escisión y la desintegración. A menudo hablamos de la angustia de la separación, pero lo que estoy tratando de describir aquí es lo que sucede entre las madres y sus bebés y entre los padres (es decir, el padre y la madre) y sus hijos cuando *no* hay separación, y cuando la continuidad externa del cuidado del niño *no* se ve truncada. Dicho de otro modo, estoy tratando de explicar lo que sucede cuando se evita la separación.

A modo de ilustración citaré algunos casos clínicos vividos por mí. Sin embargo, no quisiera dar la impresión de que se trata de casos raros. Prácticamente cualquier psicoanalista sería capaz de dar un ejemplo de este tipo extraño de una semana de trabajo en el consultorio. Además, no hay que olvidar que en todo ejemplo clínico procedente del análisis hay multitud de mecanismos mentales que el analista necesita comprender y que corresponden a etapas posteriores del desarrollo del individuo, así como a las defensas que denominamos «psiconeuróticas». Sólo es posible hacer caso omiso de todo ello cuando el paciente se encuentra en un severo estado de regresión a la dependencia en la transferencia, y es, en efecto, un bebé al cuidado de una figura materna.

*Primer ejemplo:* Citaré ante todo el caso de un muchacho de doce años al que se me pidió que interrogase. Se trataba de un muchacho cuyo desarrollo *hacia adelante* lo conducía a la depresión, incluyéndose en ella una gran cantidad de odio y agresión inconscientes; por otro lado, su desarrollo *hacia atrás* (si se me permite decirlo así) lo llevaba a ver rostros, a experiencias que eran horribles porque representaban sueños habidos en estado de vigilia (alucinosis). Teníamos pruebas de la fuerza del ego de este muchacho, como atestiguaban sus estados depresivos. Una de las formas en que dicha fuerza se manifestó durante la entrevista fue la siguiente:

Me describió una pesadilla en la que una enorme criatura provista de un cuerno y perteneciente al sexo masculino amenazaba a un ser diminuto, una especie de hormiga. Le pregunté si alguna

vez había soñado que él era la bestia del cuerno, y si otra persona, acaso su hermano durante la infancia, era la hormiga. Reconoció que así era. Al ver que no rechazaba mi interpretación del odio que sentía hacia su hermano, le di oportunidad de que me contase su potencial de reparación. Esto le salió con bastante naturalidad al describir el trabajo de su padre como mecánico de refrigeración. Le pregunté qué quería ser cuando fuese mayor. Me contestó que «no tenía ni idea» y que ello le preocupaba. Entonces dio cuenta «no de un sueño triste, sino de lo que sería un sueño triste; su padre muerto». Estaba al borde de las lágrimas. En esta fase de la entrevista hubo un largo período en el que no se produjo nada importante. Al fin, el muchacho, dando muestras de gran timidez, dijo que le gustaría ser científico.

Sus palabras, por tanto, demostraban que era capaz de pensar en sí mismo aportando algo. Aunque tal vez no tuviera la habilidad necesaria, sí tenía la idea. Por cierto, el estudio de la carrera escogida iba a darle una posición superior a la de su padre, ya que, según sus propias palabras, el trabajo del padre no tenía nada de científico; «era un simple mecánico».

Entonces pensé que podía dejar que la entrevista terminase de forma natural, que el muchacho pudiese marcharse sin sentirse turbado por lo que yo había hecho. En efecto, yo había interpretado su destructividad potencial, si bien era cierto que también poseía la capacidad de ser constructivo. El hecho de haberme contado que tenía un objetivo en la vida le permitía irse libre de la impresión de haberme hecho pensar que el odio y la destrucción eran las únicas cosas de que era capaz. Y, con todo, yo no había hecho nada por tranquilizarlo.

*Segundo ejemplo:* Uno de mis pacientes, que ejercía la psicoterapia, empezó una de las sesiones diciéndome que había ido a ver qué tal se desenvolvía uno de sus pacientes; es decir, había abandonado el papel de terapeuta que trata al paciente en el consultorio para ver al paciente en pleno trabajo. La actividad del paciente de mi paciente era de las que requieren gran destreza y le salía muy bien en uno de sus aspectos, para el cual se necesitaban unos movimientos rápidos que durante la hora dedicada a la psicoterapia no tenían mucho sentido, pero que lo hacían agitarse sobre el diván como si fuese un poseso. Aunque le quedaban algunas dudas al respecto, a mi paciente le parecía que probablemente le sería de utilidad haber visto trabajar al suyo. Entonces se refirió a lo que él hacía durante las vacaciones. Tenía un jardín y disfrutaba mucho haciendo ejercicios y emprendiendo toda clase de actividades constructivas; además, le gustaban los chismes mecánicos y los utilizaba realmente.

Al hablarme de la visita al lugar de trabajo de su paciente me había puesto sobre aviso acerca de la importancia de sus actividades constructivas. Mi paciente volvió a referirse a un tema que había revestido importancia en recientes análisis y en el que jugaban un papel destacado varias clases de herramientas de ingeniería. A menudo, cuando acudía a la sesión analítica, se detenía ante un escaparate cercano a mi casa para contemplar embobado una máquina herramienta que en él estaba expuesta. La máquina en cuestión tenía una dentadura espléndida. Así es como mi paciente alcanzaba su agresión oral, el primitivo impulso amoroso con toda su crueldad y destructividad. Podríamos llamarla «comer en la relación de transferencia». Su tratamiento iba dirigido hacia esta crueldad y hacia su primitivo impulso amoroso. Resultaba tremenda la resistencia que oponía a todo intento de profundizar. Se trataba de una nueva integración y de la inquietud en torno a la supervivencia del analista.

Al aparecer este material nuevo relacionado con el amor primitivo y la destrucción del analista, *ya había hecho* alguna referencia al trabajo constructivo. Cuando efectuó la interpretación que el paciente necesitaba de mí, referente a mi destrucción por parte suya (comer), pude haberle recordado lo que dijera acerca de construcción. Pude haberle dicho que, del mismo modo que él viera a su paciente trabajando, obteniendo así una explicación de sus movimientos convulsos, también yo hubiese podido verlo en el jardín, trabajando con sus chismes para mejorarlo. Allí podía cortar árboles y vallas, y todo ello le producía un tremendo gozo. Si semejantes actividades hubiesen aparecido desligadas de su finalidad constructiva, hubiese parecido un episodio sin sentido y maniático, una locura de transferencia.

Diría que los seres humanos no saben aceptar la finalidad destructiva de sus primeros intentos amorosos. Sin embargo, la idea de destrucción de la «madre-objeto» al amarla es tolerable si el individuo que hacia ella se encamina conoce la presencia de alguna finalidad constructiva, y de una «madre-medio ambiente» dispuesta a aceptar.

*Tercer ejemplo:* Un paciente, al entrar en el consultorio, se fijó en un aparato magnetofónico que allí había. Esto le hizo pensar, ya que luego, al echarse en el diván y concentrarse para la sesión analítica, manifestó:

—Me gustaría pensar que, cuando se termine mi tratamiento, lo que haya sucedido aquí conmigo tenga algún valor para el mundo.

No dije nada, pero mentalmente tomé nota de su observa-



ción, pensando que *tal vez* era indicio de que el paciente estaba cerca de uno de aquellos accesos de destructividad con los que me había enfrentado repetidas veces en los dos años que llevábamos de tratamiento. Antes de que la sesión llegase a su fin, el paciente había adquirido una nueva conciencia de la envidia que yo le inspiraba y que estaba motivada por el hecho de tenerme por buen analista. Tuvo el impulso de darme las gracias por ser competente, y por poder hacer todo cuanto él necesitaba que yo hiciese. Ya lo había hecho otras veces, pero aquel día el paciente era más consciente que las veces anteriores de los sentimientos destructivos que albergaba hacia lo que podríamos llamar un «objeto bueno»: su analista.

Cuando relacioné una cosa con otra, él dijo que le parecía acertado, añadiendo que hubiese sido horrible que mi interpretación se hubiera basado en su primer comentario. Se refería a que si yo, aceptando su deseo de ser útil, le hubiese dicho que era indicio de un deseo inconsciente de destruir. Tuvo que llegar al impulso destructor antes de que yo diese validez a su reparación, y tuvo que hacerlo a su modo y tomándose el tiempo necesario. Sin duda fue su capacidad para tener idea de que a la larga haría algo constructivo lo que le permitió establecer un contacto más íntimo con su destructividad. No obstante, el esfuerzo constructivo es falso y sin sentido a menos que, como dijo él, antes se haya llegado a la destrucción.

*Cuarto ejemplo:* Una chica adolescente estaba siguiendo el tratamiento que le daba una terapeuta que, al mismo tiempo, la tenía a su cuidado en casa, junto a sus propios hijos. La situación presentaba sus ventajas y sus inconvenientes.

La chica había estado gravemente enferma y, en el momento de producirse el incidente que voy a contarles, empezaba a salir de un largo período de regresión a la dependencia y a un estado infantil. Actualmente ya ha desaparecido la regresión en sus relaciones con el hogar y la familia, pero su estado sigue siendo muy especial dentro del campo limitado de las sesiones de tratamiento que se llevan a cabo cada día, a hora fija.

Llegó un momento en que la chica expresó el más profundo de los odios hacia la terapeuta (que, recordarán, llevaba el tratamiento y al mismo tiempo la cuidaba). Todo iba como una seda durante el resto del día, pero cuando se trataba del tratamiento, la terapeuta resultaba destruida, completa y repetidamente. No es fácil dar idea de la intensidad con que la chica odiaba a la terapeuta ni de hasta qué punto la aniqui-

labo. El caso no podía solucionarse con la visita de la terapeuta al lugar de trabajo de la paciente, ya que la tenía constantemente bajo su cuidado; de hecho, se trataba de dos relaciones distintas y simultáneas entre ambas. Durante el día, empezaron a suceder muchas cosas nuevas: la chica daba muestras de querer hacer la limpieza de la casa, sacar brillo a los muebles, ser útil en general. Esto era algo nuevo, absolutamente nuevo, y ni siquiera en su propia casa había sido uno de los rasgos del patrón de conducta de la chica, ni tan sólo antes de caer enferma. Además, sucedió silenciosamente (por así decirlo), paralelamente a la destructividad absoluta que la chica empezaba a advertir en los aspectos primitivos de su amor y a los cuales llegaba en su relación con la terapeuta durante las sesiones de tratamiento.

Verán que aquí se repite la misma idea: naturalmente, el hecho de que la paciente estuviese tomando conciencia de su destructividad era el factor que posibilitaba su actividad constructiva durante el día. *Pero es a la inversa como quiero explicarlo aquí y ahora:* Las experiencias constructivas y creadoras hacían posible que la chica llegase a la experiencia de su destructividad. Y de este modo, en el tratamiento, estaban presentes las condiciones que he procurado describir. La capacidad para la inquietud no sólo es un nodo de maduración, sino que, además, para su existencia depende de un medio ambiente emocional que haya sido lo bastante bueno durante cierto tiempo.

## Resumen

La inquietud, tal como la entendemos en el presente contexto, se refiere al eslabón existente entre los elementos destructivos de las relaciones objetales y los demás aspectos positivos de dichas relaciones. Se supone que la inquietud corresponde a un período anterior al clásico complejo de Edipo, que es la relación entre tres personas «completas». La capacidad para la inquietud es propia de la relación bipersonal entre la criatura y la madre o persona que la sustituya.

En circunstancias favorables, la madre, por el hecho de seguir viva y disponible, es a la vez la madre que recibe la totalidad de los impulsos del id de la criatura y también la madre que puede ser amada como persona y a la que pueden ofrecerse reparaciones. De esta manera, la angustia acerca de los impulsos del id y la fantasía de dichos impulsos se hace tolerable para el bebé, que entonces puede experimentar cul-

pabilidad o retenerla en espera de la oportunidad de ofrecer una reparación. A esta culpabilidad contenida pero no sentida como tal la denominamos «inquietud». En las fases iniciales del desarrollo, de no existir ninguna figura materna estable que reciba el gesto de reparación, la culpabilidad resulta intolerable y es imposible que se sienta la inquietud. La falta de reparación conduce a la pérdida de la capacidad para la inquietud, y a su sustitución por formas primitivas de culpabilidad y angustia.

## Capítulo séptimo

# De la dependencia a la independencia en el desarrollo del individuo<sup>1</sup> (1963)

Si hace treinta años me hubiesen pedido que describiese el crecimiento emocional desde la dependencia hasta la independencia, es más que probable que hubiese contestado hablando de los cambios en virtud de los cuales la inmadurez da paso a la madurez a modo de progresión en la vida instintiva del individuo. Hubiese hecho referencia a la fase oral, a la fase anal, a la fálica y a la genital. Tal vez hubiese subdividido cada una de estas fases: la oral primera, la preambivalente, la oral segunda, la oral-sádica, etc. Algunos autores han establecido numerosas subdivisiones de la fase anal; otros, en cambio, se han contentado con la idea de una fase pregenital basada, de modo general, en el funcionamiento de los órganos de ingestión, absorción y eliminación. Todo esto me parece bien; es tan cierto ahora como lo era antes y ha puesto en marcha nuestro pensamiento y la estructuración de la teoría que guía nuestros pasos. Sin embargo, por así decirlo, lo tenemos metido muy dentro, sin saber por qué. Lo aceptamos sin más y nos ponemos a examinar otros aspectos del crecimiento cuando, como me sucede ahora a mí, se espera que digamos algo que no sea precisamente parte del conocimiento común, o bien que tenga en cuenta los más recientes avances en el campo de la teoría y del enfoque del tema.

1. Conferencia dada en la Atlanta Psychiatric Clinic, en octubre de 1963.

Me ha parecido oportuno examinar el crecimiento en términos del cambio gradual, mejor dicho, de los cambios graduales que van sucediéndose a partir de la dependencia y hasta alcanzar la independencia. Confío en que estén de acuerdo conmigo en el sentido de que ello no invalida la exposición del crecimiento en términos de zonas erógenas o de relaciones objetales, como muy bien hubiese podido hacer.

### La socialización

La madurez del ser humano es un término que entraña no sólo el crecimiento personal del individuo, sino también su socialización. Digamos que en la salud, o en la normalidad (términos que son casi sinónimos de madurez), el adulto es capaz de identificarse con la sociedad sin tener que sacrificar excesivamente su espontaneidad personal; o, puesto al revés, el adulto es capaz de atender a sus propias necesidades personales sin por ello ser antisocial y, de hecho, sin dejar de aceptar cierta responsabilidad con respecto al mantenimiento o la modificación de la sociedad tal como él o ella la encuentra. Se nos deja insertos en determinadas condiciones sociales que constituyen un legado que tenemos que aceptar y, si hace falta, alterar; es esto lo que, andando el tiempo, entregamos a quienes vienen detrás de nosotros.

La independencia jamás es absoluta. El individuo sano no queda aislado, sino que se relaciona con el medio ambiente de tal forma que el individuo y el medio podrían calificarse de interdependientes.

### El recorrido

Nada tiene de nuevo decir que el paso de la dependencia a la independencia es equiparable a un viaje. Cada ser humano debe emprenderlo; muchos llegan hasta un punto no muy alejado de su destino, y alcanzan la independencia llevando en sí mismos un sentido social. En tales casos, la psiquiatría se encuentra examinando un crecimiento sano o normal, que es más frecuente dejar en manos del educador o del psicólogo.

El valor de este método estriba en que nos permite estudiar y comentar simultáneamente los factores personales y ambientales. Al hablar de la salud en este contexto, nos referimos tanto a la salud del individuo como a la de la sociedad,

ya que la madurez plena del individuo no es posible dentro de un marco social inmaduro o enfermo.

### Tres categorías

Al planear esta breve exposición de un tema que es muy complejo, me encuentro con que necesito tres categorías en lugar de dos; es decir, no me basta con la dependencia y la independencia simplemente. Así, pues, nos será útil pensar en las tres categorías siguientes:

dependencia absoluta;  
dependencia relativa, y  
hacia la independencia.

#### *Dependencia absoluta*

En primer lugar llamaré su atención sobre las primeras fases del desarrollo emocional de toda criatura. Al principio, la criatura depende por completo de la provisión física aportada por la madre viva, ya sea en su vientre o por medio de los cuidados que presta al hijo una vez nacido. No obstante, en términos de la psicología tendremos que decir que el niño es a la vez dependiente e independiente. Es esta paradoja lo que tenemos que investigar. Por un lado, está todo lo que la criatura hereda, incluyendo los procesos de maduración y tal vez también ciertas tendencias patológicas; todo ello tiene una realidad propia, y nadie puede alterarlo. Al mismo tiempo, la evolución de los procesos de maduración depende de la provisión ambiental. Cabe decir que el medio ambiente posibilita la marcha ininterrumpida de los procesos de maduración. Pero el medio ambiente no hace al niño; en el mejor de los casos, lo que hace es permitirle realizar su potencial.

El término «procesos de maduración» se refiere a la evolución del ego y de la personalidad, e incluye toda la teoría del id, de los instintos y sus vicisitudes, así como las defensas en el ego en relación con el instinto.

Dicho de otro modo: una madre y un padre no producen un bebé del mismo modo que el pintor produce un cuadro o el alfarero un jarrón. Lo que hacen es poner en marcha un proceso de desarrollo que da por resultado la existencia de un «huésped» dentro del cuerpo de la madre, luego en sus brazos y más tarde en el hogar provisto por los padres; lo que acabe por ser el «huésped» en cuestión escapa al control

de los demás. Los padres dependen de las tendencias heredadas por la criatura. Tal vez el lector se pregunte qué es lo que pueden hacer los padres si no pueden hacer a su propio hijo. La respuesta, por supuesto, es que pueden hacer mucho. Por ejemplo, pueden proveer lo necesario para que el niño esté sano, en el sentido de que alcance la madurez propia de cada etapa de su vida. Si el éxito los acompaña en esta tarea, entonces los procesos de maduración de la criatura no se ven bloqueados, sino que reciben satisfacción y, por tanto, pasan a formar parte del niño.

Sucede que esta adaptación a los procesos de maduración de la criatura es algo sumamente complejo y que exige muchísimo de los padres. Al principio es la misma madre quien constituye el medio ambiente posibilitador, para lo cual necesita apoyo. Quien mejor apoyo puede prestarle es el padre de la criatura (digamos que su marido), la abuela materna, la familia y el medio ambiente social más inmediato. Todo esto resulta más que evidente, pero no por ello deja de ser cierto ni puede pasarse por alto.

Me gusta dar una denominación concreta a este estado especial de la madre, pues me parece que no es apreciado en todo su valor. Las madres superan este estado y se olvidan de él. Yo lo llamo «preocupación maternal primaria», aunque eso no significa que la denominación sea forzosamente acertada; pero lo cierto es que durante las postrimerías del embarazo y primeras semanas después del parto, la madre se preocupa del cuidado del niño o, mejor dicho, se entrega a esta tarea; el niño parece formar parte de ella; es más, la madre se halla muy identificada con el bebé y sabe muy bien cómo se siente. Para ello aprovecha sus propias experiencias de cuando era un bebé también. De esta manera la misma madre se halla en estado de dependencia y de vulnerabilidad. Es para describir esta fase que utilizo las palabras «dependencia absoluta» al referirme al estado del bebé.

Así es como la naturaleza dispone lo que el niño necesita: un elevado grado de adaptación. Explicaré lo que quiero decir con esta palabra.

En los primeros tiempos del psicoanálisis la palabra «adaptación» sólo podía tener un significado: la satisfacción de las necesidades instintivas de la criatura. La lentitud de algunos en comprender que las necesidades infantiles no se limitan a las tensiones instintivas, por importantes que éstas sean, ha dado pie a gran número de errores de interpretación. Así, existe el desarrollo total del ego infantil, con sus propias necesidades. A este respecto diremos que «la madre no aban-

dona a su hijo», si bien puede y debe frustrarlo en el sentido de satisfacer las necesidades instintivas. Resulta asombroso comprobar lo bien que las madres satisfacen las necesidades del ego de sus hijos, incluso las madres que no saben dar el pecho pero que rápidamente recurren al biberón y a la fórmula.

Siempre hay unas cuantas que son incapaces de la entrega total necesaria en esta primera fase, aunque ésta dure unos pocos meses solamente, hacia el fin del embarazo y el principio de la vida de la criatura.

Dada su variedad, será mejor describir las necesidades del ego. El mejor ejemplo lo constituye posiblemente la cuestión del sostenimiento. Nadie es capaz de sostener un bebé en brazos a menos que sepa identificarse con él. Balint (1951, 1958) se ha referido al oxígeno que hay en el aire y del que la criatura no sabe nada. También podría recordarles lo de la temperatura del baño, que la madre comprueba con la mano o con el codo; la criatura no sabe que tal vez el agua estuviere demasiado caliente o demasiado fría: se limita a tomar por sentado que estará a la temperatura del cuerpo. Sigo hablando de la dependencia absoluta. Todo se reduce a una cuestión de que la existencia de la criatura se vea o no amenazada. Quisiera desarrollar este tema.

Todos los procesos de una criatura viva constituyen una *continuidad existencial*, una especie de programa o plan detallado para la existencia. La madre que sabe entregarse durante un breve período a esta su misión natural, sabe igualmente proteger la continuidad existencial de su hijo. Todas las amenazas, conflictos o fallos de adaptación suscitan en la criatura una reacción que trunca la citada continuidad. Si tales reacciones marcan la pauta en la vida de una criatura, se producirá una grave interferencia en la tendencia natural a convertirse en una unidad integrada, capacitada para conservar una personalidad dotada de pasado, presente y futuro. Con la ausencia relativa de reacciones ante amenazas, etcétera, las funciones corporales de la criatura proporcionan una buena base sobre la que edificar un ego corporal. De esta manera se coloca la quilla para la salud mental en el futuro.

Verán cómo es que la adaptación sensible a las necesidades del ego de la criatura dura únicamente un breve período. La criatura no tarda en encontrarle gusto al dar patadas, y en obtener algo positivo de las rabietas causadas por lo que podríamos denominar «pequeños fallos de adaptación». Pero para entonces la madre ya empieza a reemprender su propia vida, que a la larga se independiza relativamente de las ne-

cesidades de su criatura. A menudo, el crecimiento del niño coincide con bastante exactitud con la reanudación de la independencia propia por parte de la madre. Estarán de acuerdo conmigo en que una madre que no sepa ir *fallando* poco a poco en lo que hace a la adaptación sensible si fallará en otro sentido; fallará (debido a su inmadurez o a sus angustias propias) en dar a la criatura motivos de enfado. La criatura que no tenga ningún motivo de enfado, pero que por supuesto lleve en sí misma los ingredientes de la agresividad, se encuentra con grandes dificultades al tratar de unir la agresión con el amor.

Así, pues, durante la fase de dependencia absoluta la criatura no dispone de medio alguno que le permita ser consciente de la provisión materna.

#### *Dependencia relativa*

Lo mismo que a la primera fase la llamo «dependencia absoluta», empleo la denominación de «dependencia relativa» para referirme a la siguiente. De esta manera podemos distinguir entre la dependencia que se halla completamente fuera del alcance del niño y la dependencia de la que el niño puede conocer algo. La madre lleva a cabo una tarea inmensa para satisfacer las necesidades del ego del niño, sin que en la mente de éste quede constancia de nada de todo ello.

La fase siguiente, la de dependencia relativa, consiste en una fase de la adaptación en la que ésta va disminuyendo poco a poco. La gran mayoría de las madres están capacitadas para aportar una desadaptación gradual que esté perfectamente acoplada a la rapidez con que el niño vaya haciendo progresos. Así, por ejemplo, nos encontramos con el comienzo de la capacidad de comprensión intelectual, que se desarrolla como una gran extensión de procesos simples, como son los reflejos condicionados. (Imaginen una criatura en espera de que la alimenten. Llegará un tiempo en que la criatura sabrá esperar unos minutos porque los ruidos que le llegan de la cocina anuncian la pronta aparición de la comida. En lugar de excitarse a causa de estos ruidos, la criatura los aplica a su capacidad de espera.)

Naturalmente, no todas las criaturas empiezan a utilizar su comprensión intelectual a la misma edad; las variaciones son muy grandes y, a menudo, la comprensión que pueden haber tenido sufre retrasos a causa de la confusión con que se les aparece la realidad. He aquí una idea que debe ponerse

de relieve: la totalidad del procedimiento del cuidado infantil debe caracterizarse principalmente por el modo firme y estable de presentarle el mundo a la criatura. Esto es algo que no puede hacerse con el pensamiento o por medios mecánicos, sino que debe ir a cargo de un ser humano que se muestre siempre como él o, mejor dicho, ella misma. Aquí no tiene cabida la perfección. La perfección es propia de las máquinas; lo que necesita la criatura es, sencillamente, lo que suele obtener: el cuidado y la atención de alguien que sigue siendo «ella misma». Huelga decir que esto es igualmente aplicable al padre.

Conviene hacer hincapié en este «ser ella misma». En efecto, hay que establecer una distinción entre la persona y el hombre o la mujer, la madre o la niñera, que *interprete* el papel, tal vez de forma muy convincente por haberlo aprendido en los libros dedicados al cuidado de los niños pequeños. Pero no basta con esta actuación o interpretación. La criatura sólo recibirá una presentación clara de la realidad externa cuando sea cuidada por un ser humano consagrado a la criatura y a la tarea de cuidarla. La madre irá desprendiéndose poco a poco de este estado (nada difícil de alcanzar) de consagración, y pronto reanudará sus actividades normales; pero de momento se halla metida en él hasta el cuello.

El premio que se recibe en la primera fase (la de dependencia absoluta) reside en que el proceso de desarrollo de la criatura no sufre ninguna deformación. En esta segunda fase de dependencia relativa la recompensa consiste en que, de algún modo, la criatura empieza a *ser consciente de su dependencia*. Cuando la madre permanece alejada durante un período superior a la capacidad de la criatura para creer en su supervivencia (es decir, en la de la madre), la angustia hace acto de presencia, lo cual es el primer indicio de que la criatura es consciente. Antes, por el contrario, la ausencia de la madre no hace más que privar a la criatura de la especial habilidad materna para salvaguardarla de todo ataque exterior, con lo que se impide una eficaz instauración de ciertos avances esenciales en la estructuración del ego infantil.

La fase que sigue a esa en la que la criatura tiene cierta conciencia de que necesita a la madre se caracteriza por el hecho de que la criatura empieza a *comprender* que la madre es necesaria.

En los casos normales, la necesidad de una madre real va haciéndose gradualmente terrible, hasta el punto que las madres llegan a odiar sinceramente el tener que abandonar a sus hijos, y prefieren sacrificarse antes que causar su aflic-

ción o, de hecho, suscitar odio o desencanto en esta fase de especial necesidad, cuya duración aproximada podríamos cifrarla entre seis meses y dos años.

Cuando la criatura alcanza los dos años de edad, se han producido ya algunos acontecimientos que la preparan para enfrentarse con la pérdida. Será necesario hacer referencia a ello. Al lado de estos acontecimientos o avances de la personalidad de la criatura existen ciertos factores ambientales, importantes aunque variables, que deben tenerse en cuenta. Así, por ejemplo, cabe la existencia de un equipo formado por la madre y una niñera, equipo que es digno de estudio por derecho propio. Probablemente habrá también una serie de personas adecuadas —tías, abuelos, amigos íntimos de los padres— que por su presencia constante se hacen acreedoras al título de «madres sustitutivas». También es posible que el marido de la madre desempeñe un papel importante en el hogar, creado gracias a su ayuda; también él puede ser una buena madre sustitutiva o, de forma más masculina, dará a sí esposa un apoyo y un sentimiento de seguridad que ella transmitirá a la criatura.

No me parece necesario examinar en detalle todos estos pormenores, ya que su importancia salta a la vista. Sin embargo, se verá que varían considerablemente y que afectan notablemente los procesos de crecimiento de la criatura.

#### Caso clínico

Tuve ocasión de observar a tres hermanos al producirse la muerte repentina de su madre. El padre actuó responsablemente, y una amiga de la madre que conocía bien a los muchachos se hizo cargo de su cuidado; al cabo de un tiempo se convirtió en su madrastra.

El más pequeño de los tres contaba solamente cuatro meses de edad al producirse la súbita desaparición de la madre. Su desarrollo prosiguió satisfactoriamente, sin que se observase ningún signo clínico de reacción. Recurriendo a mi terminología, diré que la madre era un «objeto subjetivo» para este bebé; la amiga de la madre pasó a ocupar el lugar de ésta. Posteriormente, el pequeño pensaba en su madrastra como si se tratase de su madre verdadera.

Sin embargo, cuando el menor de los tres hermanos cumplió los cuatro años, me fue traído porque daba muestras de diversos trastornos de la personalidad. En los juegos comprendidos en la entrevista psicoterapéutica el pequeño inven-

tó un juego que tenía que repetirse muchas veces: él se escondía, momento que yo aprovechaba para cambiar muy ligeramente la posición de, por ejemplo, el lápiz que había en mi mesa. Entonces él salía de su escondite, se percataba del ligero cambio y se enfadaba hasta el punto de «matarme». Hubiese sido capaz de seguir este juego durante horas y horas.

Aplicando lo que había aprendido, le dije a la madrastra que se dispusiera a hablarle de la muerte al pequeño. Aquella misma tarde, por primera vez en su vida, el pequeño le dio a la madrastra la oportunidad de hablar de la muerte. Inmediatamente quiso saber con exactitud toda clase de detalles acerca de la madre de cuyas entrañas había salido, así como de su fallecimiento. Todo fue cobrando ímpetu en los días siguientes, siendo necesario que toda la historia le fuese repetida una y otra vez. Las relaciones con la madrastra siguieron siendo buenas y el pequeño no dejaba de llamarla «madre».

El mayor de los tres niños tenía seis años al morir su madre. Se limitó a lamentar su pérdida, como era natural tratándose de una persona querida. El proceso de aflicción siguió durante dos años aproximadamente, y al salir de él el muchacho daba muestras de un acceso de cleptomanía. Aceptaba a la madrastra como tal y recordaba a su verdadera madre como persona tristemente desaparecida.

El segundo de los hermanos, es decir el mediano, tenía tres años en el momento de la tragedia. Por aquel entonces se hallaba muy inmerso en una relación positiva con su padre, y acabó siendo un caso psiquiátrico al que hubo que someter a la psicoterapia (unas siete sesiones en el espacio de ocho años). Refiriéndose a él, el mayor de los hermanos dijo:

—No le dijimos que papá se había vuelto a casar, porque él cree que el matrimonio significa «matar».

El mediano estaba metido en un embrollo y se veía incapaz de afrontar el sentimiento de culpabilidad que le era necesario experimentar debido a la muerte de su madre en el momento en que él se hallaba en la fase homosexual, con un apego especial hacia su padre. Dijo:

—No me importa. Era ... (el hermano mayor) quien la quería.

Desde el punto de vista clínico, se convirtió en un caso de hipomanía. Su estado de extremo desasosiego se prolongó durante largo tiempo y era evidente que la depresión estaba al acecho. Sus juegos mostraban cierto grado de confusión, pero supo organizarlos convenientemente para transmitirme,

durante las sesiones de psicoterapia, cuáles eran las angustias específicas que provocaban su desasosiego.

Todavía se observan restos de trastorno psiquiátrico en este muchacho, que actualmente tiene trece años; es decir, diez años después de la tragedia, que, para él, resultó traumática.

Un importante aspecto del desarrollo de la criatura figura bajo el título de «identificación». Es posible que, de forma bastante precoz, el pequeño denote su capacidad de identificación con la madre. Hay reflejos primitivos de los que puede decirse que forman la base de estas facetas del desarrollo; por ejemplo, cuando la criatura responde a las sonrisas con otra sonrisa. Rápidamente el pequeño va siendo capaz de formas más complejas de identificación, lo cual entraña la existencia de una imaginación. Ejemplo de esto lo tendríamos en el pequeño que busca la boca de su madre y pretende alimentarla con el dedo mientras ella le está dando el pecho. He podido comprobarlo en niños de tres meses, pero no debemos preocuparnos por las fechas. Antes o después, estas cosas les suceden a todas las criaturas (a excepción de algunos casos de enfermedad) y sabemos que la situación de dependencia se ve considerablemente mitigada por la aparición en el pequeño de la capacidad de «meterse en el pellejo de su madre». De ahí procede el pleno desarrollo de la comprensión de la existencia personal y aparte de la madre y, *con el tiempo*, el niño llega a ser capaz de creer en el ayuntamiento de los padres que, de hecho, fue lo que condujo a su concepción. Esto sucede mucho más adelante y nunca se logra en los niveles más profundos.

El efecto que estos mecanismos mentales nuevos ejercen sobre el tema de la dependencia estriba en que el niño es capaz de hacerse cargo de acontecimientos que escapan a su dominio y, gracias a que es capaz de identificarse con la madre o con la madre y el padre, puede también arrinconar parte del intenso odio que en él suscita todo cuanto representa una amenaza para su omnipotencia.

Empieza a comprender y acaso a utilizar las palabras. Este tremendo avance en el animal humano permite a los padres brindar al pequeño todas las oportunidades posibles de cooperación, a través de la comprensión intelectual, aun cuando *en sus sentimientos profundos* sigan albergándose el dolor, el odio, la desilusión, el miedo y la impotencia. Supongamos que la madre dice:

—Voy a salir a por pan.

Es posible que ello dé resultado, a menos, claro, que permanezca ausente más rato del que permite la capacidad infantil para mantener la idea, en sus sentimientos, de que la madre está viva.

Quisiera citar una forma de desarrollo que afecta de modo especial la capacidad del niño para llevar a cabo identificaciones complejas. Se trata de algo relacionado con la fase en la que las tendencias integradoras del pequeño producen un estado en el que éste es una unidad, una persona completa, provista de un interior y un exterior, aparte de ser una persona que vive dentro de un cuerpo, más o menos limitado por la piel. Una vez el exterior significa un «no yo», el interior significa un «yo», con lo cual se cuenta con un lugar donde «guardar cosas». En la fantasía del niño, la realidad psíquica personal se sitúa dentro. Si se sitúa fuera es porque hay buenas razones para ello.

Al llegar aquí, el crecimiento de la criatura toma la forma de un intercambio continuo entre la realidad interior y la exterior, cada una de las cuales es enriquecida por la otra.

Ahora el niño no es sólo un creador potencial del mundo, sino que, además, es capaz de poblarlo con muestras de su propia vida interior. Así, paulatinamente, el niño va siendo capaz de «abarcarse» casi todos los acontecimientos externos, y, como se sabe, la percepción y la creación son prácticamente sinónimas. He aquí, pues, otro medio que permite al niño adquirir dominio sobre los acontecimientos externos así como sobre el funcionamiento interior de su propia personalidad.

#### *Hacia la independencia*

Una vez estas cosas han quedado instauradas, como sucede en la salud (o normalidad), el niño se va viendo, poco a poco, capacitado para enfrentarse con el mundo y todas sus complejidades, ya que cada vez ve más y más cosas de las que ya se hallan presentes en su propia personalidad. Mediante una serie de círculos, cada vez más amplios, de la vida social, el niño se identifica con la sociedad, ya que la sociedad local es una muestra del mundo personal del ser además de ser muestra de unos fenómenos verdaderamente externos.

Así es como se desarrolla una verdadera independencia, en la que él se halla en situación de vivir una existencia personal satisfactoria al mismo tiempo que se ve envuelto en los asun-

tos de la sociedad. Naturalmente, incluso en las últimas fases posteriores a la pubertad y a la adolescencia, abundan las posibilidades de que se produzca un retroceso en este desarrollo de la socialización. Hasta los individuos sanos se exponen a encontrarse con una tensión social superior a lo que el individuo podía prever antes de ensanchar su base personal de tolerancia.

Podemos ver, en la práctica, de qué manera los adolescentes van pasando de un grupo a otro, ensanchando constantemente el círculo, abarcando sin interrupción los fenómenos nuevos y cada vez más extraños que la sociedad va colocando en su camino. Los padres resultan muy necesarios para el gobierno de sus hijos adolescentes mientras éstos van explorando un círculo social tras otro; y lo son porque ellos pueden ver mejor que sus hijos en qué casos es demasiado rápido el paso desde un círculo social limitado a otro círculo social ilimitado, debido tal vez a la presencia de elementos sociales peligrosos en el vecindario inmediato, o quizás a causa de la actitud desafiante propia de la pubertad y el rápido desarrollo de la capacidad sexual. Los padres son necesarios debido especialmente a las tensiones instintivas y a los patrones susceptibles de reaparecer tras haber sido abandonados por vez primera a la edad en que se dan los primeros pasos.

Las palabras «hacia la independencia» describen los esfuerzos del niño pequeño y del niño que se encuentra en la pubertad. Durante el período de latencia los niños suelen contentarse con cuanta dependencia tengan la suerte de experimentar. El período de latencia es aquel en que la escuela desempeña el papel de sustituta del hogar. No siempre es así, pero no nos queda espacio para desarrollar aún más este tema.

El proceso de crecimiento debe seguir en la edad adulta, ya que raras veces llegan los adultos a alcanzar la madurez plena. Pero una vez han encontrado su lugar en la sociedad a través del trabajo, tal vez contrayendo también matrimonio o estableciendo algún patrón de vida que represente un compromiso entre la emulación de los padres y el desafío a los mismos mediante la instauración de una identidad personal, una vez hayan tenido lugar todos estos pasos evolutivos, entonces podremos decir que la vida como adulto ha empezado, y los individuos, uno a uno, van saliendo de la zona comprendida en esta breve exposición del crecimiento en términos de dependencia hacia la independencia.

## Capítulo octavo

### La moral y la educación<sup>1</sup> (1963)

El título de esta conferencia me ofrece la oportunidad de desarrollar el tema no tanto en el sentido de una sociedad que cambia como en el de una naturaleza, la humana, que no cambia. La naturaleza humana no cambia. He aquí una idea que pudiera ser puesta en duda. Sin embargo, la aceptaré como cierta y sobre ella edificaré mi disertación. Es cierto que la naturaleza humana evolucionó, del mismo modo que lo hicieron los cuerpos y los seres humanos, a lo largo de centenares de miles de años. Pero tenemos pocas pruebas de que la naturaleza humana haya cambiado en el breve espacio de tiempo del que tenemos constancia gracias a la historia; equiparable a esto es el hecho de que lo que podemos decir de la naturaleza humana en Londres hoy en día es igualmente cierto en Tokio, en Accra, en Amsterdam y en Timbuctú. Es cierto para los blancos y para los negros, para los gigantes y los pigmeos, para los hijos del científico de Harwell o Cabo Cañaverall y para los del aborigen australiano.

Aplicándolo al tema que es objeto de nuestro estudio (la educación moral en nuestros días), esto significa que existe un campo para la investigación de lo que podríamos denominar «la capacidad del niño humano para ser educado moralmente». A este campo queda delimitado todo aquello a lo que me refiera en esta conferencia: el desarrollo en el niño humano de la capacidad para poseer un sentido moral, para experimentar

1. Conferencia de un ciclo pronunciada en el Instituto de Educación de la Universidad de Londres, 1962, y publicada por primera vez bajo el título de *The Young Child at Home and at School*, en *Moral Education in a Changing Society*, ed. W. R. Niblett, Londres, Faber, 1963.



un sentimiento de culpabilidad y para fijarse un ideal. Sería análogo todo intento de penetrar en una idea como es la de «creencia en Dios» para llegar a la idea de la «creencia» o, por decirlo del modo que yo prefiero, la «creencia en algo». Si en un niño se ha desarrollado la capacidad para «creer en algo», a él podrá serle transmitido el dios de la familia o de la sociedad a la que pertenezca. Pero para un niño que carezca de tal capacidad, dios es, en el mejor de los casos, un truco de pedagogo o, en el peor, prueba palpable de que las figuras-padre no confían en los procesos de la naturaleza humana y se sienten aterradas ante lo desconocido.

Al dar la conferencia que inauguró el presente ciclo, el profesor Niblett se refirió a Keate, el director de un colegio que dijo a uno de sus discípulos:

—Crearás en el Espíritu Santo antes de las cinco de esta tarde o te daré una zurra hasta que creas en él.

Así es como el profesor Niblett nos hizo ver la futilidad de enseñar los valores morales o la religión por la fuerza. Lo que pretendo hacer es traer este tema a discusión y examinar sus alternativas. Mi principal argumento es que sí existe una buena alternativa y que ésta no la encontraremos recurriendo a una enseñanza cada vez más sutil de la religión. Esta buena alternativa está relacionada con la provisión de las condiciones que permitan a la criatura y al niño albergar sentimientos como la confianza y la creencia en algo, así como el concepto del bien y del mal, partiendo del funcionamiento de los procesos internos del individuo. A esto podríamos aplicarle el nombre de «evolución de un superego personal».

Las religiones han dado mucha importancia al pecado original, pero no todas han sabido crearse la idea de una bondad original; es decir, una bondad que, recogida en la idea de Dios, esté al mismo tiempo separada de los individuos que colectivamente crean y recrean este concepto de Dios. La afirmación de que el hombre hizo a Dios según su propia imagen suele considerarse un ejemplo divertido de perversidad, pero la verdad que en ella se encuentra saltaría más a la vista si la replanteásemos del modo siguiente: el hombre sigue creando y recreando el concepto de Dios como receptor de todo lo bueno que hay en él (en el hombre) y que se echaría a perder si lo conservase en sí mismo, al lado de todo el odio y la destructividad que se halla igualmente presente en él.

La religión (¿o ha sido quizás la teología?) ha robado lo que de bueno había en el individuo-niño y luego ha establecido un esquema artificial para inyectar en el niño lo mismo

que antes le ha quitado, y a semejante esquema le ha dado el nombre de «educación moral». En realidad, la educación moral no da resultados a no ser que el niño haya creado, siguiendo un proceso natural de desarrollo, en sí mismo aquello que, colocado en el cielo, llamamos «Dios». El éxito del educador moral depende de que haya habido este desarrollo en el niño, permitiéndole aceptar el Dios del educador como proyección de la bondad que forma parte del niño y de su experiencia real de la vida.

Así, pues, en la práctica nos vemos reducidos, sea cual fuera nuestro sistema teológico, a depender de la forma en que cada nuevo niño haya sido o esté siendo capacitado para vencer los obstáculos por medio de su proceso natural de desarrollo. Permítanme que lo exprese de este modo: ¿Ha logrado el niño pasar su examen de ingreso en el sentido de la moral? o ¿ha adquirido eso que estoy llamando «creer en algo»? Me aferro a esta expresión un tanto abstracta: «creer en algo». Para que el niño sustituya este «algo» abstracto por un algo concreto, es necesario que alguien le enseñe lo que nosotros, su familia, en esta sección de la sociedad y en estos momentos, creemos. Sin embargo, este proceso de concreción es de importancia secundaria, ya que si la capacidad para «creer en algo» no existe, la enseñanza de la moral y de la religión no pasa de ser un ejemplo de pedagogía al estilo de Keate, y generalmente se ve aceptada como algo que es objetable o ridículo.

Me desagrada la idea que a menudo oigo expresar a personas por lo demás bien informadas en el sentido de que el enfoque mecanicista de la psicología adoptado por Freud, o el apoyo que busca en la teoría de la evolución del hombre partiendo de los animales, se interpone a la aportación que podrían hacer los psicoanalistas al pensamiento religioso. Incluso sería posible que la religión aprendiera algo del psicoanálisis, algo que impidiese que la práctica de la religión quedase desplazada en los procesos civilizadores y en el progreso de la civilización. Al negarle la posibilidad de crear el contenido de los conceptos de Dios, de la bondad y de los valores morales, la teología priva al individuo de un importante aspecto de su facultad creadora.

Seguramente la señora Knight, al comparar a Dios con Papá Noel en la polémica suscitada hace unos años, no pretendía quitar valor a la idea de Dios. Lo que la señora Knight decía, o trataba de decir, es que algunos elementos del niño pueden proyectarse en las brujas de los cuentos de hadas, que parte de la fe y generosidad infantiles pueden transferir-

se a Papá Noel, y que la gran variedad de sentimientos e ideas de la bondad que son propias del niño, y de sus experiencias internas y externas, podemos reunir las bajo la denominación de «Dios». Del mismo modo, al contenido de maldad que hay en el niño podemos llamarlo «el diablo y todas sus obras». Esta clasificación contribuye a socializar un fenómeno que fuera de eso es puramente personal. Tras treinta años de practicar el psicoanálisis, he llegado a la conclusión de que son las ideas incluidas en la organización de la educación moral lo que despoja al individuo de su capacidad de creación.

Sin embargo, las ideas del educador moral o moralista se resisten a perecer. Este fenómeno podemos explicarlo de diversas maneras. Una de las más evidentes es que sin duda alguna existen personas perversas. Aplicando mi propia terminología, diré que en todas las sociedades y en todas las épocas hay y ha habido gente cuyo desarrollo emocional no ha llegado a la fase en que «se cree en algo», ni ha llegado a una fase de moralidad innata en la que esté comprometida toda la personalidad. Sin embargo, la educación moral creada con el pensamiento puesto en estas personas «enfermas» no es igualmente aplicable a la gran mayoría de personas que, de hecho, están «sanas» en este sentido. Más adelante volveré a hacer referencia a las personas perversas.

Llevo un rato hablando como si fuese un teólogo aficionado, cuando lo que en realidad se me ha pedido es que lo hice en calidad de profesional de la psiquiatría infantil. Para que mis palabras resulten útiles, debo arreglármelas para hacer un breve resumen del desarrollo humano de las criaturas y niños del género humano. Ustedes saben, por supuesto, que se trata de un tema sumamente complejo que no puede explicarse someramente. Hay muchas formas de enfocarlo y procuraré hacerlo mediante varios métodos.

La base del desarrollo del niño estriba en la existencia física de la criatura junto con sus tendencias heredadas. Estas tendencias incluyen los impulsos de maduración que estimulan el desarrollo. Supongamos, a guisa de ejemplo, que la criatura tiende a emplear un vocabulario de tres palabras cuando tiene un año de edad, a empezar a caminar a los catorce meses más o menos, a adquirir la misma forma y estatura que el padre o la madre, a ser inteligente o estúpido, caprichoso o alérgico. De manera menos perceptible nace en la criatura una tendencia que luego proseguirá en el niño: la que lleva a la integración de la personalidad. Téngase en cuenta que la palabra «integración» adquiere un significado

progresivamente complejo a medida que pasa el tiempo y el niño se va haciendo mayor. Asimismo, la criatura tiende a vivir en su propio cuerpo y a edificar su personalidad tomando por base la funcionalidad corporal, a la cual pertenecen unas elaboraciones imaginativas que rápidamente se vuelven sumamente complejas y constituyen la realidad psíquica peculiar a dicha criatura. Esta queda instaurada en calidad de unidad, consciente de su propia existencia y dispuesta a afrontar valientemente el mundo con el cual empieza a establecer relaciones; relaciones afectuosas y, por contraste, relaciones objetales basadas en la vida instintiva. Y así sucesivamente. Todo esto y más, mucho más, es cierto y siempre lo ha sido en las criaturas humanas: se trata de la naturaleza humana abriéndose camino. Pero conviene señalar un factor de gran importancia: el hecho de que los procesos de maduración cobren realidad en el niño, y además lo hagan en el momento apropiado, depende de una provisión ambiental suficiente.

Se trata del viejo dilema entre la naturaleza y la crianza, o, si lo prefieren, entre lo que nace y lo que se hace. A mi modo de ver no se trata de un problema que no pueda enunciarse. Los padres no tienen que hacer a su bebé del mismo modo que el pintor tiene que hacer su cuadro y el alfarero su jarrón. El bebé crece a su manera cuando encuentra un medio ambiente adecuado. Alguien se ha referido a esto con las palabras «ambiente esperable por término medio». Lo cierto es que a través de los siglos las madres, los padres, o quienes los sustituyan, por lo general han sabido proveer las condiciones exactas que sus criaturas y niños necesitan al principio, en la fase de mayor dependencia, e incluso algo más tarde, cuando las criaturas, ya mayores, empiezan a distanciarse algo del medio ambiente y a ser relativamente independientes. Después de esto, la situación tiende a no ser tan buena, pero, al mismo tiempo, este factor va perdiendo su importancia de modo progresivo.

Habrán caído en la cuenta de que estoy refiriéndome a una edad en la que la enseñanza no se realiza verbalmente. Ni Freud ni el psicoanálisis hicieron falta para que madres y padres supiesen aportar estas condiciones, las cuales empiezan con un elevado grado de adaptación a las necesidades de la criatura por parte de la madre y luego, gradualmente, se convierten en una serie de fallos de adaptación; estos fallos son a su vez una especie de adaptación, ya que están ligados a la necesidad que de forma creciente siente el niño por enfrentarse a la realidad, alcanzar la separación e instaurar una identidad personal. (Joy Adamson hace una perfecta descrip-

ción de todo esto al narrarnos la crianza de Elsa, la leona, y de los cachorros que ahora son para siempre libres.)

Si bien casi todas las religiones han reconocido la importancia de la vida familiar, al parecer fue el psicoanálisis el que tuvo que mostrar, a las madres de bebés y a los padres de niños muy pequeños, el valor —mejor dicho, la naturaleza esencial— de su tendencia a proveer a cada criatura, por medio de la crianza, aquello que le es absolutamente necesario.

La madre (no excluyo al padre) se adapta tan bien que no podemos decir otra cosa que se identifica estrechamente con el hijo, de tal forma que conoce exactamente lo que hace falta a cada momento y también de manera general. La criatura, por supuesto, en esta primera fase se halla en estado de fusión, sin que todavía haya separado la madre y los objetos «que no son ella» (la criatura) de lo que sí lo es, de manera que lo que el medio ambiente contiene de adaptativo y «bueno» va acumulándose en el almacén de experiencias del niño, formando una cualidad del ser o personalidad que al principio resulta indistinguible (para el niño) del funcionamiento sano o normal del niño.

Durante esta primera fase la criatura no se percibe de lo bueno y susceptible de adaptación que hay en el medio ambiente; pero reacciona, y por tanto conoce y percibe, los fallos de la estabilidad. La reacción provocada por los fallos de la estabilidad del cuidado del niño constituye un trauma, ya que cada reacción interrumpe la continuidad existencial de la criatura y rompe su ser.

Resumiendo esta primera etapa de mi descripción simplificada del desarrollo del ser humano: la criatura y el niño pequeño suelen ser cuidados de una manera estable, digna de confianza, lo cual va creciendo en ella hasta formar una creencia en la estabilidad; a ésta cabe sumarle la percepción infantil de la madre o el padre, la abuela o la niñera. La idea de la bondad y de un padre o Dios personal y estable aparece de forma natural en el niño que haya empezado la vida de este modo.

Al niño que no viva experiencias suficientemente buenas durante las primeras fases no se le puede inculcar la idea de un Dios personal a modo de sustitución del cuidado infantil. La sutil comunicación criatura-madre, cuya importancia es vital, es anterior a la fase en que se añade la comunicación verbal. Ésta es una de las primeras reglas de la educación moral: que la educación moral no constituye un sustituto del amor. Al principio, la única forma eficaz de expresar amor es mediante el cuidado de la criatura y del niño, lo que para

nosotros equivale a la provisión de un medio ambiente posibilitador o satisfactorio y para el niño la posibilidad de evolucionar de manera personal y concorde con la graduación ininterrumpida del proceso de maduración.

¿De qué modo puedo seguir desarrollando este tema, habida cuenta de la creciente complejidad de la realidad interior del niño y, asimismo, del aumento del cúmulo de experiencias internas y externas recordadas u olvidadas por economía?

Trataré ahora de decir algo sobre el origen, en la criatura o en el niño pequeño, de los elementos que pueden describirse con las palabras «bueno» o «malo». No hace falta decir que en esta fase no es imprescindible utilizar palabras. De hecho, todos sabemos que es posible comunicar la idea de aprobación o censura a los sordos, e igualmente a las criaturas mucho antes de que empiece la comunicación verbal. Efectivamente, en la criatura se desarrollan ciertos sentimientos contrapuestos —completamente ajenos a la aprobación o a la censura que le es transmitida por la madre o el padre— de los que debemos tomar nota y a los que acaso convenga seguir hasta su punto de origen.

En el «almacén» que van formando los recuerdos personales y los fenómenos que constituyen la realidad psíquica interior del niño aparecen unos elementos que a primera vista parecen contraponerse y a los que llamaremos «elementos de apoyo» y «elementos disruptivos», o, si lo prefieren, «elementos amistosos» y «elementos hostiles», o bien «elementos benignos» y «elementos persecutorios». Tales elementos nacen en parte de las satisfacciones y frustraciones del niño en su experiencia vital, incluyendo las excitaciones, y en parte esta acumulación de elementos positivos y negativos depende de la capacidad de la criatura para evitar el dolor de la ambivalencia absteniéndose de juntar los objetos que a ella le parecen buenos o malos.<sup>2</sup>

Me resulta imposible dejar de emplear las palabras «bueno» y «malo» en este contexto, aunque ello vaya precisamente en contra de la finalidad que persigo: describir los fenómenos anteriores al uso de palabras. Lo cierto es que estas cosas tan importantes que acontecen a la criatura en desarrollo y al niño pequeño exigen ser descritas en términos de lo bueno y lo malo.

Todo esto se halla estrechamente enlazado con la percepción de la aprobación y censura materna, pero aquí, como

2. Este estado de cosas primitivo pasa a ser empleado como defensa contra el dolor de la ambivalencia, y entonces es denominado «escisión» del objeto.

en todas partes, el factor interior y personal es más importante que el externo o ambiental, precepto que constituye el corazón mismo de este trabajo. Si me equivoco en este aspecto, entonces es que mi tesis es errónea. Si mi tesis está equivocada, entonces es que las criaturas y los niños pequeños dependen realmente de que el bien y el mal les sean inyectados. Esto significa que los padres deben aprobar o censurar en vez de amar; a decir verdad, que deben ser educadores morales en lugar de padres. ¡Qué mal les sentaría esto!

Al niño le es necesario recibir aprobación o censura, pero los padres, por lo general, prefieren no dar muestras de ninguna de las dos cosas en tanto no hayan percibido en la criatura los elementos que constituyen un sentido de los valores de lo bueno y de lo malo, del bien y del mal; es decir, atendiendo al aspecto concreto del cuidado infantil predominante en aquel momento.

Se nos hace necesaria ahora una rápida visión de la realidad psíquica interior de la criatura y del niño. Se trata de un mundo personal que crece rápidamente y que el niño sitúa a la vez dentro y fuera de su ser, de ese ser que acaba de ser instaurado en calidad de unidad provista de una «piel». Lo que hay dentro es parte, si bien no inherente, del ser y es susceptible de ser proyectado. Lo que hay fuera no forma parte del ser, aunque tampoco de manera inherente, y puede ser introyectado. En la normalidad, se registra un intercambio constante a medida que el niño va viviendo y adquiriendo experiencias, de tal manera que el mundo exterior se ve enriquecido por el potencial interior y éste, a su vez, se enriquece con lo que viene de fuera. Evidentemente, la base de estos mecanismos mentales la constituye el funcionamiento de la incorporación y la eliminación en la experiencia corporal. A la larga, es posible que el niño, que para entonces se estará convirtiendo en individuo maduro, perciba que en efecto existe algo que es verdaderamente ambiental, y este algo (ambiental) incluye las tendencias heredadas así como la provisión ambiental y el mundo pretérito y futuro, e igualmente el universo todavía desconocido.

Resulta obvio que, a medida que el niño va creciendo de esta forma, el contenido de su ser personal no se limita a ser él. El ser se va viendo progresivamente configurado por la provisión ambiental. El bebé que adopta un objeto casi como parte del ser no hubiese podido hacerlo de no haber estado el objeto por allí, dispuesto a ser adoptado. De la misma manera, todos los objetos introyectados no se limitan a ser artículos exportados y que ahora son reimportados, sino que

son realmente mercancías extranjeras. La criatura no está en situación de saber esto en tanto no se haya producido una maduración considerable, y la mente sea capaz de abordar, intelectual e inteligentemente, los fenómenos que carecen de significado en términos de aceptación emocional. En tales términos el ser, en su esencia, es siempre personal, aislado y no se ve afectado por la experiencia.

Esta manera de examinar el desarrollo emocional es importante para mi argumentación, ya que, a medida que la criatura crece de esta forma, se va preparando el terreno para que los encargados de cuidar del niño dejen a su alcance no sólo objetos (muñecas, osos de peluche, trenes de juguete, etcétera), sino también un código moral. Las normas de este código se inculcan sutilmente, por medio de expresiones de aceptación o de amenazas en el sentido de una retracción del amor. De hecho, se ha empleado la expresión «moralidad esfínter» para describir la forma en que las ideas del bien y del mal pueden ser transmitidas a las criaturas y a los niños en los mismos términos en que la inconsciencia se convierte en un autocontrol socializado. El control de las excreciones no es más que un ejemplo bastante obvio entre multitud de fenómenos comparables. No obstante, ateniéndonos a la moralidad esfínter, resulta fácil de ver que los padres que esperan que el niño pequeño cumpla las reglas antes de alcanzar la fase en la que la palabra «autocontrol» significa algo, lo que hacen en realidad es privar al niño tanto del sentimiento de haber logrado algo como de su fe en la naturaleza humana que emana del proceso natural que conduce al control del esfínter. Esta clase de actitud equivocada ante la «educación» hace caso omiso de los procesos de maduración del niño, así como de su deseo de ser como las demás personas y animales que pueblan su mundo.

Sin duda existen y existirán siempre aquellos que por naturaleza y crianza prefieren implantar la moralidad, de igual manera que existen otros que por naturaleza y crianza prefieren esperar, aunque sea un largo período, a que las cosas se desarrollen de forma natural. Sin embargo, estas cuestiones pueden discutirse.

En estos asuntos la respuesta es siempre que *se gana más con el amor que con la educación*. En este contexto «amor» significa la totalidad de los cuidados prestados a la criatura y al niño, los que posibilitan los procesos de maduración. El odio no queda excluido. «Educación» quiere decir sanciones y la implantación de los valores paternos o sociales *independientemente* del crecimiento interior o maduración del niño.

La educación, refiriéndonos a la enseñanza de la aritmética, etcétera, debe esperar a que la integración personal de la criatura llegue a un grado que dé sentido al concepto de *uno*, y también a la idea que contiene la primera persona del singular del pronombre personal. El niño que conoce el sentimiento del «yo soy», y que es capaz de llevarlo consigo, conoce también el «uno» y entonces, inmediatamente, desea que se le enseñe la suma, la resta y la multiplicación. De la misma manera, la educación moral sigue de modo natural la aparición de la moralidad en el niño mediante los procesos naturales de desarrollo posibilitados por unos buenos cuidados.

### El sentido de los valores

No tarda en formularse la pregunta: ¿qué hay de un sentido de los valores en general? ¿En qué consiste el deber de los padres al respecto? Este tema, de índole más general, viene detrás del tratamiento de los temas de carácter más específicos relativos al comportamiento de la criatura. También aquí hay quienes tienen miedo de esperar y prefieren implantar; y quienes, por el contrario, esperan y se preparan para presentar las ideas y esperanzas que la criatura es capaz de aprovechar a medida que va llegando a cada nueva fase del desarrollo de la integración y de su capacidad para la consideración objetiva.

En lo que hace a la religión y a la idea de una deidad, hay dos extremos claramente definidos y que ocupan quienes ignoran que el niño está dotado de la facultad de crearse un dios y que, por tanto, proceden a implantarle la idea de dios cuanto antes, y aquellos que, por contra, esperan a ver los resultados de sus esfuerzos encaminados a satisfacer las necesidades de su criatura en desarrollo. Estos últimos, como ya he dicho, harán que el niño conozca los dioses de la familia cuando haya alcanzado una fase que le permita aceptarlos. En este caso, se sigue un mínimo de patrón establecido; mientras que en el primer caso lo que se busca es precisamente un patrón establecido, viéndose el niño reducido a aceptar o a rechazar esto que en esencia le es extraño: el concepto implantado de dios.

Sin duda hay quienes abogan para que no se ponga al alcance del niño ningún fenómeno cultural, evitando así que el pequeño se apodere de él y lo adopte como suyo. Conocí a un padre que incluso había prohibido que contasen cuentos de hadas a su hija, ni siquiera que le hablasen de brujas,

hadas o príncipes; pretendía así que la niña adquiriese una personalidad exclusivamente propia. A la pobre niña se le estaba pidiendo que reelaborase por su propio esfuerzo todas las ideas y logros culturales creados a lo largo de los siglos. El plan no tuvo éxito.

De igual manera, la solución del problema que presentan los valores morales no estriba en que el niño cree los suyos propios, sin que los padres le ofrezcan los frutos del sistema social en que estén inscritos. Además, hay una razón muy especial por la que conviene que exista un código moral al alcance del niño: el hecho de que el código moral innato en la criatura o en el niño sea tan bárbaro, crudo y susceptible de anularlo. El código moral de los adultos es necesario porque humaniza lo que para el niño es infrahumano. La criatura es presa del temor a la venganza. Así, el niño, llevado por la excitante experiencia de establecer relaciones con un objeto «bueno», morderá y creará que el objeto también muere; el niño gozará en una orgía excretoria y, para él, el mundo se llenará de agua que amenaza con ahogarlo y de porquería en la que puede quedar enterrado. Semejantes temores, notables por su crudeza, quedan humanizados principalmente gracias a la experiencia de cada niño en relación con sus padres, quienes muestran su desagrado y enojo, pero que ni lo muerden ni lo ahogan ni lo queman aplicándole la ley del Talió para corresponder exactamente a su impulso o fantasía.

Por medio de la experiencia que le da la vida, el niño normal llega a ser capaz de creer en la existencia de algo que le puede ser dado como dios personal. Pero la idea de un dios personal no sirve de nada al niño que no haya tenido experiencia con seres humanos, con personas que humanicen las aterradoras formaciones del superego directamente relacionadas con el impulso y la fantasía infantil que acompaña a las funciones fisiológicas y a las crudas excitaciones instintivas.<sup>3</sup>

Este principio que afecta a la transmisión de los valores morales es aplicable igualmente a la entrega de la antorcha de la cultura y la civilización. Démosle al niño la oportunidad de oír a Mozart, Haydn y Scarlatti desde buen principio y probablemente se desarrollará en él un buen gusto precoz, algo que nos permitirá ufanarnos ante nuestras amistades. Pero lo más probable es que el niño tenga que empezar con

3. Erikson ha escrito sobre este tema en términos del concepto de la virtud (Erikson, 1961).

los ruidos emitidos por un instrumento improvisado con un peine y papel higiénico, que luego pase a tamborilear sobre un cacharro y a soplar en una destartada corneta; el trecho que separa a un berrido de *Voi che Sapete* es inmensa, y la apreciación de lo sublime debe ser un logro personal, no algo que se implanta. Y, sin embargo, no hay niño que sea capaz de componer o interpretar «su propio Mozart»: somos nosotros quienes debemos ayudarle a disfrutar de este y de otros tesoros. Ateniéndonos al campo de la experiencia vital, ello significa que nuestra tarea consiste en dar ejemplo a nuestros niños, no de algo que de hecho supere a lo que realmente somos, sino algo que sea tolerablemente decoroso.

La forma más bárbara de moralidad es la de la primera infancia, forma que persiste como rasgo de la naturaleza humana y que puede observarse a lo largo de la vida del individuo. Para la criatura, la inmoralidad consiste en *cumplir a expensas de la forma personal de vivir*. Así, puede que un niño, de la edad que sea, tenga la impresión de que comer está mal, y que incluso llegue al extremo de morir por tal principio. La obediencia reporta un premio de manera inmediata, por lo que es muy fácil que los adultos confundan la obediencia con el crecimiento. Puede suceder que los procesos de maduración queden postergados por una serie de identificaciones, de manera que los datos clínicos que se obtienen sean falsos, una especie de «personalidad en funciones» o, tal vez, la emulación de otra persona; al mismo tiempo, la personalidad que podríamos llamar «verdadera», o «esencial», queda oculta y se ve privada de experiencia de vida. Esto hace que muchas personas aparentemente afortunadas acaben por quitarse la vida, que se les ha convertido en algo falso e irreal; el éxito sin fundamento en la realidad representa la moralidad en su punto más bajo y a su lado las pequeñas transgresiones sexuales apenas cuentan.

Debo hacer referencia a una fase del desarrollo infantil que reviste importancia especial, si bien no es más que otro ejemplo, más complejo, de cómo la provisión ambiental posibilita los procesos de maduración.

En esta fase a la que me estoy refiriendo se produce un aumento gradual de la capacidad infantil para experimentar un sentimiento de responsabilidad que, en el fondo, es un sentimiento de culpabilidad. En tal momento el elemento ambiental imprescindible consiste en la continua presencia de la madre o figura materna durante el período de adaptación a la destructividad que forma parte de la naturaleza de la criatura o niño. Esta destructividad va haciéndose más y más

característica de las relaciones objetales. Esta fase del desarrollo dura de seis meses a dos años y, una vez transcurrida, es probable que el niño haya llevado a cabo una integración satisfactoria de la idea de destruir el objeto y del hecho de que ama este mismo objeto. La madre es necesaria durante este período debido a su valor de supervivencia. Se trata de una «madre-medio ambiente» y, al mismo tiempo, de una «madre-objeto», el objeto de un amor excitado. En el desempeño de este segundo papel, la madre se ve repetidamente destruida o dañada. Paulatinamente, el niño llega a integrar estos dos aspectos de la madre y a ser capaz de amar y de mostrarse afectuoso con la madre superviviente al mismo tiempo. Esta fase envuelve al niño en un tipo especial de angustia que llamamos «sentimiento de culpabilidad», culpabilidad que se relaciona con la idea de destrucción y amor simultáneos. Es esta angustia la que lleva al niño hacia un comportamiento constructivo, o activamente amoroso, dentro de su mundo limitado, reavivando el objeto, haciendo que el objeto amado se reponga, reconstruyendo lo que ha sido destruido. Si la figura materna no logra acompañar al niño durante toda esta fase, el niño no encuentra, o pierde si la ha encontrado, la capacidad para sentir culpabilidad, experimentando en su lugar una forma cruda de angustia que es meramente negativa. (Este tema lo he descrito en otra parte y con mayor detenimiento del que ahora me es posible. Asimismo, no hace falta decir que los principales trabajos que nos llevan a esta faceta de la comprensión del desarrollo infantil son los de Melanie Klein y se encuentran entre sus escritos titulados *La posición depresiva*.)

### La provisión de oportunidades

He aquí una fase esencial en el desarrollo infantil y que no tiene nada que ver con la educación moral salvo que, si la fase se supera con éxito, la solución personal del niño al problema de la destrucción de lo amado se transforma en el deseo de trabajar o de adquirir habilidades. Es entonces cuando la provisión de oportunidades, incluyendo la enseñanza de habilidades, satisface la necesidad del niño. Pero el factor esencial lo constituye la necesidad y ésta surge de la instauración, en el ser del niño, de la capacidad para soportar el sentimiento de culpabilidad suscitado por sus impulsos e ideas destructivas, de soportar el sentirse responsable de forma general por las ideas destructivas, debido a haber co-

brado confianza en relación con los impulsos de reparación y las oportunidades de contribuir. Esto reaparece a mayor escala durante el período de la adolescencia, y es bien sabido que el hecho de dar a los jóvenes la oportunidad de servir resulta más valioso que la educación moral en el sentido de enseñarles moralidad.

Antes dije que volvería a referirme a la perversidad y a las personas perversas. Para el psiquiatra, tales personas están enfermas. En efecto, la perversidad se incluye en el cuadro clínico propio de la tendencia antisocial. Abarca actos que van desde orinarse en la cama hasta el robo y la mentira, pasando por el comportamiento agresivo, los actos destructivos, la crueldad compulsiva y las perversiones. Son numerosísimos los trabajos dirigidos a explicar la etiología de la tendencia antisocial, de manera que me limitaré, por razones de tiempo y espacio, a hacer una breve exposición de la misma. La tendencia antisocial viene a representar la esperanza para el niño, que, de no ser por ella, carecería de esperanza y que, por otra parte, es desgraciado e inofensivo. Cuando en un niño se manifiesta la tendencia antisocial, sabemos que el niño alberga cierta esperanza de hallar el modo de llenar el vacío. Este vacío se produjo al truncarse la continuidad de la provisión ambiental en una fase de dependencia relativa. En todos los casos antisociales ha existido esta interrupción cuyo resultado ha sido la detención de los procesos de maduración y la provocación en el niño de un doloroso estado clínico de confusión.

A menudo el psiquiatra infantil puede ayudar a llenar este vacío (si trata el caso antes de que se desarrolle el beneficio secundario), de manera que en vez del robo aparezca de nuevo en el niño una buena relación con la madre, o con una figura materna o con el padre. La perversidad desaparece cuando el vacío queda lleno. Les estoy dando una explicación muy simplificada pero que nos bastará por el momento. Cabría decir que la perversidad compulsiva es lo último que se cura o detiene con la educación moral. El niño está íntimamente convencido de que hay *esperanza* dentro de su comportamiento perverso y de que la *desesperación* acompaña a la obediencia y a la falsa socialización. A ojos de la persona antisocial o perversa, el educador moral milita en el bando enemigo.

El psicoanálisis nos ofrece importantes posibilidades de comprensión, pero pocas de aplicación en este sentido. El pensamiento moderno, basado en gran parte en el psicoanálisis, permite ver qué es lo importante en el cuidado de criaturas y niños, y libra a los padres del peso que representaba

la idea de que eran ellos quienes tenían que hacer «buenos» a sus hijos. Valora los procesos de maduración en el crecimiento individual y establece la relación entre ellos y el medio ambiente posibilitador. Examina el desarrollo del sentido de la moral en el individuo, y demuestra de qué modo la capacidad para el sentimiento de responsabilidad personal es propio de la normalidad.

Lo que el psicoanalista deja por resolver está en relación con la educación moral de los individuos hasta donde no hayan madurado en ciertos aspectos esenciales y hasta donde carezcan de capacidad para la valoración moral o para sentir responsabilidad. El psicoanalista se limita a decir que estas personas están enfermas y, en algunos casos, las somete a un tratamiento que resulta eficaz. Pero queda todavía el esfuerzo que realiza el educador moral para tratar a estos individuos, tanto si están enfermos como si no lo están. Aquí lo único que puede hacer el psicoanalista es pedirle al educador moral que no eche por tierra los métodos que él, el psicoanalista, ha creado para estas personas enfermas, de forma que afecte a las personas que no lo están. La inmensa mayoría de la gente no está enferma, aunque, de hecho, se advierta en ella toda clase de síntomas. Las medidas severas y restrictivas, incluso el adoctrinamiento, acaso satisfagan la necesidad que tiene la sociedad de gobernar al individuo antisocial, pero son lo peor que puede sucederle a la persona normal, a la persona que es capaz de crecer desde dentro si cuenta con el necesario ambiente posibilitador, especialmente en las primeras fases del crecimiento. Son éstas, las personas normales, quienes crecen hasta convertirse en los adultos que forman la sociedad y que, colectivamente, instauran y mantienen el código moral que regirá durante los decenios siguientes, hasta que sus hijos les sucedan.

Tal como dijo el profesor Niblett en la primera conferencia de este ciclo, no podemos decirles a los adolescentes que la tarea depende exclusivamente de ellos. Somos nosotros quienes en la infancia, la niñez, la adolescencia, en casa y en la escuela, tenemos que proveerles el medio ambiente que haga posible que en cada individuo se desarrolle una capacidad moral propia, un superego que sea la evolución natural de los elementos del superego en estado bruto que había en la infancia, y que encuentre su propia manera de utilizar o no utilizar el código moral y los dones culturales de la época.

Al llegar el momento en que el niño se acerca a la edad adulta, lo importante ya no es el código moral que nosotros le transmitimos, sino que lo que importa es algo más posi-

vo: el acopio de logros culturales de la humanidad. Entonces, en lugar de una educación moral, brindamos al niño la oportunidad de ser creador que la práctica de las artes y de la vida ofrece a todos aquellos que no se limitan a emular y a conformarse y que, en vez de ello, cultivan realmente una forma de autoexpresión personal.

SEGUNDA PARTE

Teoría y técnica



Sobre la aportación  
que la observación directa  
del niño representa para  
el psicoanálisis<sup>1</sup> (1957)

Quisiera tratar de la confusión que a mi juicio puede surgir a causa de la aceptación de la palabra «profundo» como sinónimo de «temprano» o «primerizo». Tengo publicados dos trabajos sobre la observación directa; se refieren *a*) a la forma en que la criatura llega a un arreglo con los objetos (Winnicott, 1941), y *b*) al empleo de los objetos y fenómenos durante el período en que la criatura efectúa la transición desde una vida puramente subjetiva a la fase siguiente (Winnicott, 1951).

En ambos se encontrará material de utilidad para el estudio de mi tesis principal, según la cual el significado de «profundo», en sentido analítico, no es el mismo que el de «temprano» refiriéndonos al desarrollo infantil.

**La observación de criaturas en una situación determinada**

(Llamaré a esto «investigación activa» para darle un aire moderno y para enlazarlo con Kris.)

Es posible constatar tres fases principales en la forma en que una criatura se acerca o aborda un objeto (que, como se describe, le es presentado en debida forma).

1. Leído ante el XX Congreso Internacional Psicoanalítico, París, julio de 1957, y publicado por primera vez (en francés) en la «Revue Française de Psychanalyse», 22, pp. 205-211.

*Primera etapa:* reflejo inicial de agarrarlo; retirada; tensión que abarca el renovado deseo, esta vez voluntario, de agarrarlo y el lento paso del objeto a la boca.

Entonces la boca se hace sufusa y fluye la saliva.

*Segunda etapa:* toma del objeto en la boca; empleo desenfadado del objeto en una exploración de carácter experimental, a modo de juguete y como si se tratase de algo para alimentar a los demás.

Entonces el objeto cae por equivocación. Supongamos que alguien lo recoge y se lo devuelve a la criatura.

*Tercera etapa:* rechazo del objeto.

Al estudiar estas cuestiones con referencia a un ejemplo, es necesario saber desde el principio qué edad tiene la criatura. La edad típica es once meses. A los trece y a los catorce meses el interés infantil se habrá desarrollado en tantas direcciones que probablemente lo principal pasará inadvertido.

A los diez o a los nueve meses la mayoría de las criaturas van atravesando las diversas fases con toda normalidad, si bien cuanto más jóvenes sean en mayor medida necesitarán de la sutil cooperación que las madres sensibles saben darles y que apoya sin dominar. Que yo sepa, no es frecuente que los bebés de seis meses lleguen a ejecutar con claridad toda la operación física antes descrita. A esa edad la inmadurez es tal que el simple hecho de que agarre y sujete el objeto, y acaso se lo meta en la boca, constituye una verdadera hazaña. La observación directa demuestra que el bebé necesita alcanzar cierto grado de madurez física y psicológica antes de estar en situación de disfrutar plenamente de la experiencia emocional.

Cuando estos fenómenos aparecen en el psicoanálisis —ya sea durante una sesión o durante una fase que dure varios días o semanas—, es imposible que el analista sitúe en un período concreto lo que observa o deduce. Puede que al analista que está revisando el material presentado en el análisis le parezca que los fenómenos que acabo de describir son aplicables a la primera infancia del paciente, incluso a sus primeros días y semanas de vida. El material puede aparecer entremezclado con detalles que realmente datan de la primera infancia, incluso del estado inmediatamente posterior al

parto. El analista debe aprender a tener en cuenta este factor. Sin embargo, es en el análisis donde se reconoce el significado total del juego infantil, juego que es indicio de la totalidad de la fantasía de incorporación y eliminación, así como del crecimiento de la personalidad por medio de la alimentación imaginativa.

### Objetos y fenómenos transicionales

El caso más sencillo es el del bebé normal que adopta un pedazo de tela o un babero y se hace adicto al mismo (lo cual sucede tal vez entre los seis meses y un año de edad, acaso más tarde). El examen de este fenómeno dentro de la labor psicoanalítica nos permite referirnos a la capacidad para la formación de símbolos en términos de la utilización de un objeto transicional. Sin embargo, parecería posible que el psicoanalista creyese en la existencia de estas ideas, en forma rudimentaria, durante la primera infancia. Pero lo cierto es que hay una edad antes de la cual es imposible que existan objetos transicionales, y ello se debe a la inmadurez de la criatura. Asimismo los animales tienen objetos transicionales. Ni siquiera el acto de chuparse el pulgar, característico de la primera infancia, puede tener el mismo significado para el recién nacido que para la criatura de unos meses, ni mucho menos el significado que tiene para el niño psicótico de diez años que se chupa el pulgar compulsivamente.

«Profundo» no es sinónimo de «temprano», ya que a la criatura le hace falta cierto grado de madurez para poder empezar a ser profunda. Esto que es obvio, casi una perogrullada, no ha recibido, a mi juicio, la atención suficiente.

Aquí nos sería útil tratar de definir la palabra «profundo». James Strachey (1934), al enfrentarse con el mismo problema, escribió:

La ambigüedad del término (interpretación «profunda») no tiene, sin embargo, por qué preocuparnos. Describe, sin duda, la interpretación del material que genéticamente es temprano e históricamente remoto de la experiencia actual del paciente o bien que se halla bajo una fuerte carga de represión; en todo caso, se trata de material que, en un orden normal de cosas, resulta sumamente inaccesible para su ego y remoto con respecto al mismo.

Según parece, Strachey tomaba ambas palabras como sinónimas.

Estudiando detenidamente el asunto vemos que el adjetivo «profundo» ofrece varias posibilidades de aplicación, mientras que «temprano» es una cuestión de hecho, lo cual hace que la comparación de las dos sea difícil y de significación temporal. Resulta más profundo referirse a las relaciones criatura-madre que a las relaciones triangulares, referirse a la angustia interna de persecución que al sentimiento externo de persecución; los mecanismos de escisión, la desintegración, la incapacidad para establecer contacto, todo esto me parece más profundo que la angustia en una relación.

Creo que cuando empleamos la palabra «profundo» damos siempre a entender que la profundidad se halla en la fantasía inconsciente o en la realidad psíquica del paciente; es decir, que la mente y la imaginación del paciente intervienen en ella.

En el curso de su *Opening Remarks on Psychoanalytic Child Psychology*, Kris (1951) hacía la siguiente observación: «Extrapolando desde el mecanismo psicótico a la primera infancia...» Kris examinaba críticamente la relación entre la profundidad interpretativa de los análisis y la prontitud con que los mecanismos psicóticos podían aplicarse a la psicología infantil. En nuestro trabajo analítico, con la ayuda de los conceptos en evolución, profundizamos más y más. Podemos ver y utilizar los fenómenos de transferencia relacionados con elementos más y más profundos del desarrollo emocional de nuestros pacientes. En cierta medida, «más y más profundos» equivale a «más y más tempranos», por supuesto, pero sólo en cierta medida limitada. Tenemos que tomar en cuenta el hecho de que en nuestros pacientes analíticos se ha producido una fusión de los elementos primerizos con otros posteriores.

Nos hemos acostumbrado a usar lo que averiguamos mediante el análisis para formular ideas sobre la niñez. Esta costumbre la hemos heredado de la obra del mismo Freud. Al aplicar a la psicología del niño pequeño los datos freudianos sobre el origen de las psiconeurosis, no tuvimos demasiados problemas, si bien incluso en tal caso muchos psicoanalistas se exponían a hacer afirmaciones que eran ciertas en el análisis y falsas cuando se aplicaban crudamente a la psicología infantil.

Puesto que utilizamos ideas que nos hacen profundizar más, corremos un riesgo mucho mayor al aplicar nuestros hallazgos a la psicología de la infancia. Demos una ojeada al concepto de Klein incluido bajo el título de «la posición depresiva en el desarrollo emocional». Veremos que, en cierto

sentido, profundiza más y se remonta a una edad más temprana. El estudio del desarrollo del ego nos impediría aceptar una cuestión tan compleja como es la posición depresiva en una criatura de edad inferior a los seis meses; de hecho podríamos citar una edad superior sin temor a equivocarnos. Si viéramos que se hace referencia a la posición depresiva como algo observable en criaturas de pocas semanas, diríamos que es absurdo. Lo que Melanie Klein denomina «la posición paranoide», es, sin embargo, algo indudablemente mucho más crudo, casi una cuestión del miedo a la venganza, y que tal vez podríamos observar antes de que la integración fuese un hecho. El examen de los casos clínicos en una institución pediátrica nos indicaría que el temor a la venganza a veces data de los primeros días de la vida. Así, pues, prefiero decir que la posición paranoide es más precoz que profunda.

En cuanto a los mecanismos de escisión, ¿son propios de la psicología precoz o de la profunda? Sugiero que es importante conocer la respuesta, ya que ella nos indicaría el desarrollo del ego y el papel que en él desempeña la madre. Podemos decir que lo profundo forma parte de la criatura, pero cuando nos referimos a lo precoz debemos tener en cuenta el medio ambiente que da apoyo al ego y que constituye un rasgo importante en las primeras fases de dependencia absoluta.

Ahora bien, la persona que observa directamente a las criaturas debe estar dispuesta a que el analista formule ideas sobre la primera infancia que probablemente serán ciertas desde el punto de vista psíquico, pero que, al mismo tiempo, no pueden demostrarse; de hecho, a veces la observación directa permite demostrar que lo averiguado mediante el análisis no podía ser cierto a la edad que se decía debido a las limitaciones impuestas por la inmadurez. Lo que repetidamente se comprueba en el análisis no queda anulado por el hecho de que la observación directa pruebe que no es cierto. La observación directa se limita a demostrar que los pacientes han estado antedatando ciertos fenómenos y, por consiguiente, dando al analista la impresión de que estaban sucediendo cosas a una edad en que no era posible que así fuese.

Hay conceptos que parecen verdaderos cuando se está analizando y que, sin embargo, parecen falsos cuando estoy observando a los niños en mi clínica. Kris (1951) prosigue diciendo: «Las observaciones [...] llevadas a cabo en una gran variedad de situaciones confirmaron la opinión de quienes ponían de relieve la importancia que para el desarrollo del

niño tiene su medio ambiente concreto.» Este medio ambiente concreto se ve sutilmente subestimado por muchos analistas que, no obstante, afirman categóricamente que conocen y tienen en cuenta tal factor. Resulta muy difícil llegar a la médula de esta controversia, pero es necesario intentarlo. Si, tal como se formula en la labor analítica, «más y más profundo» significara «más y más precoz», entonces deberíamos dar por sentado que la criatura inmadura de pocas semanas podría ser consciente de lo que la rodea. Sabemos, sin embargo, que la criatura no tiene conciencia del medio ambiente como tal, especialmente cuando el medio en cuestión es bueno o suficiente. El medio ambiente provoca reacciones, sin duda, cuando falla en algún aspecto importante, pero lo que llamamos «medio ambiente bueno» es algo que se acepta como cosa natural. Durante las primeras fases, la criatura no tiene conocimiento del medio ambiente, es decir, no tiene un conocimiento que pueda ser presentado como material analizable. La concepción del medio ambiente tiene que aportarla el analista.

Cuando el analista profundiza para hacernos comprender el material presentado por el paciente, no basta con que nos diga que reconoce la importancia del factor externo. Si se está formulando una psicología infantil completa, que pueda ser comprobada mediante la observación directa, el analista debe hacer uso de la imaginación para revestir con el medio ambiente el material precoz que le presenta el paciente; es decir, con el medio ambiente *implícito* que el paciente no puede aportar al análisis porque nunca ha sido consciente del mismo. De esto he dado ejemplo en la publicación de casos clínicos, en uno de los cuales el paciente tenía la sensación de estar acurrucado y girando sobre sí mismo en un momento de replegamiento, lo que me hizo interpretar un medio que se hallaba implícito pero que el paciente no podía describir. No hay supervivencia física o emocional de la criatura si no hay medio ambiente. En primer lugar, sin el medio la criatura caería infinitamente. La criatura que yace en su cuna o que alguien sostiene no es consciente de que se la está resguardando de una caída infinita. Sin embargo, si se produce un ligero fallo en el apoyo, la criatura experimenta la sensación de caída infinita. Durante el análisis, el paciente da a veces cuenta de la sensación de caerse, sensación que se remonta a sus primeros días, pero nunca podrá dar cuenta del apoyo que se le daba en esta primera fase del desarrollo.

La mayor profundización nos lleva a las raíces instintivas del individuo, pero no nos proporciona indicio alguno de la

dependencia ordinaria ni de la dependencia que no ha dejado rastro en el individuo, aunque las dos caracterizan a la vida precoz.

Me atrevería a decir que si se reconociese esta diferencia esencial entre la profundidad y la precocidad, sería más fácil que se llegase a un acuerdo entre los observadores directos y los analistas. Serán siempre los primeros quienes acusen a los analistas de haber aplicado demasiado precozmente sus teorías. Los analistas, por su parte, seguirán contestándoles que la naturaleza humana encierra muchas más cosas de las que pueden observarse directamente. Según cómo se mire, el asunto no presenta problema alguno, salvo ofrecernos una interesante serie de temas debatibles. En la práctica, sin embargo, existen ciertos aspectos para los cuales es importante que sepamos lo que es y lo que no es aplicable a la primera infancia.

El psicoanálisis tiene mucho que aprender de aquellos que se dedican a la observación directa de las criaturas, de las madres en compañía de sus criaturas, y de los niños pequeños en el medio ambiente en que viven. No obstante, la observación directa es incapaz de construir por sí misma una psicología de la primera infancia. Cooperando juntos de modo constante, los analistas y los observadores directos tal vez puedan poner en correlación lo que es profundo y se observa durante el análisis con lo que es precoz dentro del desarrollo infantil.

*Resumiendo: la criatura humana debe recorrer cierta distancia desde la precocidad para alcanzar la madurez suficiente que le permita ser profunda.*

## Capítulo segundo

### Análisis del niño durante el período de latencia<sup>1</sup> (1958)

El tema que vamos a comentar es el tratamiento del niño durante el período de latencia. He sido invitado a hablar del *tratamiento psicoanalítico* y, en contrapartida, un colega les hablará de la *psicoterapia individual*. Mucho me temo que los dos vamos a enfrentarnos con el mismo problema al empezar: ¿cómo se distingue una cosa de la otra? Personalmente, me veo incapaz de hacer tal distinción. Para mí la cuestión se reduce a esta pregunta: el terapeuta, ¿ha recibido o no adiestramiento analítico?

En lugar de establecer los contrastes entre ambos temas, quizás sería más provechoso contrastarlos los dos con el tema de la psiquiatría infantil. En el ejercicio de mi profesión he empleado la psiquiatría infantil para el tratamiento de millares de niños de esa edad. En otros casos, unos centenares, he aplicado la psicoterapia individual (en mi calidad de analista titulado). Asimismo, he tenido cierto número de pacientes de esa edad a los que he aplicado el psicoanálisis (más de doce y menos de veinte). Los límites son tan imprecisos que sería incapaz de concretarlos.

Así, pues, a mi modo de ver, esta discusión debe ser la de dos colegas que hacen el mismo trabajo, pero que han sido preparados de modo distinto para hacerlo. No estaría bien discutir aquí lo acertado o desacertado de los esquemas di-

1. Leído ante el XIV Congreso Internacional de Psiquiatría Infantil, Lisboa, junio de 1958, y publicado por primera vez en «A Criança Portuguesa», 17, pp. 219-229.

dáticos que hemos seguido, aunque debe reconocerse que algunos son menos adecuados que otros.

No me sorprende que la psicoterapia y el análisis infantil parezcan lo mismo por escrito, independientemente de la escuela a la que pertenezca el terapeuta. Si éste es idóneo por temperamento, capaz de ser objetivo y de preocuparse por lo que el niño necesita, entonces la terapia se adaptará a las peculiaridades del caso a medida que éstas se vayan revelando en el curso del tratamiento.

Creo que en esta conferencia podemos dejar a un lado el examen de los métodos terapéuticos basados en actitudes que discrepan de las nuestras y entre las que citaremos las educativas, morales, persuasivas, punitivas, mágicas y físicas.

Debo repetir, en bien de la claridad, que no creo que haga falta establecer los contrastes entre el psicoanálisis y la psicoterapia individual. Las dos palabras pueden significar lo mismo, y así sucede con frecuencia.

Puesto que soy yo el encargado de hablarles en calidad de psicoanalista, haré una breve referencia a la naturaleza del psicoanálisis y después procederé a comentar el tratamiento del niño durante el período de latencia.

### La naturaleza del psicoanálisis

Supongo que bastará recordarles unos cuantos principios fundamentales, sin entrar en mayores detalles. El psicoanálisis infantil no difiere del de los adultos. La base de todo el psicoanálisis la constituye una compleja teoría del desarrollo emocional de la criatura y del niño, teoría que Freud inició y que se ve constantemente ampliada, enriquecida y enmendada.

Los avances en la comprensión del desarrollo emocional del individuo han sido tan rápidos en los últimos veinte o treinta años que resulta difícil que el estudio de lo que se va publicando sirva para que el profano se mantenga al corriente de los cambios.

La teoría psicoanalítica da por sentado que hay en el individuo una tendencia genética hacia el desarrollo emocional, del mismo modo que la hay hacia el crecimiento físico; así mismo da por sentada una continuidad que empieza en el momento de nacer (o justo antes del mismo); da también por sentado un crecimiento gradual de la organización y la fuerza del ego, así como la aceptación paulatina, por parte del individuo, de la vida personal instintiva y de la responsabilidad de sus consecuencias reales e imaginarias.

Freud estableció la importancia del inconsciente reprimido y en su estudio de la psiconeurosis llegó a un punto central —indudablemente el más difícil en lo que se refiere a la aceptación general del mismo—, que él denominó «el complejo de Edipo», con la angustia de castración inherente al mismo. Freud llamó la atención sobre la vida instintiva del individuo-niño; del mismo modo llamó la atención sobre el hecho de que las principales dificultades de los individuos normales, es decir, de los niños que han atravesado sin demasiada deformación las primeras y esenciales fases del desarrollo emocional, están relacionadas con la vida instintiva y con la fantasía total del instinto. Por consiguiente, cabe afirmar que la psiconeurosis es la prueba de la tensión provocada por la ambivalencia en las relaciones entre personas relativamente normales y «completas».

Gradualmente, como es bien sabido, el estudio del niño llevó a la formulación de las etapas o fases del desarrollo de la infancia y la niñez con anterioridad al complejo de Edipo, las raíces pregenitales de la genialidad. A la larga, el ego se hizo objeto de estudio y así, por fin, los analistas empezaron a examinar el ser de la criatura, a ésta en tanto que persona, persona que depende de otra.

Entre otras cosas, Melanie Klein nos capacitó para tratar una fase de importancia vital en la relación entre el niño y la madre: aquella en la que se alcanza la capacidad para la inquietud; asimismo, llamó la atención sobre los mecanismos que caracterizan a la primera infancia, en la cual el objeto o el mismo sujeto se hallan escindidos de tal modo que se evita la ambivalencia. Anna Freud ayudó a poner en claro los mecanismos de defensa del ego. La obra de varios analistas, principalmente americanos, nos ha llevado al estudio no sólo de los mecanismos característicos de la primera infancia sino también del niño pequeño, del niño en tanto que persona dependiente de unos cuidados. Yo mismo he participado en el intento de hacer una exposición o planteamiento de las primeras fases en las cuales el niño se halla fusionado con la madre y, por medio de un mecanismo complejo y precario, se separa y, por tanto, debe hacer frente a unas relaciones con objetos que no forman parte de su ser.

Todos estos avances hacen que el estudio del psicoanálisis resulte muy interesante y, además, sumamente significativo para los investigadores de los desórdenes mentales y su prevención.

### Diagnosis

Es imposible describir el psicoanálisis como tratamiento sin hacer referencia a la diagnosis. La clásica situación psicoanalítica está relacionada con la diagnosis de la psiconeurosis, y tal vez sería conveniente hablar sólo de psiconeurosis. De hecho, esto es tema suficiente para muchas conferencias, pero lo que debo hacer ahora es una exposición breve y completa del psicoanálisis, sea cual fuere el diagnóstico, incluyendo el normal. Aunque no es posible desarrollar el tema, es necesario poner de relieve que en la técnica psicoanalítica se registran grandes diferencias según el niño sea neurótico, psicótico o antisocial.

Debo añadir, para completar el cuadro, que la diferencia entre el niño y el adulto reside en que muy a menudo el primero juega en vez de hablar. Sin embargo, esta diferencia casi carece de importancia, ya que en realidad hay adultos que dibujan o juegan.

### La transferencia

Es característico del psicoanálisis el hecho de que el analista no desecha el valioso material analizable que surge de la relación emocional entre él o ella y su paciente. En la transferencia inconsciente aparecen muestras de la pauta personal que sigue la vida emocional, o la realidad psíquica, del paciente. El analista aprende a detectar estos fenómenos inconscientes de la transferencia y, aprovechando los indicios aportados por el paciente, se ve capacitado para interpretar aquello que esté dispuesto para la aceptación consciente durante una sesión determinada. El trabajo más fructífero es el que se lleva a cabo en términos de la transferencia.

Vale la pena dedicar esta conferencia a la descripción de la transferencia tal y como aparece característicamente durante el período de latencia.

### La técnica psicoanalítica adaptada al período de latencia

Conviene que examinemos los rasgos peculiares del tratamiento psicoanalítico cuando es adaptado a los pacientes de esta edad. Por lo general, se reconoce que la edad más provechosa para el analista, en especial para el principiante, es aquella del grupo formado por niños de dos, tres, o cuatro

años. Una vez superado el complejo de Edipo, se desarrollan en el niño unas defensas tremendas.

### Naturaleza de la latencia

Todavía no se sabe a ciencia cierta en qué consiste el período de latencia. Desde el punto de vista biológico deberíamos dar por sentado que durante estos pocos años —de los seis a los diez— se produce el cese del desarrollo instintivo, por lo que de momento la vida instintiva del niño queda limitada a la que se ha ido desarrollando durante el período anterior. Los cambios volverán a producirse en la pubertad, momento en que el niño tendrá que organizarse nuevamente para defenderse contra la alteración del estado de cosas; permanecer en guardia ante la aparición de nuevas angustias y el disfrute de nuevas experiencias, nuevas satisfacciones y nuevos grados de satisfacción.

Dejando aparte cuanto pueda decirse acerca de este período, una cosa parece razonablemente cierta: la existencia de grandes defensas organizadas y mantenidas. En este punto se muestran de acuerdo Melanie Klein y Anna Freud, las dos autoras que más han tratado el tema. En el capítulo dedicado al período de latencia en su obra *Psicoanálisis de niños*, 1932, Melanie Klein empieza refiriéndose a las dificultades especiales del período en cuestión y nos dice que: «A diferencia del niño pequeño, cuya vivacidad imaginativa y agudo sentimiento de angustia nos permiten la mejor comprensión de su inconsciente y el establecimiento de contactos en él, ellos (los niños durante el período de latencia) tienen una vida imaginativa muy limitada, con arreglo a la fuerte tendencia a la represión que es característica de esta edad; al mismo tiempo, su ego, en comparación con las personas mayores, está subdesarrollado y no comprenden que están enfermos ni desean ser curados, de suerte que carecen de incentivo para iniciar el análisis y de estímulo para proseguirlo.»

En el primer capítulo de su libro *The Psycho-Analytical Treatment of Children* (1946), Anna Freud nos habla de una fase preliminar o de presentación que resulta necesaria para el análisis de niños. Por los ejemplos que nos da podemos ver que la señorita Freud se refiere principalmente, aunque no de manera exclusiva, a niños del período de latencia.

Leyendo estos dos libros, cada uno de los cuales es infinitamente valioso y denota una experiencia clínica realmente envidiable, lo mismo podemos observar similitudes que dife-

rencias. Ciertamente, similitudes las hay y se refieren al cambio de técnica necesario para el período de latencia. Lo que no queda claro es que muchas de las diferencias conciernan al diagnóstico.

En cuanto a las otras diferencias, que son precisamente las que queremos estudiar, nos damos cuenta inmediatamente de que a Melanie Klein le parece bien interpretar los conflictos del inconsciente y los fenómenos de la transferencia a medida que van surgiendo, utilizando el alivio proporcionado por tales interpretaciones como base sobre la que edificar la relación con el niño; en contraste, Anna Freud tiende a construir la relación con el niño a nivel consciente, y nos describe de qué forma va llegando poco a poco, con la cooperación consciente del paciente, a iniciar la tarea analítica. Así, pues, la diferencia estriba principalmente en una cuestión de *cooperación consciente o inconsciente*.

A mi entender, sería posible exagerar las diferencias a este respecto, si bien en algunos casos no hay duda de que son reales. Creo que el analista debe interpretar el inconsciente cuanto antes mejor, ya que de esta manera orienta al niño hacia el tratamiento analítico, y los primeros síntomas de alivio proporcionan indudablemente al niño los primeros indicios de que el análisis lo beneficiará. Por el contrario, puede suceder que al no ganar la cooperación consciente del paciente durante las fases iniciales se pierda la posibilidad de analizarlo. Nos queda la opción de pasar a los padres la tarea de hacer comprender al niño la necesidad del tratamiento, con lo que nos libramos de la responsabilidad de llevar a cabo la fase preliminar del análisis. Pero resulta muy significativa la forma en que los padres o tutores del niño le hagan comprender lo que se espera de cada sesión diaria de tratamiento. Anna Freud carga deliberadamente sobre sus espaldas la tarea de explicarle al niño lo que sucede, mientras que Melanie Klein lo deja en manos de quienes lleven la educación o crianza del pequeño, confiando en poder prescindir de las explicaciones a nivel consciente y así poder pasar rápidamente a la cooperación inconsciente, esto es, a la cooperación basada en el trabajo analítico.

Tenemos que enfrentarnos a la situación tal como la encontremos en cada uno de los casos que estemos tratando. Cuando el niño sea muy inteligente, debemos hablar a su inteligencia, alimentándola. A veces surgen complicaciones cuando el niño que estamos tratando se da cuenta de que está sucediendo algo sin que tenga una comprensión intelectual de qué se trata. En todo caso, sería lamentable desperdiciar la

capacidad intelectual del niño, ya que puede constituir un poderoso aliado, si bien, por supuesto, en ciertos casos los procesos intelectuales se utilizan a modo de defensa y hacen que el análisis sea más difícil.

En cierto modo, estamos hablando otra vez de la diagnosis. Allí donde exista una angustia de intensidad psicótica, habrá también una gran necesidad de ayuda, ayuda que debe ser prestada inmediatamente; y, aun así, es posible satisfacer el intelecto. Recuerdo el caso de un niño de diez años. Al entrar yo en mi consultorio en la primera visita, oí que le decía a su madre:

—No lo entiendes, no es la pesadilla lo que me da miedo; lo malo es que *sufro la pesadilla cuando estoy despierto*.

Con estas palabras el niño estaba haciendo una descripción exacta de su enfermedad, lo que me permitió empezar desde este punto, trabajando tanto con su excelente intelecto como por medio de interpretaciones a todos los niveles, incluyendo los más profundos.

Al tratar de poner en orden las diversas opiniones que se expresan y que yo siento personalmente, experimento el deseo de citar a Berta Bornstein, cuyo escrito *On Latency* (1951), empieza diciendo: «Desde el punto de vista de la capacidad intelectual del niño en el período de latencia, podríamos suponerle capaz de llevar a cabo la asociación libre. Los factores que impiden que así sea crean una limitación general del análisis del niño. Esta incapacidad para la asociación obedece a diversas causas. Aparte de aquellas que nos son sobradamente conocidas, citaré sólo una que todavía no ha sido puesta de relieve: *El niño experimenta la asociación libre como una amenaza especial a la organización de su ego.*» (El subrayado es mío.)

Considero muy útil esta forma de enfocar el período de latencia. No dispongo ahora de suficiente tiempo para referirme a la división del período de latencia en fases hecha por Berta Bornstein. Sin embargo, de modo general, parece que lo importante es que nos demos cuenta, al tratar a niños de esta edad, de que el paciente ha alcanzado un estado de cordura y ha salido del proceso primario. No debemos truncar la organización de su ego. El mismo capítulo termina con las palabras siguientes: «Al realizar el análisis de la latencia, debe ponerse el máximo cuidado con el propósito de reforzar las estructuras débiles y modificar las que se interpongan al desarrollo normal. A este fin deben ir dirigidas la selección de material para la interpretación y la interpretación misma.» Por este motivo cooperamos con el niño en toda clase de ac-



tividades mientras vamos reuniendo material para la interpretación mutativa.

Berta Bornstein hace también referencia al «ideal de la latencia» expresado por Freud (1905 a), es decir, a la contención afortunada de las exigencias instintivas.

Me viene a la mente un cuaderno de ejercicios que tengo en mi poder. En cada una de sus páginas vemos los trabajos muy constructivos realizados por una niña durante el período de latencia. Se trata de uno de esos casos difíciles en los que el síntoma casi único lo constituye la incontinencia durante el sueño. Detrás de esto había un trastorno de carácter enlazado de modo más que perfecto con la represión homosexual de la propia madre. La característica del cuaderno en cuestión es que se compone principalmente de dibujos muy bien contruidos y ejecutados con tizas de color. El análisis me resultó extremadamente aburrido. Parecía que la niña me eclipsase. De entre unos cincuenta dibujos sólo dos o tres, hacia la mitad del cuaderno, perdían su característica de defensa organizada. En estos dos o tres dibujos se reflejaban trastornos de índole muy diversa: desorden, confusión, desintegración; y, en uno de ellos, un objeto que por la forma se parecía a un seno había sido recortado con unas tijeras y aparecía separado entre las hojas. Nos encontramos aquí con el sadismo oral, así como con la incontinencia y una fantasía de incontinencia. De haberse tratado de una niña de tres años, hubiera sido mucho más fácil llegar hasta la pequeña incontinente o desintegrada; pero debido a que estaba en el período de latencia, tuve que contentarme con alcanzar una *ilustración* de su locura oculta. Si bien es frecuente que un niño pequeño esté «loco» y sin embargo sea normal, ya que se halla bajo el control natural de quienes lo cuidan, el hecho de que un niño en período de latencia esté «loco» significa que se encuentra seriamente enfermo y necesita ser cuidado como tal.

Mi aportación a este campo consistirá en desarrollar el tema del período de latencia como aquel en que el ego, por decirlo así, entra en posesión de lo suyo. Durante este período el niño normal no se ve obligado a doblegarse ante las exigencias del id, si bien los impulsos del id mantienen su fuerza y se manifiestan bajo una gran diversidad de formas indirectas.

Entre todo lo que cabría decir acerca de este tema, me parece bien citar lo siguiente:

1. En un sentido el niño está solo, aunque siente necesidad de estar con otros que se encuentran en situación parecida. Las relaciones entre niños inmersos en este período pue-

den ser íntimas durante largos lapsos de tiempo, sin que se sexualicen de manera manifiesta. El simbolismo sexual continúa. Los elementos sexuales manifiestos de los niños enfermos perturban sus juegos y la relación del ego.

2. El niño en período de latencia está dispuesto para la introyección, pero no lo está para la incorporación; es decir, está dispuesto para hacer entrar elementos completos procedentes de personas escogidas, pero no lo está para comer o para ser comido, ni para fusionarse en una relación íntima en la que participe el instinto.

3. Durante el período de latencia el niño se especializa en poner de manifiesto los fenómenos interiores sin quedar directamente involucrado en la vida plena. La persistencia de la fase de latencia se muestra a veces mediante la capacidad del adulto para la consecución del ego a expensas de la libertad del id.

4. La cordura es esencial durante la fase de latencia, y el hecho de que el niño durante ésta no sea capaz de mantener la cordura demuestra que está muy enfermo desde el punto de vista clínico. La organización del ego lleva en sí el impulso que, tanto antes como después, se halla parcialmente incluido en los impulsos del id.

#### *El momento de la interpretación*

Creo que el momento más idóneo para la interpretación es cuanto antes sea posible; es decir, *el primer momento en que el material presentado permita ver claramente qué debe interpretarse*. De todos modos, yo me muestro cauto en mis interpretaciones, y si no estoy seguro de lo que debo interpretar, no dudo ni un momento en dejar pasar algún tiempo. Al hacerlo me encuentro metido en una fase preparatoria o preliminar, jugando, construyendo con el niño o, simplemente, dejándome eclipsar, desperdiciando. Lo único que me preocupa, sin embargo, es buscar la clave que permita hacer una interpretación que sea la apropiada en aquel momento, la que provoque un desplazamiento del énfasis en la transferencia inconsciente.

Tal vez una exposición semejante a ésta recibiese aceptación general. Algunos analistas localizan la clave en cuestión con mayor rapidez que otros, si bien esta clase de trabajo pueden realizarla tanto los que son rápidos como los lentos. Lo importante para el paciente no es tanto la exactitud de la interpretación como la buena disposición del analista para

ayudarlo, su capacidad para identificarse con el paciente y creer así en lo que hace falta y satisfacer sus necesidades tan pronto como le sean indicadas, ya sea por medio del lenguaje verbal, del no verbal o del preverbal.

#### *El final del tratamiento*

Para terminar les pediré que reflexionen sobre el final del tratamiento. Huelga decir que es siempre necesario pensar en términos del caso y diagnosis individuales, pero puedo decirles algo que es significativo de manera general: en el análisis de niños pequeños el analista recibe una ayuda considerable de los tremendos cambios que tienen lugar de modo natural en el niño de cinco, seis o siete años. En el momento en que el análisis precoz se acerca a su final, los cambios en cuestión, posibilitados indudablemente por el análisis, van sucediéndose. Así, toda mejora producida por el análisis se ve *aumentada* por el curso natural de los acontecimientos. Especialmente en lo que atañe a la socialización del niño, a menudo los que se encargan de su cuidado se sienten fácilmente satisfechos con el resultado, ya que el pequeño se desprende de la rebeldía e inestabilidad de la época de prelatencia y se encuentra más a gusto dentro de un grupo. En contraste, *el análisis de latencia tiende a finalizar en un momento muy delicado.*

Sería interesante presenciar un debate sobre esta cuestión. Típicamente, el análisis concluye cuando el niño llega a los once o doce años y empiezan a aparecer las complicaciones propias de la prepubertad y de la misma pubertad. Acaso sea aconsejable planificar los análisis de manera que o bien terminen antes del inicio de la pubertad o prosigan durante los primeros años de la misma. Quizás algunos analistas, al seguir la segunda alternativa, vean a sus pacientes a intervalos relativamente infrecuentes, manteniéndose en contacto con ellos y esperando que se les necesite cinco veces a la semana a lo largo de ciertos lapsos de tiempo durante la pubertad. Aparte de los cambios producidos por la pubertad propiamente dicha, hay muchísimos factores susceptibles de llevar a una exacerbación de las defensas o a una franca angustia: amistades traumáticas, grandes pasiones, seducciones, angustias producidas por la masturbación...

Aquí cabe formular varias preguntas: ¿Cuál es el lugar del análisis restringido al período de latencia, digamos de los seis a los diez años? ¿En qué medida puede el analista pretender

que conoce al niño durante este período de calma relativa en el mundo instintivo? ¿En qué medida puede el analista, basándose en lo que suceda durante un análisis semejante, deducir cómo era el niño a los tres años o predecir cómo será a los trece? No estoy seguro de cuáles son las respuestas a todas estas preguntas, pero lo que sí puedo decirles es que a veces he sido engañado, ya sea haciendo un pronóstico demasiado favorable unas veces o no lo suficientemente favorable otras veces. Probablemente resulte más fácil saber lo que hay que hacer cuando el niño esté enfermo, ya que entonces el mal se hace evidente y pasa a dominar la escena, y el tratamiento no se considera finalizado mientras perdure la enfermedad. Cuando el niño está relativamente bien, no hay nadie que, obrando a la ligera, someta a análisis a su niño o niña en período de latencia.

Ningún analista puede tratar un número de casos lo suficientemente extenso como para permitirle analizar todas las contingencias posibles. Así, pues, es necesario que los analistas juntemos nuestras experiencias, sin miedo a hacer sugerencias que, examinadas por un grupo, resulten ser estúpidas. Cada analista va acumulando experiencia de índole sumamente especializada, sin duda valiosa, pero que necesita ser puesta en relación con la de sus colegas que hagan el mismo trabajo, pero con otros niños.

### Datos históricos

En los primeros tiempos del psicoanálisis, Freud se ocupó de tres aspectos de la enfermedad psiquiátrica. Uno de ellos era el comportamiento: la relación del paciente con la realidad. El segundo era la formación de síntomas, que Freud estableció como una *comunicación*, concepto este que formaba parte de su nueva comprensión del inconsciente. El tercero era la etiología, transformada por Freud al introducir la idea del proceso de desarrollo. Freud estudió el desarrollo de la vida instintiva, lo cual le hizo formular la teoría de la sexualidad infantil que, andando el tiempo, lo llevó a formular la teoría de la vida instintiva pregenital de la criatura humana así como el concepto de los puntos de fijación. El estudio de la etiología de los trastornos psiquiátricos hizo que el analista se interesase por la recopilación de datos referentes al trastorno. Así fue como los psicoanalistas se convirtieron en los pioneros de la recopilación de datos para fines psiquiátricos, siendo precisamente ellos quienes han reconocido que la parte más importante de esta labor emana del material descubierto en el transcurso de la psicoterapia.

En una clasificación basada en los aspectos abarcados por la obra de Freud en sus primeros tiempos, los pacientes se dividían en dos tipos: psicóticos e histéricos. Debo decir, de paso, que Freud siempre se sintió interesado por los factores constitucionales.

Al comenzar el segundo decenio de este siglo, Freud empezó a desarrollar su concepto estructural de la personalidad. El ego, el id y el censor eran conceptos que permitían un estudio más claro del conflicto intrapsíquico, al tiempo que el equilibrio intrapsíquico era considerado como prueba de una defensa bien organizada. Se hicieron significativas tanto la calidad como la cantidad de los procesos del ego. Finalmente, se formuló el concepto del superego, que al principio se consideró fruto de introyecciones e identificaciones masivas que databan del período comprendido entre los dos y los cinco años, así como del período en que el complejo de Edipo alcanzaba su máximo desarrollo. La teoría del desarrollo instintivo pregenital condujo a la elaboración de la idea de la regresión a unos puntos de fijación. Los puntos de fijación eran los puntos de origen de enfermedades tipo, e indicaban que la angustia, al ser intolerable, impulsaba al individuo a organizar unas defensas de grado o índole patológica, con el resultado de impedir el avance del desarrollo instintivo. La clasificación quedó relacionada con estos puntos de fijación, al

igual que con los mecanismos de defensa del ego, los cuales iban a ser objeto de una exhaustiva exposición en términos psicoanalíticos por parte de Anna Freud (1936). En el centro de todo esto se hallan la angustia de castración y el complejo de Edipo. Los trastornos son las psiconeurosis.

Ya Freud había introducido la idea de dependencia (amor objetal analítico [Freud, 1914]), cobrando importancia la cuestión de la debilidad y fuerza del ego dentro de la metapsicología psicoanalítica. De esta manera se encontró un lenguaje con el que se hacía posible la descripción del caso límite y de los trastornos de carácter. Los elementos narcisistas del paciente fueron en todo momento tenidos por indicios de un trastorno del ego que probablemente obraría en detrimento de la eficacia del psicoanálisis, debido al debilitamiento de la capacidad del paciente para desarrollar una neurosis de transferencia (Freud, 1937).

Con el paso del tiempo el estudio de la psicosis empezó a tener más sentido. Ferenczi (1931) realizó una importante aportación al examinar el análisis fallido de un paciente con trastornos de carácter y no limitarse a considerarlo un fallo de selección sino como una deficiencia de la técnica psicoanalítica. En ello había una idea implícita: que el psicoanálisis podía aprender a adaptar su técnica a los trastornos de carácter, o a los casos límite, sin retroceder a un estado de simple dirección del paciente y, a decir verdad, sin perder su calidad de psicoanálisis en toda la amplitud del término. Melanie Klein, (1932, 1948) hizo finalmente sus aportaciones específicas demostrando que en el análisis de niños era forzoso encontrar trastornos psicóticos y que éstos podían tratarse mediante la técnica adecuada; para ella, al igual que para Ferenczi, el fallo del tratamiento de las manifestaciones psicóticas en la niñez obedecía a las deficiencias de la técnica y no a las de la selección.

Luego empezó a ensancharse el concepto del marco donde tenía lugar el análisis. Ya Aichhorn (1925) había demostrado que era necesario adaptar la técnica de modo especial cuando el paciente era un caso de tendencias antisociales. Es probable que al principio Aichhorn provocase cierta alarma, ya que su forma de obrar hubiese sido tachada de «mal análisis» en el tratamiento de un caso de histeria o de un caso de neurosis obsesiva. Desde nuestra perspectiva nos damos cuenta de que Aichhorn fue un pionero que inició un auténtico movimiento en pos de la adaptación de la técnica psicoanalítica de tal modo que satisficiera las necesidades del psicópata y del niño aquejado de tendencias antisociales.

Ante todos estos progresos se tendió a dar una importancia cada vez mayor a la historia precoz de cada caso. Justo aquí pareció que se producía una dicotomía en los círculos psicoanalíticos. Yo diría que Melanie Klein representa el intento más vigoroso que se ha hecho para estudiar los procesos más precoces del niño en desarrollo *independientemente del estudio del cuidado del niño*. Melanie Klein ha reconocido siempre que el cuidado del niño es importante, pero no ha realizado ningún estudio especial del mismo. Por el contrario, ha habido quienes se interesaron por las técnicas del cuidado de niños y criaturas. Los que así hicieron se hallaban en riesgo constante de ser acusados de traidores a la causa de los procesos internos. El trabajo realizado por la señorita Freud y la señora Burlingham en la Hampstead War Nursery (Burlingham y Freud, 1944) hizo que se desarrollase el estudio de las condiciones externas y su efecto. Resulta evidente que esta dicotomía entre aquellos que prácticamente limitan sus investigaciones al estudio de los procesos internos y aquellos que se interesan por el cuidado infantil no es más que una dicotomía temporal dentro de la discusión psicoanalítica y que andando el tiempo se desvanecerá por vía natural (cf. Hartmann, 1939; James, 1962; Kris, 1950).

Actualmente vemos el ego infantil como algo que al principio depende de apoyo, algo que obtiene su estructura y su fuerza de un sistema muy complejo y sutil de adaptación a la necesidad, adaptación que le facilita la madre o la figura materna. Asimismo, nos es dado ver el interesante proceso mediante el cual los elementos del cuidado infantil son absorbidos por el individuo-niño; a tales elementos podríamos llamarlos «de apoyo del ego». La relación entre esta absorción del medio ambiente y los procesos de introyección que ya nos son conocidos resulta sumamente interesante. Al lado de todo ello se encuentra el estudio de los mecanismos por medio de los cuales el niño sale de su estado de fusión con la madre, proceso que exige de ésta la capacidad para el odio al igual que para el amor. En la teoría del desarrollo emocional del niño ocupa un lugar central en orden a su importancia la instauración gradual del individuo en calidad de persona independiente. Estos aspectos son objeto de investigación en nuestros días. La clasificación tiene que verse afectada por estas formulaciones teóricas.

A consecuencia de estos avances, el narcisismo es observado bajo una nueva luz desde el punto de vista clínico. Es como si el analista, al examinar la enfermedad narcisista, se viese expuesto a dejarse enredar por el medio ambiente absorbido, o

interiorizado, y, a menos que estuviese bien preparado, lo confundiese con el individuo propiamente dicho, el cual, de hecho, se halla escondido y es amado y cuidado en secreto por el ser que hay dentro del ser. Es el verdadero individuo quien está oculto.

Estos factores nos llevan a reconsiderar otros conceptos. El concepto del instinto de muerte parece desaparecer sencillamente al dejar de ser necesario. La agresión es contemplada más bien como prueba de vida. En condiciones favorables, se produce una fusión entre los impulsos eróticos y los de movilidad, y entonces se hace aplicable el término de «sadismo oral», seguido por todos los desarrollos de este tema. Esto casa con el deseo de la madre de ser devorada imaginariamente. La ausencia de fusión, o la pérdida de la que se haya logrado, produce un elemento potencial de destructividad pura (es decir, libre del sentimiento de culpabilidad) en el individuo, pero incluso esta destructividad representa una cuerda de salvamento en el sentido de que constituye la base de unas relaciones objetales que parecen reales para el paciente.

La fusión de las dos raíces de los impulsos instintivos (la agresiva y la erótica) es propia de una fase del desarrollo infantil en la que hay una fuerte dependencia. No hay posibilidad alguna de que una criatura cuyo medio ambiente no esté lo suficientemente adaptado a las necesidades propias de la fase precoz pueda alcanzar un estado de fusión de la agresividad (que da realidad a las relaciones objetales y hace que los objetos sean externos al ser) y los deseos eróticos (que llevan en sí la capacidad para la satisfacción libidinal).

Además, el concepto de regresión ha cambiado de significado en la metapsicología psicoanalítica. Durante muchos años este término entrañaba el regreso a fases anteriores de la vida instintiva; la regresión se hacía hasta un punto de fijación. Ello corresponde a la idea de la existencia en el individuo de unos elementos instintivos de índole primitiva, dándose por sentado el cuidado infantil. En el estudio de la criatura real ya no es posible dejar de tener en cuenta el medio ambiente; así, pues, al hablar de una criatura real es preciso citar la dependencia y la naturaleza del medio ambiente. El término «regresión», por tanto, tiene ahora aplicación clínica en la *regresión hasta la dependencia*. Se trata de una tendencia hacia la reinstauración de la dependencia y, por consiguiente, el comportamiento del medio ambiente pasa a ser algo que no podemos dejar a un lado si empleamos la palabra

«regresión». En dicho término sigue presente la idea de regresión a un proceso primario. Actualmente, la tendencia a la regresión en un paciente la vemos como parte de la capacidad del individuo para producir su propia curación. Es una indicación que el paciente hace al analista para que éste sepa cómo debe comportarse más que cómo debe interpretar. Asociado a este tema se halla el factor clínico de la autocuración mediante un proceso de regresión, factor que se encuentra con mucha frecuencia fuera del tratamiento psicoanalítico.

No es posible seguir imputando la psicosis a la reacción suscitada por la angustia relacionada por el complejo de Edipo; ni considerarla una regresión a un punto de fijación; ni tampoco enlazarla específicamente con un punto determinado dentro del proceso de desarrollo instintivo del individuo. En lugar de ello, cabría postular que la tendencia regresiva de un caso psicótico es parte de la *comunicación* del individuo enfermo y que el analista es capaz de comprenderla del mismo modo que entiende como comunicación el síntoma histérico. La *regresión* representa la esperanza que alberga el individuo psicótico de que ciertos aspectos del medio ambiente que originariamente fallaron podrán ser repetidos, con la salvedad de que esta vez, en lugar de fracasar, el medio ambiente triunfará en su función de posibilitar la tendencia heredada del individuo a desarrollarse y madurar.

En el transcurso de la inmensa ampliación de la teoría que acabo de resumir en este escrito se produjo un acontecimiento que permitió al analista empezar a ser capaz de relacionar el trastorno de carácter con el esquema general de la metapsicología psicoanalítica. Anteriores formulaciones ya habían hecho posible el planteamiento de la salud en términos negativos, bajo la forma de ausencia de defensas rígidas o de ausencia de fijaciones, y como cuestión de la fuerza del ego en términos positivos. Surgió entonces algo que, por primera vez en la metapsicología psicoanalítica, hizo posible hablar de *valor* en la personalidad. Ese algo se obtuvo al desarrollar Freud una idea expresada por Abraham en *Mourning and Melancholia* y al ampliar después el tema Melanie Klein. Entonces se comprobó que los trastornos afectivos empezaban a encajar, preparando el terreno para llevar a cabo el planteamiento de la relación existente entre la depresión y la inquietud. Fue en este sentido que se produjo la aportación más significativa de Melanie Klein al enriquecer nuestras ideas sobre el superego y presentarnos el concepto de unos elementos primitivos del superego emanantes de la vida instintiva del niño. Tales elementos tienen su origen en un momento anterior a la máxima

vigencia del complejo de Edipo, o anterior a la ambivalencia que acompaña a las interrelaciones entre tres personalidades «completas».

No es éste el lugar adecuado para replantear los importantísimos avances metapsicológicos que siguieron a esta aportación de Melanie Klein, en la que se establece la relación entre las fuerzas contrapuestas que actúan dentro del ser y la vida instintiva, así como la relación entre los patrones defensivos que se organizan dentro del ser y el estado de ánimo. Después de ello viene una notable ampliación del conocimiento de las representaciones de la realidad psíquica interior del individuo en su vida mental.

La obra de Melanie Klein ha alterado la clasificación psiquiátrica al separar dos clases de depresión. Una de ellas representa un logro del desarrollo emocional que es casi sinónimo de la adquisición de la capacidad para ser responsable, o para experimentar el sentimiento de culpabilidad, mientras que la otra (incluyendo la despersonalización y otros rasgos que pudieran denominarse «esquizoides») representa un fallo iniciado en una fase precoz, antes de la instauración de lo que Melanie Klein llama la «posición depresiva» en el desarrollo emocional.

Desde aquí recurrimos naturalmente a la hipomanía como expresión clínica de la manía defensiva, negación de la depresión que constituye un hecho real; y también al movimiento maníaco-depresivo, que entraña una disociación en el paciente entre el control de la agresión no intrincada y el control de los elementos omnipotentes introyectados, así como la posesión por parte de tales elementos.

Partiendo de este planteamiento podemos examinar el amplio tema de la clasificación hoy en día.

### Psiconeurosis y psicosis

Es probable que exista un acuerdo general entre los analistas sobre la conveniencia de utilizar estas dos palabras, *psiconeurosis* y *psicosis*,<sup>2</sup> que nos dan una sencilla clasificación de todos los trastornos mentales.

Me refiero, por supuesto, a los trastornos del desarrollo emocional y no a afecciones como son los defectos mentales primarios, los estados postencefalíticos, la arteriosclerosis cerebral, la parálisis general de la locura, etc. Allí donde haya

2. Excluyo deliberadamente de este contexto la «neurosis real».

una enfermedad o trastorno del cerebro habrá, también, como es natural, un trastorno secundario de la personalidad. De momento, sin embargo, dejaremos de lado esta complicación. Han sido los psicoanalistas quienes han propuesto y desarrollado la teoría psicogénica de las psiconeurosis y psicosis; aunque tal vez resultaría más correcto decir que los psicoanalistas han retenido parte de la visión del trastorno mental que estaba en boga con anterioridad a la concepción mecanicista, que alcanzó su máximo apogeo hace medio siglo y que, en líneas generales, sigue dominando la psiquiatría no analista.

La palabra «psiconeurosis» da a entender al psicoanalista que el paciente, durante la infancia o la niñez, llegó a cierta fase de desarrollo emocional y que, habiendo logrado la primacía genital en la fase del complejo de Edipo, se han organizado en él determinadas defensas contra la angustia de castración. Estas defensas constituyen la enfermedad psiconeurótica, cuyo grado se refleja en el grado de rigidez de la defensa. Huelga decir que esto es una simplificación de tanto excesiva, pero lo cierto es que los psicoanalistas han comprobado que la angustia de castración juega un papel primordial en la enfermedad psiconeurótica, si bien se admite que el patrón de la enfermedad varía según las experiencias pregenitales del individuo. Cuando uno de los rasgos importantes sea la angustia de aniquilamiento en vez de la angustia de castración, la mayoría de los psicoanalistas diagnosticarán una psicosis en vez de una psiconeurosis. En cierto modo depende de si la amenaza se formula en términos de objeto parcial o de objeto total.

Los diversos tipos de afección psiconeurótica se agrupan en torno a los tipos de defensa, ocupando la represión el puesto central. No voy a enumerar tales tipos. El psicoanálisis tal como nosotros lo enseñamos se funda principalmente en el tratamiento de la psiconeurosis y procuramos escoger casos que permitan enseñar a nuestros alumnos de acuerdo con ello, si bien somos conscientes de que incluso en los casos mejor escogidos hay trastornos de carácter más profundo; así, es notable que la depresión se manifieste en la cualidad de la angustia o en forma de trastorno anímico.

La psicología de la psiconeurosis conduce inmediatamente al estudiante al inconsciente reprimido y a la vida instintiva del individuo. La vida instintiva debe ser tenida en consideración en términos tanto de las funciones corporales como de la elaboración imaginativa de dichas funciones. (Al decir «instintiva» nos referimos a lo que Freud llamó «sexual»; es decir, a toda la gama de excitaciones locales y generales que consti-

tuyen un rasgo de la vida animal y en cuya experiencia existe un período de preparación, un acto o realización con el correspondiente clímax o culminación y, finalmente, unas consecuencias.)

Si siguiéramos tratando este tema nos veríamos obligados a repetir gran parte de la teoría freudiana clásica. La utilización del término «psiconeurosis» comporta implícitamente el hecho de que la personalidad del individuo permanece intacta o, para expresarlo en términos de desarrollo, que se ha construido la personalidad, que está siendo mantenida y que la capacidad para las relaciones objetales sigue intacta. (Se da a entender asimismo que el carácter del individuo no está marcadamente deformado por el resentimiento o por tendencias psicopáticas de índole más organizada.)

Prescindiendo momentáneamente de los trastornos anímicos, pasaré a referirme a la psicosis<sup>3</sup> con el fin de llegar a los puntos de contraste.

El término *psicosis* se emplea para dar a entender que durante la primera infancia el individuo no fue capaz de alcanzar el grado de salud personal que da sentido al concepto del complejo de Edipo, o bien, alternativamente, que la organización de la personalidad adolecía de ciertas debilidades que se pusieron de manifiesto al llegar el momento en que fue necesario soportar la máxima tensión del complejo de Edipo. Podrán comprobar que es muy tenue la división entre este segundo tipo de psicosis y la psiconeurosis. En el extremo representado por el primer tipo de psicosis hay escasa semejanza con la psiconeurosis, ya que en ningún momento se habrá llegado a una fase significativa del complejo de Edipo, por lo que la angustia de castración no llegó a constituir una seria amenaza para la personalidad intacta.

En algunos casos de psicosis clínica lo que vemos representa una *rotura de las defensas*; cabe que se instauren nuevas defensas cuya índole sea aún más primitiva, pero lo cierto es que el cuadro clínico se verá dominado por la rotura de las defensas, cuando menos temporalmente; esto es lo que

3. Me doy cuenta de que la palabra «psicosis» presenta gran variedad de dificultades. En cierta forma estoy reivindicando para ella un significado precisamente en un momento en que son muchos los que preferirían que esa palabra fuese abolida. No obstante, creo que este término sigue siendo válido para denominar los trastornos emocionales no incluidos en los términos «psiconeurosis» o «depresión neurótica». Soy consciente de que en psiquiatría el término «psicosis» se aplica a diversos síndromes que tienen una base física. He aquí, pues, otra fuente de confusión. Sin embargo, no alcanzo a ver qué ventajas se obtendrían acuñando una nueva palabra.

suele llamarse «colapso mental»: las defensas han dejado de ser satisfactorias y el paciente necesita que lo cuiden mientras se organizan unas defensas nuevas.<sup>4</sup> Durante la organización de las defensas el individuo se ve afectado por toda clase de factores ambientales, y también las tendencias hereditarias revisten a veces importancia específica. Detrás de todo colapso mental hay, en teoría, un estado de caos, aunque un colapso total debe de ser poco frecuente clínicamente hablando, pese a ser realmente posible, ya que indicaría un alejamiento irreversible del crecimiento personal en dirección a la fragmentación.

Del mismo modo que el estudio de la *psiconeurosis* nos lleva al complejo de Edipo y a las relaciones triangulares, que alcanzan su punto más alto a la edad en que se dan los primeros pasos y, de nuevo, en la adolescencia, también el estudio de la psicosis hará que el investigador se remonte a las primeras fases de la vida del niño. Ello entraña la relación madre-hijo, ya que ningún niño puede desarrollarse fuera de esta relación (e incluye el concepto de dependencia anterior a la instauración del funcionamiento de los mecanismos de proyección e introyección).

### Comentario general

Probablemente la aportación más importante hecha por el psicoanálisis a la psiquiatría y a la clasificación psiquiátrica consiste en la destrucción de la vieja idea de las entidades patógenas. En este punto el psicoanalista tiene toda la razón en comparación con el psiquiatra, que defiende la opinión de que hay una enfermedad, la esquizofrenia, y otra enfermedad, la psicosis maniaco-depresiva, y así sucesivamente (cf. Meninger y otros, 1963).

Como ya he dicho, al psicoanalista se le puede considerar especialista en la recopilación de datos. Es cierto que tal recopilación constituye un proceso muy intrincado. La descripción de un caso psicoanalítico consiste en una serie de casos clínicos, en la presentación de versiones diferentes del mismo caso, versiones que se disponen en forma de capas o estratos, cada uno de los cuales representa una etapa de revelación. El analista obtiene una visión del trastorno mental que difiere mucho de la que obtiene el psiquiatra que efectúe un mi-

4. Véase la referencia que más adelante, al final de este capítulo, se da sobre el tema del colapso mental.

nucioso examen del paciente en un momento determinado de la historia del caso, como, por ejemplo, cuando se ha producido un colapso o ha habido necesidad de recurrir a la hospitalización.

Es posible seguir la marcha de un trastorno desde la niñez, pasando por la adolescencia y por las primeras y últimas etapas de la vida adulta, siendo igualmente posible constatar de qué modo, a lo largo de todo el recorrido, se han producido las transmudaciones de un tipo de desorden a otro. De esta manera resulta imposible que el analista retenga las ideas que le puedan haber sido inculcadas en su adiestramiento psiquiátrico en el sentido de que existen enfermedades psiquiátricas bien definidas. En realidad, en el desempeño de su tarea analítica, se le hace evidente que, en la medida en que la psiquiatría concierne a la diagnosis, lo que está haciendo es un tremendo esfuerzo por realizar lo imposible, ya que la diagnosis de un paciente no sólo se hace más clara a medida que el análisis va progresando, sino que, además, sufre alteraciones. Así, puede que un histérico revele una esquizofrenia latente, que el esquizoide resulte ser el miembro sano de un agrupamiento familiar enfermo, que el obseso resulte ser un depresivo, etc.

Los psicoanalistas en ejercicio estarían de acuerdo en que hay una graduación de la normalidad no sólo a la psicoseurosis, sino también a la psicosis. Y ya hemos puesto de relieve la estrecha relación que hay entre la normalidad y la psicosis. Tal vez sea cierto que hay un eslabón más estrecho entre la normalidad y la psicosis que entre la normalidad y la psicoseurosis; es decir, que la hay en ciertos aspectos. Por ejemplo, el artista tiene la habilidad y el valor de conservar el contacto con procesos primitivos que están fuera del alcance del psiconeurótico y que las personas sanas se pierden en detrimento propio.

### Sugerencias positivas

Seguidamente pasaré a hacer las sugerencias positivas que me parecen oportunas en esta etapa preliminar. Que quede bien entendido que reconozco el inmenso valor de las clasificaciones psiquiátricas clásicas.

Mi interés se vuelca hacia el efecto que sobre la clasificación surten algunas de las nuevas ideas (aunque tal vez se trate de ideas viejas a las que se ha dado nueva fuerza o que se expresan en un lenguaje nuevo). Escogeré temas que yo mismo he estudiado y tratado de dilucidar en diversos escri-

tos. Las mismas ideas las han presentado independientemente otros analistas; sin embargo, con el fin de evitar confusiones, me abstendré de citarlas y de establecer comparaciones entre la terminología de los demás autores y la mía.

Son tres los aspectos sobre los que pienso detenerme:

1. La idea de que existe un ser verdadero y un ser falso.
2. La idea de que la delincuencia y la psicopatía son los derivados de una privación emocional efectiva y percibida.
3. La idea de que la psicosis está relacionada con la privación emocional en una fase previa a la capacidad del individuo para percibir tal privación.

### *El ser falso*

El concepto de un ser falso (tal como lo llamo yo) no es difícil. Se trata de un ser edificado en base a la sumisión y que puede tener una función defensiva: la protección del ser verdadero.

Uno de los principios que rigen la vida humana podría formularse de la siguiente manera: sólo el ser verdadero puede percibirse como real, pero este ser verdadero jamás debe verse afectado por la realidad externa, jamás debe someterse. Cuando el ser falso es explotado y tratado como ser real, el individuo experimenta un creciente sentimiento de futilidad y desesperación. Como es natural, en la vida individual este estado de cosas se presenta en gran variedad de grados, de tal manera que por lo común el ser verdadero está protegido, pero dotado de cierta vida, y el ser falso es la actitud social. En el extremo que representa la anormalidad es muy fácil que se confunda el ser falso por el verdadero, con lo que éste se ve amenazado de aniquilamiento; en tal caso el suicidio puede constituir una reafirmación del ser verdadero.

*Sólo el ser verdadero puede ser analizado.* El psicoanálisis del ser falso, es decir el análisis dirigido a lo que en realidad se reduce a un medio ambiente interiorizado, solamente puede conducir a la decepción. Tal vez se produzca un éxito aparente al principio. Desde hace unos años se viene reconociendo que para comunicarse con el ser verdadero, allí donde se haya dado importancia patológica al ser falso, es necesario que ante todo el analista provea las condiciones que permitirán al paciente pasarle a él, al analista, el peso del medio ambiente interiorizado, convirtiéndose así en un niño suma-

mente dependiente pero real e interno; entonces, y sólo entonces, será posible analizar el ser verdadero. Cabría decir que esto es el planteamiento actualizado de la *dependencia analítica* freudiana, en la cual el impulso instintivo se apoya en el de autoconservación. La dependencia del paciente esquizoide y del caso límite en el analista es algo muy real, hasta el punto que muchos analistas, deseosos de librarse de semejante carga, escogen sus casos con gran meticulosidad. Por consiguiente, al elegir casos para analizarlos hay que tener en cuenta que es frecuente la existencia de un ser falso. La selección exige del analista habilidad para detectar la presencia de esta defensa en forma de ser falso y, una vez detectada, debe decidir si tal defensa va a ser positiva para el análisis o si, por el contrario, su fuerza patológica es tal, si representa un handicap inicial tan severo para el desarrollo emocional, que es mejor desechar la idea de un tratamiento psicoanalítico.

Sugiero que el término «ser falso» constituye una útil etiqueta para fines de clasificación, etiqueta que nos absuelve de hacer más esfuerzos para diagnosticar. En este tipo de caso, nada raro por cierto, es cuando el psicoanalista se convierte en un peligro, esto es, suponiendo que se deje engañar por las apariencias. La defensa es maquiavélica y puede que lleve consigo un éxito social considerable. El indicio para analizar reside en que el paciente pida ayuda porque se siente irreal o fútil a pesar del éxito aparente de la defensa.

Un caso especial de ser falso lo presenta aquel en que el proceso intelectual se convierte en la base del ser falso. Entonces se desarrolla entre la mente y el psicosoma, produciendo un cuadro clínico fácilmente reconocible. En muchos casos de este tipo es probable que el paciente esté dotado de un intelecto singularmente elevado y que éste contribuya al desarrollo del síndrome, si bien el alto coeficiente de inteligencia reflejado en los tests puede ser fruto de la disociación.

### *Psicopatía*

Es preciso, en primer lugar, tratar de definir la palabra «psicopatía». En este contexto yo la utilizo —creo que justificadamente— para describir una afección adulta consistente en una delincuencia no curada. El delincuente es un niño, o niña, antisocial que no ha sido curado. Un niño, o niña, antisocial es aquel que sufre una privación. La *maduración* que sufre una privación es aquella que poseía algo bueno y que luego, fuese



lo que fuese ese algo bueno, dejó de poseerlo, a la vez que en el momento de producirse la privación el individuo había alcanzado un grado de crecimiento y organización suficiente para quedar traumatizado por ella. Dicho de otro modo: hay lógica en la actitud implícita de que «el medio ambiente me debe algo» que adopta el psicópata, el delincuente y el niño antisocial. Personalmente, opino que en todo caso de organización antisocial hubo un punto en que se produjo un cambio del que el individuo fue capaz de darse cuenta. Por supuesto que no suele darse cuenta conscientemente, pero lo cierto es que el momento de privación es susceptible de ser recordado, a no ser que se pierda entre los recuerdos de innumerables privaciones sucesivas.

Mi tesis principal en este sentido es que, en esencia, la inadaptación y demás derivados de este tipo de trastorno consisten en una inadaptación originaria del medio ambiente al niño que se produjo en una fase no lo bastante precoz para dar origen a una psicosis. El énfasis recae en el fallo ambiental, y la patología, por tanto, está principalmente en el medio ambiente, y sólo de manera secundaria en la reacción del niño. Lógicamente, la clasificación de delincuentes y psicópatas debería hacerse atendiendo a la clasificación del fallo ambiental. Es por este motivo que la confusión aparece inmediatamente cuando se intenta alinear la psicopatía, la reincidencia en el delito y la tendencia antisocial con la neurosis y la psicosis, por ejemplo.

Este argumento nos conduce a:

#### *La cuestión de la psicosis y la clasificación*

Si es cierto que los trastornos que de forma general se colocan bajo la etiqueta de psicosis (y que comprenden los diversos tipos de esquizofrenia) son producidos por la deficiencia ambiental en la fase de dependencia máxima o doble, entonces la clasificación debe adaptarse de manera que se ajuste a este concepto. Seméjante conclusión sin duda hubiese sorprendido a los psicoanalistas de hace treinta años, la mayoría de los cuales, al estudiar la psicosis, hubiesen partido del presupuesto de que los mecanismos muy primitivos resultaban etiológicamente significativos en esta enfermedad. Actualmente, creo que nos estamos aproximando a la idea de que en la psicosis son las defensas muy primitivas las que entran en juego y se organizan, debido a las anomalías ambientales. Por supuesto que nos es dado comprobar el funcionamiento

de mecanismos muy primitivos en los psicóticos, al igual que en nuestros pacientes «normales» y, en honor a la verdad, en todo el mundo. No podemos diagnosticar enfermedad psicótica por el hecho de encontrar unos mecanismos mentales primitivos. Naturalmente, en la enfermedad psicótica lo que nos encontramos son las defensas primitivas, defensas que no necesitan estar organizadas si en las primeras fases de dependencia casi absoluta existe realmente una provisión ambiental satisfactoria. Podemos hacer justicia a todos estos factores diciendo que los procesos de maduración del individuo (incluyendo todo lo que sea heredado) requieren un medio ambiente posibilitador, especialmente en las fases muy precoces. El fallo del ambiente posibilitador produce defectos de desarrollo en la personalidad del individuo y en la instauración de su ser, y a tal resultado se le denomina «esquizofrenia». El trastorno esquizofrénico constituye lo contrario de los procesos de maduración de la primera infancia.

Sugiero que al estudiar la psicosis debe intentarse una clasificación del medio ambiente y de los tipos de anomalía del mismo, así como el punto del desarrollo individual en que actúan estas anomalías; sugiero, asimismo, que pretender clasificar a los individuos enfermos atendiendo al cuadro clínico que presentan no conduce a nada positivo. Repito: las deficiencias ambientales que producen psicosis pertenecen a una fase anterior a aquella en la que el individuo en desarrollo está equipado para tener conciencia de la provisión ambiental o bien de la falta de tal (cf. la tendencia antisocial). Podrán comprobar que al tratar de fijar la fecha del comienzo de la psicosis hago referencia al grado de dependencia del individuo y no a su vida instintiva pregenital ni a la fase de primacia de la zona erógena infantil.

En este escrito he desarrollado el tema recurriendo a casos extremos, pero los pacientes que atendemos en nuestra labor clínica son, en su mayoría, personas que hasta cierto punto, o en determinadas condiciones, están sanas, pero son susceptibles de caer enfermas; así, pues, cabría decir que nos traen su enfermedad para que la tratemos del mismo modo que una madre podría traernos su hijo enfermo.

#### **Conflicto inherente**

Demos ahora un vistazo a los factores internos, que son los que nos interesan como analistas. Aparte del estudio de las personas sanas, tal vez la *psiconeurosis* y la *depresión reac-*

tiva sean las únicas oportunidades que se nos ofrecen de acercarnos a la enfermedad verdaderamente interna, la enfermedad correspondiente a un conflicto intolerable que es inherente a la vida y al vivir como personas completas. Tal vez sea posible definir la salud psiquiátrica relativa diciendo que con las personas sanas es realmente factible retrotraer las dificultades del individuo hasta la lucha inherente a la vida individual, el intento (inconsciente) del ego para gobernar el id y para aprovechar al máximo los impulsos del id en su relación con la realidad. Me parece importante que esto quede claro, pues es probable que algunos, al verme proponer un método de clasificación que abarca al medio ambiente, crean que estoy dejando a un lado todo lo que el psicoanálisis ha obtenido del estudio del individuo.

Pese a que no es mi intención dar un repaso a la literatura del tema, quisiera hacer referencia a los escritos de dos de mis profesores: Rickman y Glover. Las conferencias que Rickman dio en 1928 tuvieron una gran influencia en el desarrollo de mi pensamiento, aunque no me consta que Rickman tratase de la importancia de la dependencia.

En *On the Early Development of Mind* (1956), Edward Glover hace numerosas referencias a la clasificación. Me parece que en dicho libro son sólo dos las veces que se hace referencia al medio ambiente de la clase que estoy empleando para formular un tema principal. En la página 174 se dice lo siguiente: «Un instinto que requiera un verdadero objeto externo, tal como el pezón de la madre, es ingobernable como no sea con la colusión del objeto real.» La afirmación procede de una conferencia dada en 1932 bajo el título *A Psycho-Analytic Approach to the Classification of Mental Disorders*. La otra referencia fue hecha en 1949, en el «British Medical Bulletin», dentro de una exposición referente a *The Position of Psycho-Analysis in Great Britain* (Glover, 1949). Después de pintar un cuadro bastante lóbrego del estado de cosas en la sociedad inglesa, Glover hace el siguiente comentario: «Pero, una vez todo ha quedado dicho, hay que reconocer que la etapa actual es un momento interesante en la historia del psicoanálisis. Por absurdas que puedan ser algunas de las hipótesis formuladas recientemente, sin duda el hecho de que el interés se concentre en los problemas del desarrollo del ego en la primera infancia, así como en la organización de la mente durante la fase de «identificación primaria» (es decir, la fase anterior a la exacta diferenciación entre el «ser» y el «no ser»), producirá, a la larga, unos resultados que, tanto desde el punto de vista del diagnóstico como del de la terapéutica, serán valiosos.»

Quiero referirme también a Ackerman (1953), si bien no pareció preocuparse por el rasgo especial de la dependencia en una edad muy temprana.

### La clasificación atendiendo a la deformación ambiental

Tal vez fuese útil, a mi entender, hacer la clasificación atendiendo al grado y calidad de la deformación, o deficiencia, ambiental que fuese reconocible como etiológicamente significativa. Es necesario examinar este punto de vista, aunque sea únicamente para rechazarlo.

En el caso de un individuo situado en el comienzo del proceso de desarrollo emocional, se hallan presentes tres cosas: en un extremo, la herencia biológica; en el extremo opuesto, el medio ambiente que respalda o que falla y, por tanto, traumatiza; y, en medio, el individuo viviendo, defendiéndose y creciendo. En el psicoanálisis nos ocupamos de este individuo que vive, se defiende y crece. Sin embargo, en la clasificación tratamos de explicar la fenomenología total, y para ello lo mejor es empezar clasificando los estados ambientales; después podremos pasar a clasificar las defensas del individuo y, finalmente, trataremos de examinar la herencia biológica. La herencia biológica consiste principalmente en la tendencia individual e inherente a crecer, integrarse, relacionarse con los objetos y madurar.

Para hacer la clasificación de acuerdo con el medio ambiente sería necesario conocer las fases de dependencia con una exactitud superior a la —que yo sepa— existente en la actualidad. De momento me parece útil hacer uso de los conceptos que he propuesto en otros escritos, a saber: la independencia que nace de la dependencia, la cual, a su vez, surge de la dependencia doble. Al hablar de dependencia doble me refiero a la que el individuo, en aquel momento, no es capaz de apreciar ni siquiera de forma inconsciente y que, por tanto, no puede ser comunicada al analista durante el análisis del paciente. Como he dicho antes (capítulo 1 de la segunda parte), el analista debe cubrir con otro ropaje el material aportado por el paciente, para lo cual se valdrá de la imaginación.

### Resumen

Atendiendo a mi forma de examinar las cosas al principio, vemos una concentración de fenómenos ambientales que cris-

talizan en una persona: la madre; y es dentro de la madre donde el niño empieza a aparecer como unidad que, primero, es anatómica y fisiológica, y después, gradualmente, en las cercanías del parto, se convierte en una persona de sexo masculino o femenino. Este componente infantil del «binomio gestante» se desarrolla por derecho propio *hasta donde el medio ambiente no falle en sus diversas funciones esenciales*, cuyo énfasis y cualidad van cambiando a medida que tiene lugar el crecimiento del individuo.

En las condiciones más favorables, cuando la continuidad está preservada externamente y el medio ambiente posibilita la actuación de los procesos de maduración, es donde el individuo tiene su verdadero comienzo y acaba por percibir su realidad propia y por experimentar la vida conforme a su edad emocional. El individuo es descriptible y tipificable, las defensas son clasificables y, además, la presencia o ausencia de valor en la personalidad es constatable. En tales casos puede que nos encontremos o bien con unas defensas depresivas o psiconeuróticas o con la normalidad. Si así lo deseamos es posible tratar de agrupar a los individuos por tipos, y también por la forma en que ellos se junten los elementos hereditarios en relación con su medio ambiente específico; además, podemos (en la madurez) proceder a tomar nota de la capacidad de los individuos para participar en la creación y mantenimiento del medio ambiente local.

Todo esto presupone un comienzo satisfactorio, con un ser verdadero operante y protegido por un ser falso que no es más que una conducta social.

La alternativa la constituye la afección psicótica, con la organización de defensas primitivas. Aquí la enfermedad o afección ocupa un lugar etiológicamente secundario con respecto al fallo ambiental, aunque se manifiesta clínicamente por medio de una deformación más o menos permanente en la estructura de la personalidad del individuo. Entre una y otro se encuentra la tendencia antisocial, en la cual el medio ambiente falla en una fase posterior, de dependencia relativa y en la cual el individuo-niño está dotado para percibir el factor de una privación real.

En el ejercicio de nuestra labor terapéutica se nos ofrece la posibilidad de estudiar y aislar la deformación que tiene lugar en la estructura de la personalidad. La necesidad más apremiante, sin embargo, reside en la clasificación y reevaluación del factor ambiental hasta donde afecte, positiva o negativamente, al desarrollo madurativo y a la integración del ser.

### Anotación sobre el colapso (Posdata, 1964)

Algunos pacientes tienen miedo de sufrir un colapso mental. Es importante que el analista tenga presente el siguiente axioma:

#### Axioma

El temido colapso mental en realidad ya se ha producido. La enfermedad del paciente consiste en un sistema de defensas organizadas en relación con el colapso.

El colapso es un fallo de las defensas que termina en el momento en que se organizan las nuevas defensas, las cuales pasan a constituir el cuadro clínico del paciente. Éste sólo puede recordar el colapso originario dentro de las circunstancias especiales del marco terapéutico, y debido al crecimiento del ego.

Una de las raíces del miedo a sufrir un colapso estriba en la necesidad de recordar el colapso originario que siente el paciente. El recuerdo solamente aparece mediante la reexperimentación. De ahí el empleo positivo del colapso, que puede hacerse si se reconoce y aprovecha prácticamente el lugar que ocupa en la tendencia del paciente hacia la autocuración.

El colapso originario tuvo lugar en una fase en la que había dependencia del individuo con respecto al apoyo del ego facilitado por la madre o por los padres. Por eso la labor terapéutica se hace a menudo sobre una versión posterior del colapso; por ejemplo, sobre un colapso acaecido durante el período de latencia o incluso en la primera adolescencia. Esta versión posterior se produjo cuando el paciente ya había desarrollado la autonomía del ego y la capacidad para ser «una persona que padece una enfermedad». Sin embargo, detrás de semejante colapso hay siempre un fallo de las defensas propias de la primera infancia o de los comienzos de la niñez del individuo.

Con frecuencia el factor ambiental no es un solo trauma, sino una pauta de influencias deformadoras; lo contrario, de hecho, del medio ambiente posibilitador de la madurez individual.

## Deformación del ego en términos de un ser verdadero y falso (1960)

Un acontecimiento reciente en el psicoanálisis ha sido el creciente uso del concepto del ser falso. Este concepto lleva consigo la idea de un ser verdadero.

### Datos históricos

Este concepto no es nuevo en sí, ya que aparece bajo distintas formas en la psiquiatría descriptiva y, de manera notable, en ciertas religiones y sistemas filosóficos. Evidentemente, existe un estado clínico real que merece ser estudiado y, además, el concepto representa un desafío etiológico al psicoanálisis. El psicoanálisis se ocupa de lo siguiente:

1. ¿Cómo surge el ser falso?
2. ¿Cuál es su función?
3. ¿Por qué se exagera o se pone de relieve el ser falso en algunos casos?
4. ¿Por qué algunas personas no desarrollan un sistema de ser falso?
5. ¿Cuáles son los equivalentes del ser falso en las personas normales?
6. ¿Qué es lo que podríamos denominar «ser verdadero»?

Yo diría que la idea de un ser falso, idea que nos dan nuestros pacientes, aparece ya en las primeras formulaciones de

Freud. Lo que yo divido en un ser falso y un ser verdadero me parece especialmente enlazable con la división freudiana del ser en una parte central y accionada por los instintos (o por lo que él llamó «sexualidad» pregenital y genital) y otra parte volcada hacia fuera y en relación con el mundo.

### Aportación personal

Mi propia aportación a este tema emana del trabajo que he hecho simultáneamente en calidad de:

- a) pediatra con madres y niños, y
- b) psicoanalista por cuyo consultorio pasa un discreto número de casos límite tratados analíticamente pero que, en la transferencia, necesitan experimentar una fase (o fases) de severa regresión a la dependencia.

Mi experiencia me ha hecho reconocer que los pacientes dependientes o en estado de profunda regresión a veces le enseñan al analista mucho más sobre la primera infancia de lo que cabe aprender por medio de la observación directa de niños, así como más de lo que se aprende del contacto con las madres que cuidan de ellos. Asimismo, el contacto clínico con las experiencias normales y anormales de la relación madre-hijo influye en la teoría analítica del analista, toda vez que lo que sucede durante la transferencia (en las fases de regresión de ciertos pacientes) viene a ser una variante de la relación madre-hijo.

Me gusta comparar mi posición con la de Greenacre, que también se ha mantenido en contacto con la pediatría durante el ejercicio del psicoanálisis. Parece que también en su caso su valoración de cada una de las dos experiencias se ha visto influida por la otra.

A veces, la experiencia clínica en psiquiatría de adultos hace que para el analista exista un vacío entre la valoración de un estado clínico y la comprensión de la etiología del mismo. Semejante vacío surge de la imposibilidad de obtener una historia fidedigna de la primera infancia, ya sea del paciente psicótico, de su madre o de observadores más objetivos. Los pacientes analíticos que mediante la transferencia retroceden a una fase de profunda dependencia llenan este vacío al mostrar cuáles son sus esperanzas y necesidades durante las fases de dependencia.

### *Necesidades del ego y necesidades del id*

Debo poner de relieve que al hacer referencia a la satisfacción de las necesidades del niño excluyo la satisfacción de los instintos. En el terreno por el que ahora se mueve mi examen los instintos todavía no se han definido claramente como presentes internamente en el niño. En efecto, los instintos pueden ser tan externos como puedan serlo los truenos o los golpes. El ego de la criatura está haciendo acopio de fuerza y, por consiguiente, acercándose a un estado en que las exigencias del id serán percibidas como parte del ser en lugar de serlo como factores ambientales. Al producirse esta evolución, la satisfacción del id se convierte en importantísimo reforzador del ego, o del ser verdadero; sin embargo, las excitaciones del id pueden resultar traumáticas cuando el ego no está todavía capacitado para absorberlas, ni para dar cabida a los riesgos que traen consigo y a las frustraciones que se experimentan en tanto no se haga realidad la satisfacción del id.

Un paciente me dijo:

—El buen gobierno (cuidado del ego), tal como lo he experimentado durante esta hora, es una nutrición (satisfacción del id).

No hubiese podido decirlo al revés, ya que de haberle alimentado él se hubiese sometido y ello hubiese obrado en pro-vecho de la defensa de su ser falso, o, si no, hubiese reaccionado rechazando mis intentos de aproximación y eligiendo la frustración para mantener su integridad.

Ha habido otras influencias importantes para mí. Así, periódicamente se me ha pedido un comentario acerca de un paciente, a la sazón sometido a tratamiento psiquiátrico para adultos, que yo había observado cuando era una criatura o un niño pequeño. A menudo mis notas me han permitido ver que el estado psiquiátrico existente ahora ya era constatable en la relación madre-hijo. (Excluyo de este contexto la relación padre-hijo debido a que me estoy refiriendo a fenómenos de la primera infancia, concernientes a la relación del niño con la madre, o con el padre en calidad de sustituto de ella. Durante esta fase tan precoz, el padre todavía no es significativo en calidad de persona masculina.)

### *Ejemplo*

El mejor ejemplo que puedo darles es el de una señora de mediana edad que tenía un ser falso muy eficaz, pero que

durante toda la vida había experimentado la sensación de no haber empezado a existir y de que constantemente había estado buscando un medio de llegar a su ser verdadero. Esta señora todavía se halla sometida a análisis, después de muchos años. En la primera fase de análisis exploratorio (que duró dos o tres años), comprobé que estaba tratando lo que ella había dado en llamar su «ser custodio». Este «ser custodio» había hecho lo siguiente:

1. Encontrar el psicoanálisis.
2. Venir a probar el análisis para, mediante esta complicada estratagema, comprobar si el analista era digno.
3. Traer la paciente para que la analizase.
4. Paulatinamente, después de tres o más años, pasarle su función al analista (éste fue el momento de profundidad de la regresión, existiendo durante unas semanas un grado elevadísimo de dependencia con respecto al analista).
5. Rondar a la paciente, reanudando a veces la custodia cuando el analista fallaba (por estar enfermo, de vacaciones, etc.).
6. Su suerte final la veremos más adelante.

Basándome en la evolución de este caso, me fue fácil comprender la naturaleza defensiva del ser falso. Su función defensiva consiste en ocultar y proteger al ser verdadero, sea cual fuere éste. Inmediatamente se hace posible la clasificación de las organizaciones del ser falso:

1. En un extremo: el ser falso se establece como real, siendo precisamente esto lo que los observadores tienden a tomar por la personal real. Sin embargo, en las relaciones de la vida, del trabajo, y en la amistad, el ser falso empieza a fallar. En algunas situaciones donde hace falta una persona completa, el ser falso se encuentra con que le falta algún elemento esencial. En este extremo, el ser verdadero se halla oculto.
2. En un extremo inferior: el ser falso defiende al ser verdadero, a quien, de todos modos, se le reconoce un potencial y se le permite una vida secreta. He aquí el ejemplo más claro de enfermedad clínica en calidad de organización con una finalidad positiva: la preservación del individuo a pesar de las condiciones ambientales normales. Se trata de una extensión del concepto psi-

coanalítico del valor de los síntomas para la persona enferma.

3. Más cerca de la salud: el ser falso se ocupa principalmente de buscar las condiciones que permitan al ser verdadero entrar en posesión de lo suyo. En caso de no encontrarlas, es necesario reorganizar una nueva defensa contra la explotación del ser verdadero; en caso de duda, el resultado clínico es el suicidio. En este contexto, el suicidio consiste en la destrucción del ser total a fin de evitar el aniquilamiento del ser verdadero. Cuando el suicidio constituye la única defensa que queda contra la traición al ser verdadero, entonces le toca al ser falso organizar el suicidio. Esto, por supuesto, entraña su propia destrucción pero, al mismo tiempo, elimina la necesidad de su existencia continuada, ya que su función reside en proteger de insultos al ser verdadero.
4. Aún más cerca de la salud: el ser falso se edifica sobre identificaciones (como por ejemplo la de la paciente citada, cuyo medio ambiente en la niñez, así como su niñera, contribuyeron a dar visos de realidad a la organización del ser falso).
5. En la salud: el ser falso se halla representado por toda la organización de la actitud social cortés y bien educada, por un «no llevar el corazón en la mano», pudiéramos decir. Se ha producido un aumento de la capacidad del individuo para renunciar a la omnipotencia y al proceso primario en general, ganando así un lugar en la sociedad que jamás puede conseguirse ni mantenerse mediante el ser verdadero a solas.

Hasta el momento no he traspasado los límites de la descripción clínica. Sin embargo, incluso dentro de este campo reducido se reconoce la importancia del ser falso. Así, por ejemplo, es importante que no se encargue a los estudiantes de psicoanálisis la tarea de analizar a los pacientes que en esencia sean casos de personalidad falsa. En tales casos es más importante el diagnóstico de personalidad falsa que el diagnóstico del paciente hecho de conformidad con las clasificaciones psiquiátricas en uso. Asimismo, en la asistencia social —labor que obliga a la aceptación y tratamiento de todo tipo de casos— el diagnóstico de personalidad falsa reviste importancia para evitar la frustración extrema suscitada por los fallos terapéuticos acaecidos a pesar de la puesta en práctica de una asistencia social aparentemente buena y basada en

principios analíticos. Este diagnóstico es especialmente importante en la *selección* de estudiantes para su adiestramiento en psicoanálisis o en la asistencia social de índole psiquiátrica; es decir: en la selección de toda clase de estudiantes para el desempeño de una labor asistencial dirigida a casos individuales. El ser falso organizado se halla asociado con una rigidez de las defensas que impide el crecimiento durante el período de estudiante.

### La mente y el ser falso

A menudo un peligro muy especial lo representa la conexión entre el enfoque intelectual y el ser falso. Cuando el ser falso se organiza en un individuo dotado de un elevado potencial intelectual, se registra una fuerte tendencia por parte de la mente a convertirse en el sitio donde se ubica el ser falso, y entonces se desarrolla una disociación entre la actividad intelectual y la existencia psicósomática. (Debemos suponer que en el individuo sano la mente no es algo que se ha puesto a disposición del individuo para escapar de su existencia psicósomática. Este tema lo he desarrollado con cierta extensión en *Mind and its Relation to the Psyche-Soma*, 1949c.)

Cuando ha tenido lugar esta anomalía por partida doble, que consiste en: *a*) la organización de un ser falso para ocultar el ser verdadero, y *b*) el intento, por parte del individuo, de resolver su problema personal mediante el uso de un excelente intelecto, se obtiene un cuadro clínico caracterizado por la facilidad con que llama a engaño. Es posible que a los ojos del mundo el individuo aparezca como ejemplo de grandes méritos académicos y que, por consiguiente, sea difícil creer en la angustia real del individuo en cuestión, que tiene la impresión de estar viviendo «una farsa» a medida que aumentan sus éxitos. Cuando tales individuos se destruyen a sí mismos, de una u otra forma, el hecho produce invariablemente un shock en todos quienes habían puesto grandes esperanzas en ellos.

### Etiología

Estos conceptos cobran interés psicoanalítico debido principalmente al estudio de la forma en que el ser falso se desarrolla al comienzo de la relación madre-hijo, y (más importan-

te) al estudio de la forma en que el ser falso no pasa a constituir un rasgo significativo del desarrollo normal.

La teoría relativa a esta fase importante del desarrollo ontogénico es propia de la observación de la relación madre-hijo (paciente-analista en la regresión) y no corresponde a la teoría de los mecanismos precoces de defensa del ego organizados en contra de los impulsos del id, aunque, como es lógico, ambos temas coinciden en parte.

Para formular una exposición del proceso de desarrollo pertinente al caso, es esencial tener en cuenta el comportamiento y la actitud de la madre, ya que en este campo la dependencia es real y casi absoluta. No es posible plantear lo que sucede haciendo únicamente referencia al niño.

Al buscar la etiología del ser falso, nos encontramos examinando la fase de las primeras relaciones objetales. Durante la mayor parte de dicha fase el niño no está integrado, y nunca llega a estarlo en plenitud; la cohesión de los diversos elementos sensorio-motores pertenece al hecho de que la madre contenga a la criatura, a veces literalmente, y en todo momento figurativamente. De manera periódica, el gesto del niño da expresión a un impulso espontáneo; la fuente del gesto es el ser verdadero, por lo que el gesto indica la existencia de un ser verdadero en potencia. Es preciso que veamos de qué manera responde la madre a esta omnipotencia infantil revelada por el gesto (o por un agrupamiento sensorio-motor). Aquí he enlazado la idea de un ser verdadero con el gesto espontáneo. En este período de desarrollo del individuo la fusión de la movilidad y de los elementos eróticos se halla en proceso de constitución.

### El papel de la madre

Es necesario examinar el papel que ejerce la madre, para lo cual me parece conveniente hacer la comparación de dos extremos. En un extremo la madre es una *madre «buena»*, mientras que en el otro *no es una madre «buena»*. Probablemente se me preguntará qué entiendo por buena.

La madre «buena» es la que responde a la omnipotencia del pequeño y en cierto modo le da sentido. Esto lo hace repetidamente. El ser verdadero empieza a cobrar vida a través de la fuerza que la madre, al cumplir las expresiones de omnipotencia infantil, da al débil ego del niño.

La madre que «no es buena» es incapaz de cumplir la omnipotencia del pequeño, por lo que repetidamente deja de res-

ponder al gesto del mismo; en su lugar coloca su propio gesto, cuyo sentido depende de la sumisión o acatamiento del mismo por parte del niño. Esta sumisión constituye la primera fase del ser falso y es propia de la incapacidad materna para interpretar las necesidades del pequeño.

Forma parte esencial de mi teoría el hecho de que el ser verdadero no adquiere una realidad viviente a no ser como resultado del éxito repetido de la madre en su respuesta al gesto espontáneo o alucinación sensorial del pequeño. (Esta idea está estrechamente relacionada con la incluida por Sechehaye en el término «realización simbólica». Pese a haber jugado un papel importante en la moderna teoría psicoanalítica, este término no es del todo exacto, ya que lo que cobra realidad es el gesto o alucinación del pequeño, y su capacidad para utilizar un símbolo es el resultado.)

Se nos presentan ahora dos líneas de desarrollo en el esquema de acontecimientos correspondiente a mi formulación. En el primer caso la adaptación de la madre es buena y, por consiguiente, el niño empieza a creer en la realidad externa, que se manifiesta y comporta como por arte de magia. (debido al éxito relativo de la adaptación materna a los gestos y necesidades infantiles), y que actúa de una forma que no choca con la omnipotencia del pequeño. Partiendo de esta base, el pequeño abroga gradualmente la omnipotencia. El ser verdadero está dotado de espontaneidad, a la que se unen los acontecimientos del mundo. Entonces el pequeño puede empezar a gozar de la ilusión de creación y control omnipotentes, para reconocer más tarde, gradualmente, el elemento ilusorio, el hecho de jugar e imaginar. He aquí la base del símbolo que al principio consistirá tanto en la espontaneidad o alucinación del niño como en el objeto externo creado y finalmente caecado.

Entre el niño y el objeto hay algo, tal vez alguna actividad o sensación. En la medida en que ese algo una al niño con el objeto (a saber, con el objeto parcial materno), será ésta la base de la formación de símbolo. Por el contrario, en la medida en que ese algo entre el niño y el objeto separe en vez de unir, su función será la de conducir hasta el bloqueo de la formación de símbolo.

En el segundo caso, que atañe más de cerca al tema que estamos tratando, la adaptación materna a las alucinaciones e impulsos espontáneos del niño es deficiente, es decir no es buena. El proceso que culmina en la capacidad para el empleo de símbolos no llega a empezar (o, si lo hace, se ve truncado

y provoca el replegamiento del niño en relación con las ventajas obtenidas).

Cuando la adaptación de la madre no es buena al principio, cabría esperar la muerte física del pequeño, ya que no se habrá iniciado la catexis de los objetos externos. El pequeño permanece aislado. Sin embargo, en la práctica el niño vive, aunque lo haga falsamente. La protesta que origina el hecho de ser forzado a una falsa existencia es detectable desde las primeras fases. El cuadro clínico muestra una irritabilidad general, así como trastornos de la nutrición y otras funciones que, de todas formas, pueden desaparecer clínicamente, aunque sólo sea para volver a aparecer en forma más grave posteriormente.

En este segundo caso, cuando la madre no es capaz de adaptarse bien, el niño se ve seducido a la sumisión y es un ser falso y sumiso quien reacciona ante las exigencias del medio ambiente, que parecen ser aceptadas por el niño. Por mediación de este ser falso el pequeño se construye un juego de relaciones falsas, y por medio de introyecciones llega incluso a adquirir una ficción de realidad, de tal manera que el pequeño, al crecer, no sea más que una copia de la madre, niñera, tía, hermano o quien sea que domine la situación entonces. El ser falso tiene una función positiva y muy importante: ocultar al ser verdadero, lo que logra sometiéndose a las exigencias ambientales.

En los ejemplos extremos de desarrollo de un ser falso, el ser verdadero permanece tan perfectamente escondido que la espontaneidad no constituye uno de los rasgos de las experiencias vitales del niño. El rasgo principal es entonces la sumisión, mientras que la imitación viene a ser una especialización. Cuando el grado de escisión en la personalidad infantil no es demasiado grande, puede que la imitación permita una forma de vivir casi personal, e incluso es posible que el niño desempeñe un papel especial: el del ser verdadero tal y como sería de haber existido.

De esta manera es posible localizar el punto de origen del ser falso, que, como vemos ahora, constituye una defensa contra lo inconcebible: la explotación del ser verdadero y su consiguiente aniquilamiento. (Si alguna vez llegan a producirse la explotación y el aniquilamiento, será en la vida del pequeño cuya madre no sólo «no es buena» en el sentido antes expuesto, sino que es buena y mala de forma exasperantemente irregular. En tal caso, parte de la enfermedad de la madre consiste en su necesidad de provocar y mantener la confusión en quienes están en contacto con ella. Esto suele ponerse de manifiesto



to en los casos en que, durante la transferencia, el paciente procura que el analista se enfurezca [Bion, 1959; Searles, 1959]. Es posible que esto se dé a veces en grado suficiente para borrar los últimos vestigios de la capacidad infantil para defender el ser verdadero.)

En mi escrito titulado *Primary Maternal Preoccupation* (1956a) procuro desarrollar el tema del papel materno, apuntando que la mujer normal que queda embarazada adquiere poco a poco un elevado grado de identificación con su hijo. La identificación se va desarrollando durante el embarazo, alcanza su punto culminante cuando la mujer está de parto y luego desaparece paulatinamente durante las semanas y meses que siguen al alumbramiento. Esta cosa saludable que les ocurre a las madres presenta implicaciones tanto hipocondríacas como de narcisismo secundario. Esta orientación singular de la madre hacia su hijo no depende solamente de su propia salud mental, sino que también se ve afectada por el medio ambiente. En los casos más sencillos, el hombre, respaldado por una actitud social que es por sí misma una evolución de su función natural, se enfrenta a la realidad externa por cuenta de la madre, logrando que para ella resulte seguro y sensato permanecer temporalmente volcada hacia adentro, concentrada en sí misma. El diagrama de esta circunstancia se parece al de una persona o familia paranoide. (Aquí viene a la memoria la descripción que hizo Freud [1920] de la vesícula vierte con su estrato cortical receptivo...)

El desarrollo de este tema no es propio del presente escrito, aunque es importante que se entienda bien cuál es la función de la madre. No se trata ni mucho menos de algo perteneciente a una fase evolutiva reciente, propia de la civilización, del progreso o de la comprensión intelectual. Ninguna teoría es aceptable si no tiene en cuenta que desde siempre las madres han desempeñado esta función esencial de forma satisfactoria. Esta función es lo que permite a las madres conocer las esperanzas y necesidades precoces de sus hijos, y también la que las hace sentirse personalmente satisfechas del bienestar de sus hijos. Gracias a esta identificación, la madre sabe cómo sostener al hijo, de manera que éste empieza existiendo y no simplemente reaccionando. He aquí el origen del ser verdadero, que no puede convertirse en realidad sin la relación especializada de la madre, relación que podríamos definir con una palabra de uso corriente: devoción.<sup>1</sup>

1. A causa de esto di el título de *The Ordinary Devoted Mother and Her Baby* a mi ciclo de charlas dirigidas a las madres (Winnicott, 1949a).

### El ser verdadero

El concepto de «ser falso» precisa del equilibrio que ofrece la formulación de lo que con todo derecho podemos denominar «ser verdadero». En la fase más precoz, el ser verdadero consiste en la posición teórica de donde proceden el gesto espontáneo y la idea personal. El gesto espontáneo representa el ser verdadero en acción. Sólo el ser verdadero es capaz de crear y de ser sentido como real. La existencia de un ser falso, por el contrario, produce una sensación de irrealidad o un sentimiento de futilidad.

Si logra cumplir su función, el ser falso oculta al ser verdadero o, si no, encuentra la forma de que el ser verdadero empiece a vivir. Semejante resultado puede conseguirse por toda clase de medios, pero los ejemplos que observamos más de cerca son aquellos en que la sensación de realidad o de valor de las cosas aparece durante el tratamiento. La paciente de quien les hablé hace poco ha llegado, después de un largo análisis, al comienzo de su vida. Esa señora carece de experiencia y de pasado. Empieza la vida con cincuenta años desperdiciados, pero al menos se siente real y, por consiguiente, desea vivir.

El ser verdadero emana de la vida de que están dotados los tejidos del cuerpo y de la acción de las funciones corporales, incluyendo la del corazón y la respiración. Se halla estrechamente ligado a la idea del proceso primario y al principio, en esencia, no es reactivo a los estímulos externos, sino que es primario. De poco sirve formular la idea de un ser verdadero, como no sea para tratar de comprender al ser falso, dado que su papel se limita a juntar los detalles surgidos de la experiencia de estar vivo.

Poco a poco, el niño alcanza un grado de desarrollo tan avanzado que en vez de decir que el ser falso oculta al ser verdadero resulta más acertado decir que oculta la realidad interna del niño. Al llegar a ese grado de desarrollo, el niño ha establecido una membrana restrictiva, cuenta con un interior y un exterior, y se ha librado en gran medida del cuidado materno.

Conviene fijarse en que, según la teoría que estoy formulando, el concepto de una realidad individual interna de los objetos es propio de una fase posterior a la del concepto del ser verdadero. Este último concepto aparece tan pronto como haya alguna organización mental del individuo y no va mucho más allá de constituir la suma de la vida sensorio-motora.

El ser verdadero se hace complejo rápidamente, relacionándose con la realidad externa por medio de procesos naturales, es decir los que se desarrollan en el niño a medida que pasa el tiempo. Llega entonces un momento en que el niño es capaz de reaccionar a un estímulo sin sufrir ningún trauma, ya que el estímulo tiene su complemento en la realidad interna, psíquica del individuo. Entonces el niño se explica todo estímulo como proyección, aunque no es ésta una fase a la que se llegue forzosamente; a veces se consigue sólo de modo parcial y otras se consigue y luego se pierde. Una vez alcanzada esta fase, el niño es capaz de retener el sentimiento de omnipotencia aun cuando reaccione ante factores ambientales que el observador percibe como verdaderamente externos al niño. Todo esto sucede años antes de que el niño esté capacitado para razonar intelectualmente la intervención de la casualidad pura.

Cada nuevo período de vida en el que el ser verdadero no haya sido seriamente interrumpido produce el fortalecimiento del sentido de realidad propia, acompañado por la creciente capacidad infantil para tolerar los dos conjuntos de fenómenos siguientes:

1. Interrupciones de la continuidad existencial del ser verdadero. (En este aspecto se nos presenta una de las formas en que el proceso de nacimiento puede resultar traumático; por ejemplo, cuando se produce un retraso sin pérdida del conocimiento.)
2. Experiencias reactivas o del ser falso, relacionadas con el medio ambiente en base a la sumisión. Este es el papel del niño a quien (antes de su primer cumpleaños) se le puede enseñar a modular algún monosílabo, por ejemplo: «Ta.» Dicho de otra manera, me refiero al niño a quien podemos enseñarle la existencia de un medio ambiente que está siendo intelectualmente aceptado. Los sentimientos de gratitud podrán o no venir después.

### El equipo normal del ser falso

De esta forma, mediante procesos naturales, se desarrolla la organización del ego infantil adaptado al medio ambiente. No obstante, esto no sucede automáticamente y, de hecho, sólo es posible si antes el ser verdadero ha pasado a ser una realidad viva, gracias a la buena adaptación materna a las nece-

sidades del pequeño. Existe un aspecto sumiso del ser verdadero en el vivir normal: la habilidad del niño para someterse sin exponerse. La habilidad para el compromiso constituye un logro. El equivalente del ser falso en el desarrollo normal es aquello susceptible de convertirse en una costumbre social del niño, en algo que es adaptable. En la salud, esta costumbre representa un compromiso que deja de ser aceptable cuando la situación es crucial. Cuando sucede esto, el ser verdadero pasará por encima del ser sumiso. Desde el punto de vista clínico, esto constituye un problema que reaparece periódicamente durante la adolescencia.

### Grados del ser falso

Si se acepta la descripción de estos dos extremos y de su etiología, no nos será difícil, en nuestra labor clínica, tener en cuenta que la defensa constituida por el ser falso existe en mayor o menor grado, que va desde el aspecto cortés y normal del ser hasta el ser falso escindido y sumiso que es confundido por el niño. Fácilmente se verá que a veces esta defensa puede formar la base de una especie de sublimación, como sucede cuando el niño al crecer se hace actor. En lo que se refiere a los actores, los hay de dos tipos: los que saben ser ellos mismos y al mismo tiempo actuar y, por el contrario, los que sólo saben actuar. Estos últimos se encuentran perdidos por completo cuando no interpretan un papel, y cuando no les es apreciada y aplaudida su actuación (manera en que les es confirmada su existencia).

En el individuo sano cuyo ser presenta un aspecto sumiso pero que, pese a ello, existe, es creador y espontáneo, existe simultáneamente la capacidad para el empleo de símbolos. Dicho de otro modo, en este caso la salud se halla estrechamente ligada con la capacidad individual para vivir en una zona intermedia entre el sueño y la realidad y que recibe el nombre de vida cultural. (Véase *Transitional Objects and Transitional Phenomena*, 1951.) En contraste, cuando hay un elevado grado de escisión entre el ser verdadero y el ser falso que lo esconde, hay también escasa capacidad para la utilización de símbolos, así como una vida cultural pobre. En tales personas se observa que en lugar de una serie de inquietudes culturales hay un marcado desasosiego, incapacidad para la concentración y la necesidad de ser atacado por la realidad externa de manera que el individuo pueda llenar su vida con las reacciones ante tales ataques.

### Aplicación clínica

Ya he hecho referencia a la importancia que reviste el reconocimiento del ser falso al diagnosticar un caso para su tratamiento o al evaluar un candidato al ejercicio de la psiquiatría o de la asistencia social psiquiátrica.

#### Consecuencias para el psicoanalista

Si estas consideraciones resultan ciertas, entonces el psicoanalista en ejercicio se verá forzosamente afectado de las siguientes maneras:

- a) Al analizar una personalidad falsa, hay que tener presente que el analista se ve limitado a hablar del ser verdadero del paciente con el ser falso del mismo. Es como si una niñera llevase a su pupilo a la consulta y el analista empezase por hablar con ella acerca del problema del niño, sin establecer contacto directo con éste. El análisis no empieza en tanto la niñera no deje al niño a solas con el analista y se vea que es capaz de permanecer a solas con él y empiece a jugar.
- b) En el punto de transición, cuando el analista empieza a establecer contacto con el ser verdadero del paciente, tiene que haber un período de extrema dependencia. A menudo esta condición se pasa por alto en la labor analítica. El paciente padece una enfermedad o de alguna forma da al analista la oportunidad de hacerse cargo de la función del ser falso (niñera); pero sucede que en este punto el analista no se da cuenta de lo que está sucediendo y, por consiguiente, son otras personas las que cuidan al paciente y de quienes éste depende durante un período de regresión encubierta a la dependencia. Así se desperdicia la oportunidad.
- c) Los analistas que no estén dispuestos a satisfacer las agudas necesidades de los pacientes que hayan llegado así a la dependencia deben, al escoger sus pacientes, cuidar de que entre ellos no haya ningún caso de ser falso.

A veces el análisis parece no terminar nunca debido a que se está llevando a cabo en base al ser falso. En cierto caso, el de un paciente que vino a mí cuando ya llevaba tiempo sometido a análisis, mi trabajo empezó en realidad cuando le hice ver claramente que era consciente de su inexistencia. El

paciente comentó que a lo largo de los años todo cuanto se había hecho por él resultaba inútil, ya que se partía de la base de que existía, mientras que lo cierto era que existía falsamente. Al decirle que reconocía su existencia, sintió que por primera vez alguien se comunicaba con él. Lo que quería decir era que su ser verdadero, que desde la infancia permanecía oculto, acababa entonces de entrar en comunicación con el analista del único modo que no resultaba peligroso. Este ejemplo es típico de la forma en que este concepto afecta a la labor psicoanalítica.

Me he referido a otros aspectos de este problema clínico. Por ejemplo, en *Withdrawal and Regression* (1954a) en el tratamiento de un paciente seguí, durante la transferencia, la evolución de mi contacto con su propia versión del ser falso, pasando por mi primer contacto con su ser verdadero, hasta realizar un análisis sincero. En este caso el replegamiento tuvo que convertirse en regresión, tal como se describe en el citado escrito.

Cabría formular el siguiente principio: que en la zona correspondiente al ser falso dentro del ejercicio del psicoanálisis se adelanta más reconociendo la inexistencia del paciente que empeñándose en realizar el tratamiento atendiendo a sus mecanismos de defensa del ego. El ser falso del paciente es capaz de calaborar indefinidamente con el analista en el análisis de las defensas; diríase que se pone de parte del analista. La única forma de atajar ventajosamente esta infructuosa tarea consiste en que el analista logre señalar específicamente la ausencia de algún rasgo esencial, diciendo al paciente, por ejemplo, que «no tiene boca», que «todavía no ha empezado a existir», que «físicamente es hombre, pero que no sabe por experiencia nada sobre la masculinidad», etcétera. El reconocimiento de factores de tanta importancia, realizado claramente y en el momento preciso, prepara el camino para la comunicación con el ser verdadero. Tuve un paciente que había sido objeto de gran número de análisis inútiles basados en su ser falso y que había cooperado vigorosamente con su analista, que creía estar tratando con su ser verdadero. Una vez me dijo:

—La única vez que he sentido esperanza fue cuando usted me dijo que no veía ninguna esperanza y luego prosiguió el análisis.

Basándose en esto cabría decir que el ser falso (al igual que las proyecciones múltiples en fases posteriores del desarrollo) logra engañar al analista si éste no se da cuenta de que el ser falso, confundido con una persona en plenitud de fun-

ciones y por muy bien instaurado que esté, carece de algo: el elemento esencial constituido por la originalidad creadora.

A medida que pase el tiempo, se describirán muchos aspectos más de la aplicación de este concepto. Incluso puede que el mismo concepto deba ser modificado. Mi propósito al dar cuenta de esta parte de mi trabajo (que enlaza con el trabajo de otros analistas) obedece a que, en mi opinión, el moderno concepto de un ser falso que oculta a un ser verdadero *junto con la teoría de su etiología* es susceptible de surtir un efecto importante en la labor psicoanalítica. Que yo sepa, no entraña ningún cambio importante de la teoría básica.

## El cordel: Técnica de comunicación<sup>1</sup> (1960)

Un niño de siete años nos fue traído por sus padres al Departamento de Psicología de Paddington Green Children's Hospital en marzo de 1955. Los acompañaban los otros dos miembros de la familia: una niña de diez años, deficiente mental, y otra niña, bastante normal, de cuatro años. El caso me fue enviado por el médico de cabecera al haber observado una serie de síntomas que indicaban un trastorno de carácter en el muchacho. Debo decir que todos los detalles del caso que no tengan relación directa con el tema principal serán omitidos. Se sometió al muchacho a un test de inteligencia y se obtuvo un resultado de 108.

Primeramente tuve una larga entrevista con los padres, que hicieron una descripción clara del desarrollo del niño y de las deformaciones acaecidas en el mismo. Sin embargo, se olvidaron de un detalle importante que se puso de manifiesto al entrevistar al chico.

No era difícil ver que la madre era una persona depresiva, y ella misma dijo que había sido hospitalizada debido a la depresión. Por lo que me dijeron los padres supe que la madre cuidó del muchacho hasta los tres años y tres meses, momento en que nació la hermana. Aquella fue la primera separación importante; la siguiente se produjo cuando él contaba tres años y once meses y se debió a que la madre fue operada. Cuando el chico tenía cuatro años y nueve meses la madre pasó dos meses en un hospital mental y durante su estancia en él el niño estuvo al cuidado de una tía por parte

1. Publicado por primera vez en «Journal of Child Psychology and Psychiatry», 1, pp. 49-52.

materna. Por aquel entonces, todos quienes cuidaban del chico coincidían en que era difícil, aunque mostraba rasgos muy buenos. Estaba sujeto a súbitos cambios de humor y asustaba a la gente diciendo, por ejemplo, que iba a cortar en pedacitos a la hermana de su madre. Empezaron a desarrollarse en él multitud de síntomas curiosos tales como la compulsión a lamer cosas y gente; hacía ruidos guturales también compulsivamente; a menudo se negaba a hacer sus necesidades y luego se ensuciaba en cualquier sitio. Era evidente que la deficiencia mental de su hermana le causaba angustia, pero al parecer la deformación de su desarrollo había comenzado antes de que este factor se hiciera significativo.

Después de hablar con los padres, tuve una entrevista personal con el muchacho, en presencia de dos asistentes sociales psiquiátricos y de dos inspectores. De buenas a primeras el chico no daba la impresión de ser anormal y rápidamente se puso a jugar conmigo. (El juego consistía en dibujar una serie de líneas que el paciente debe interpretar; luego es él quien dibuja y yo quien interpreto.)

En este caso concreto el juego dio un resultado curioso. La pereza del muchacho se hizo inmediatamente visible y, además, casi todo lo que yo dibujaba era interpretado como algo relacionado con cordeles. Entre sus diez dibujos apareció lo siguiente:

un lazo corredizo, un látigo, un látigo corto,  
la cuerda de un yoyó,  
un cordel anudado,  
otro látigo corto,  
otro látigo.

Después de la entrevista con el muchacho, volví a hablar con los padres y les pregunté acerca de la preocupación que el chico sentía por el cordel. Se alegraron de que les hablase del asunto, que ellos no habían mencionado antes por no estar seguros de su significación. Me dijeron que el muchacho se había convertido en un obseso por todo lo que tuviera que ver con cordeles, cuerdas, etc. Añadieron que siempre que entraban en una habitación, se encontraban con que el chico había juntado todas las sillas y mesas que allí había; a veces se encontraban un cojín unido o conectado a la chimenea por medio de un cordel. Según ellos, esta obsesión del muchacho estaba dando paso gradualmente a un nuevo rasgo que los preocupaba seriamente en vez de causarles una inquietud normal. Recientemente, el chico había atado un cordel en

torno al cuello de su hermana (la que al nacer había causado la primera separación de la madre).

Yo sabía que en una entrevista de aquella clase las oportunidades de actuar eran limitadas, pero sabía también que no podría ver a los padres ni al muchacho más de una vez cada seis meses, ya que vivían en el campo. Así, pues, decidí actuar allí mismo y del modo siguiente: expliqué a la madre que su hijo se enfrentaba al temor de la separación, y que procuraba negar la separación recurriendo a la cuerda, del mismo modo que utilizamos el teléfono para negar la separación que hay entre nosotros y nuestros amigos. La madre se mostró escéptica, pero yo le dije que si llegaba a encontrar sentido en lo que yo le estaba diciendo, deseaba que abordase el tema con el muchacho cuando se presentase la ocasión; debía decirle a su hijo lo que yo le había dicho a ella, y entonces, según la respuesta del chico, ella debía desarrollar el tema de la separación.

No tuve noticias de aquella familia hasta que volvieron a visitarme, unos seis meses más tarde. La madre no me informó de lo que había hecho, pero yo la interrogué y me contó lo sucedido poco después de la primera visita. Mis palabras le habían parecido una tontería, pero una noche había abordado el tema ante el muchacho, comprobando lo ansioso que se hallaba él por hablar de su relación con la madre y de su temor a que se rompiera el contacto con ella. Con la ayuda del chico, la madre hizo un resumen de todas las posibles separaciones y, al ver las respuestas del chico, no tardó en convencerse de lo acertado de mis afirmaciones. Es más, a partir de aquella conversación, cesaron los juegos con cordeles. Se acabó el unir objetos como antes. Volvió a hablar del tema muchas veces más con el muchacho e hizo un comentario muy importante en el sentido de que la separación más prolongada había sido la pérdida sufrida por el chico cuando ella se sentía profundamente deprimida; según dijo, no se trataba solamente del alejamiento físico, sino de la falta de contacto debido a la total preocupación por otros asuntos que la embargaba.

Durante una entrevista posterior, la madre me dijo que al cumplirse un año de la primera conversación con el muchacho, se había producido un resurgimiento de los juegos con cordeles y del unir objetos en casa. En efecto, la madre esperaba ingresar en el hospital para someterse a una operación y le dijo al muchacho:

—Me doy cuenta por tus juegos con cordeles de que te

preocupa mi marcha de casa, pero esta vez estaré ausente sólo unos días y la operación no es nada importante.

Después de esta conversación cesó la nueva fase de juegos con cordel.

He seguido en contacto con esta familia, a la que he podido ayudar en diversos detalles de la escolarización del muchacho y otros asuntos. Ahora, transcurridos cuatro años desde la primera entrevista, el padre me informa de una nueva fase de la preocupación por los cordeles, motivada por la nueva depresión que aqueja a la madre. Esta fase duró dos meses y quedó resuelta al marchar toda la familia de vacaciones, al mismo tiempo que se producía una mejora en la situación (al encontrar trabajo el padre después de una temporada de desempleo). Fruto de esto fue cierta mejora en el estado de la madre. El padre me dio otro detalle más que resultaba interesante en relación con el tema. Durante esta fase reciente, el muchacho había interpretado algo, valiéndose de una cuerda, que al padre le había parecido significativo, dado que demostraba cuán íntimamente relacionadas estaban todas estas cosas y la angustia morbosa de la madre. Un día, al llegar a casa, se encontró al muchacho colgado de una cuerda, cabeza abajo. Su cuerpo estaba completamente flácido e interpretaba muy bien el papel de muerto. El padre comprendió que no debía hacerle caso, así que pasó media hora en el jardín ocupándose de algunas cosas; transcurrida la media hora, el muchacho empezó a aburrirse y dio por finalizado su juego. El hecho puso a prueba la falta de angustia del padre. Con todo, al día siguiente el muchacho hizo lo mismo, pero esta vez se colgó de un árbol del jardín que podía verse muy bien desde la ventana de la cocina. La madre salió corriendo, presa de un severo shock y convencida de que el chico se había ahorcado.

El detalle que les contaré ahora puede ser valioso para comprender el caso. Si bien este muchacho, que ahora tiene once años, se está desarrollando siguiendo la pauta de un «tipo duro», lo cierto es que su timidez es muy grande y muestra una gran facilidad para ruborizarse. Tiene unos ositos de trapo a los que considera niños de verdad, sin que nadie se atreva a decirle que son sólo juguetes. Les es muy fiel y muestra un gran efecto por ellos, e incluso les confecciona pantalones, para lo cual tiene que hacer delicadas labores de costura. Según su padre, el muchacho parece obtener un sentimiento de seguridad de esta «familia», a la que él sirve de madre. Cuando llegan visitas se apresura a meterlos a todos en la cama de su hermana, ya que ningún extraño debe saber que

tiene esta familia. Al lado de todo esto se registra cierta renuncia a defecar o, en su defecto, una tendencia a ahorrar excrementos. Por consiguiente, no es difícil adivinar que el chico experimenta una identificación maternal basada en su propia inseguridad con respecto a su madre, y que esto podría desarrollarse hasta la homosexualidad. Del mismo modo que la preocupación por los cordeles podría acabar siendo una perversión.

### Comentario

Me parece apropiado formular el siguiente comentario:

1. El cordel puede considerarse a guisa de extensión de todas las demás técnicas de comunicación. El cordel une del mismo modo que ayuda a envolver objetos y a sujetar material no integrado. En este sentido, el cordel tiene un significado simbólico para todo el mundo; así, su empleo exagerado es fácil que corresponda a un incipiente sentimiento de inseguridad o de falta de comunicación. En el caso concreto que acabamos de ver, es posible detectar la anormalidad en la utilización de cordel por parte del muchacho. Por consiguiente, es importante tratar de dilucidar qué cambio sería susceptible de transformar esta utilización en una perversión.

La tarea parece posible si tenemos en cuenta que la función del cordel consiste en pasar de la unión a una *negación de la separación*. En calidad de tal negación, el cordel pasa a ser algo en sí mismo, algo que presenta propiedades peligrosas y que debe ser dominado. En este caso parece ser que la madre actuó antes de que fuese demasiado tarde, cuando el empleo del cordel albergaba todavía cierta esperanza. Pero cuando no hay tal esperanza y el cordel representa la negación de la separación, sabemos que se ha producido un estado de cosas mucho más complejo, así como difícil de curar, debido a los beneficios secundarios que se derivan de la habilidad que se desarrolla siempre que es necesario manipular un objeto con el fin de dominarlo.

Así, pues, este caso resultará interesante si nos permite observar cómo se desarrolla una perversión.

2. El caso nos permite ver también de qué modo pueden utilizarse los padres. Cuando los padres son utilizables, su funcionamiento representa una gran economía, especialmente si se tiene presente que jamás habrá un número suficiente de psicoterapia para tratar todos los casos que necesitan cuidado. Nos encontramos ante una buena familia que habla

atravesado una temporada difícil debido a la falta de trabajo del padre; que había sabido aceptar plena responsabilidad en el cuidado de una niña retrasada a pesar de los tremendos inconvenientes, sociales y dentro de la misma familia, que entraña tal situación; y que había superado las fases críticas producidas por la enfermedad depresiva de la madre, incluyendo un período de hospitalización. Por fuerza tiene que haber una gran fortaleza en una familia capaz de todo esto, y precisamente en base a esta suposición se decidió invitar a los padres a encargarse de la terapia de su chico. Al ponerla en práctica, los mismos padres aprendieron mucho, si bien hubo que tenerlos informados de lo que estaban haciendo. Asimismo, les fue necesario que se apreciase su afortunada labor y que la totalidad del proceso fuese verbalizada. El hecho de haber ayudado a su hijo durante la enfermedad les ha dado confianza en su habilidad para solucionar las demás dificultades que surjan de vez en cuando.

#### • Resumen

Se ha realizado una somera descripción de un caso con el fin de ilustrar la compulsión a utilizar cordel que sentía un muchacho, primero en un intento de comunicarse simbólicamente con su madre pese al replegamiento de la misma durante una serie de fases depresivas; luego como negación de la separación. Como símbolo denegador de la separación, el cordel se convirtió en algo aterrador y que era necesario dominar, y entonces su utilización se pervirtió. En este caso la misma madre, debidamente asesorada por el psiquiatra, se encargó de la psicoterapia.

## Contratransferencia<sup>1</sup> (1960)

Lo que pretendo decir puede exponerse brevemente.

Creo que la palabra «contratransferencia» debería ser devuelta a su acepción originaria. Las palabras las podemos utilizar como nos plazca, especialmente si son artificiales como ésta. Naturalmente, una palabra como «ser» (*self*) sabe más que nosotros, dado que nos utiliza y nos manda. En cambio, «contratransferencia» es un término al que podemos esclavizar. Una ojeada a la literatura psicoanalítica me ha llevado a la conclusión de que esta palabra corre el riesgo de perder su identidad.

Ya es muy abundante lo que se ha escrito sobre el término en cuestión, y yo mismo he tratado de estudiarlo. En mi escrito *Hate in the Countertransference* (1947) —que trata principalmente del odio— dije que una de las aplicaciones de la palabra «contratransferencia» sería para describir «la anomalía de los sentimientos contratransferenciales, y las relaciones e identificaciones fijas que se hallan reprimidas en el analista. El comentario que ello suscita es que el analista necesita más análisis...»

Luego, para los fines de dicho escrito, daba otros dos significados posibles.

Una discusión que se base en los fallos de los análisis propios del analista forzosamente resultará inútil. En cierto sentido, esto pone fin al debate.

Sin embargo, cabe ampliar el significado de esta palabra y creo que todos estaremos de acuerdo en que lo ampliaremos

1. Presentado en la segunda parte de un simposio sobre la contratransferencia celebrado por la Sección Médica de la British Psychological Society, en Londres, el 25 de noviembre de 1959, y publicado por primera vez en el «British Journal of Medical Psychology», 33, pp. 17-21.

un poco para aprovechar esta oportunidad de examinar nuestro trabajo desde un ángulo nuevo. De todos modos, volveré a remitirme a esta idea que ya he expresado. Antes de proseguir, debo hacer referencia a una observación hecha por Michael Fordham al comenzar su escrito y en la que citaba a Jung protestando contra el concepto de que la transferencia es fruto de la técnica psicoanalítica y poniendo de relieve que se trata de un fenómeno general de índole transpersonal o social. Dejando aparte que desconozco el significado de «transpersonal», me parece que la deformación del término «transferencia» tal como fue introducido por Freud podría dar origen a confusión. La característica de la técnica psicoanalítica reside en el empleo de la transferencia y de la *neurosis de transferencia*. La transferencia no se reduce a una simple comunicación o relación, sino que concierne a la forma en que un fenómeno sumamente subjetivo aparece repetidamente durante el análisis. En gran medida el psicoanálisis consiste en disponer las condiciones que permitan el desarrollo de semejantes fenómenos, y en la interpretación de los mismos en el momento oportuno. La interpretación enlaza el fenómeno específico de transferencia con una parte o fragmento de la realidad psíquica del paciente, lo cual, en algunos casos, equivale a enlazar dicho fenómeno con un fragmento del pasado del paciente.

En un ejemplo típico, el paciente va llegando poco a poco a un sentimiento de suspicacia y odio en su relación con el analista, hecho en el que cabe ver una correlación con el peligro de encontrarse con otro paciente, o con las interrupciones debidas a los fines de semana o a las vacaciones. En el transcurso del tiempo, la interpretación da sentido a todo esto, pero no lo hace en términos del presente, sino atendiendo a la estructura dinámica de la personalidad del paciente. El resultado es que el paciente pierde esta neurosis de transferencia y empieza a elaborar otra. (A menudo el hecho no se realiza de forma tan clara, pero esta descripción bastará para explicar el principio básico.)

Michael Fordham (1960) nos dio un buen ejemplo de esto al hablar de la paciente que hacía preguntas. Al final la paciente dijo:

—Es usted como mi padre: nunca contesta a mis preguntas.

Con frecuencia el paciente habrá dado unas pistas que permitirán al analista hacer una interpretación fructífera, pero en este caso un fragmento de la interpretación, pequeño pero importante, corrió a cargo de la paciente. Sin duda el analista intervino seguidamente con una interpretación más completa.

Vale la pena que dedique tiempo a este particular, ya que si no nos ponemos de acuerdo sobre el término «transferencia» mejor será no hablar de la contratransferencia.

Por cierto, me permito recordarle al doctor Fordham que algunos de los términos que él emplea no tienen ningún valor para mí, ya que pertenecen a la jerga de Jung. En contrapartida, él podrá decirme cuáles son los términos míos que no le sirven para nada. Me refiero a: «transpersonal», «inconsciente transpersonal», «ideal analítico transpersonal», «arquetípico», «los componentes contrasexuales de la psique», «el ánimus y el ánima», «la conjunción ánimus-ánima».

Es imposible comunicarse conmigo mediante este lenguaje. Para algunos de los presentes en esta sala, estas palabras serán de uso corriente, mientras que para el resto no tienen ningún significado preciso.

Asimismo, debemos tener cuidado con el empleo de palabras cuya acepción varía según quien las utilice: «ego», «inconsciente», «ilusorio», «sintónico», «reaccionar sintómicamente», «análisis», etc.

Bien, ya puedo pasar al tema de los fenómenos de transferencia-contratransferencia y examinar lo que sucede en el trabajo profesional por lo general. El trabajo profesional difiere por completo de la vida corriente, ¿no creen?

Todo esto empezó con Hipócrates, posible fundador de la actitud profesional. El juramento hipocrático nos da la visión de un hombre o una mujer que constituye una versión idealizada del hombre o la mujer de la calle. Pero *así es como somos* cuando ejercemos nuestra profesión. En el citado juramento se incluye la promesa de no cometer adulterio con el o la paciente, lo cual representa el pleno reconocimiento de uno de los aspectos de la transferencia: la necesidad que tiene el paciente de idealizar a su analista, de enamorarse de él o de ella, de soñar.

Freud previó el desarrollo de toda una gama de fenómenos subjetivos dentro de la relación profesional; el análisis del propio analista era en efecto el reconocimiento de que el analista se encuentra *sometido a tensión al mantener una actitud profesional*. Es a propósito que empleo estas palabras. No estoy diciendo que el análisis del analista tenga por objeto librarlo de la neurosis; su finalidad estriba en incrementar la estabilidad de carácter y la madurez de la personalidad del analista, dado que ésta será la base de su trabajo profesional y de la habilidad para mantener una relación profesional.

Ni que decir tiene que la actitud profesional puede erigirse sobre las defensas, inhibiciones y la obsesión por el orden.



Sugiero que es justamente aquí donde el psicoterapeuta se encuentra especialmente sometido a tensión, debido a que *cualquier estructuración de sus defensas del ego disminuye su habilidad para enfrentarse con la nueva situación*. El psicoterapeuta (analista o psicólogo analítico) debe permanecer vulnerable y, pese a ello, conservar su papel profesional durante las horas de trabajo. Me imagino que es más fácil encontrar un analista profesional de buena conducta que un analista (de conducta igualmente buena) que conserve la vulnerabilidad propia de una organización defensiva flexible. (Fordham hace referencia a esta misma idea utilizando su propia terminología.)

Los fenómenos de transferencia se aplican mucho más en el psicoanálisis que en la asistencia social, por ejemplo: con ello el analista goza de una ventaja terapéutica sobre el asistente social; aunque es necesario no olvidar las ventajas que conserva el segundo, a quien el hecho de trabajar en relación con las funciones del ego del paciente coloca en mejor situación para enlazar las necesidades del ego individual con la provisión social. A menudo nos vemos enredados en esto que, como analistas, no es nuestra función.

Característicamente, en el análisis la neurosis de transferencia se deriva del id. En cuanto a la asistencia social, suponemos que, por ejemplo, el paciente afirma que el asistente social le recuerda a su madre. Bastará con que el asistente se lo crea, sin necesidad de hacer nada más. Al analista, en cambio, se le darán las pistas que le permitan interpretar no sólo la transferencia de sentimientos desde la madre hasta él, sino también los elementos instintivos inconscientes que hay debajo de ella, así como los conflictos que se suscitan y las defensas que se organizan. De esta manera el inconsciente empieza a tener un equivalente consciente y a convertirse en un proceso viviente en el que participan personas, así como a ser un fenómeno aceptable para el paciente.

Lo que se encuentra el paciente es con toda seguridad la actitud profesional del analista, y no los hombres y mujeres inestables que los analistas somos en nuestra vida particular.

Deseo hacer esta observación tajante en primer lugar, aunque más adelante modificaré lo que digo ahora.

Deseo manifestar que el analista en ejercicio se halla en un estado especial, es decir, que *su actitud es profesional*. Su trabajo lo lleva a cabo en un marco profesional. En dicho marco damos por sentado que el analista estará libre de trastornos de personalidad y carácter cuya intensidad sea tal que impida el mantenimiento de la relación profesional o que lo

haga posible únicamente a costa de la participación de unas defensas excesivas.

La actitud profesional se asemeja bastante al simbolismo en que presupone la existencia de una *distancia entre el analista y el paciente*. El símbolo se encuentra en un vacío entre el objeto subjetivo y el objeto percibido objetivamente.

Como verán, en este punto discrepo de una afirmación de Fordham, aunque un poco más adelante me mostraré de acuerdo con él. Esta afirmación de Fordham es la siguiente: «El [Jung] compara la relación analítica con una interacción química y prosigue diciendo que el tratamiento no puede "mediante dispositivo alguno [...] ser otra cosa que el producto de la influencia mutua en la que interpretan un papel tanto el ser total del doctor como el del paciente"». Más adelante pone mucho énfasis en la futilidad de que el analista alee unas defensas de índole profesional para resguardarse de la influencia del paciente, y prosigue diciendo: «Con ello lo único que hace es negarse a sí mismo el uso de un órgano informativo sumamente importante.»

En lo que a mí respecta, preferiría que se me recordase como mantenedor de la idea de que entre el paciente y el analista se halla la actitud profesional de éste, su técnica, *el trabajo que hace con su mente*.

Ahora les digo esto sin temor porque no soy un intelectual y porque, de hecho, personalmente hago mi trabajo partiendo en gran medida del ego corporal, por decirlo así. Pero me veo a mí mismo realizando la labor analítica mediante un esfuerzo mental ligero pero consciente. Las ideas y los sentimientos acuden a la mente, pero son sometidas a un minucioso examen y selección antes de proceder a la interpretación. Eso no quiere decir que los sentimientos queden excluidos. Por una parte, puede que me duela el estómago sin que por lo general ello afecte mis interpretaciones; y, por otra parte, tal vez alguna idea manifestada por el paciente me estimule erótica o agresivamente, sin que tampoco este factor suela afectar a mi trabajo interpretativo, lo que digo, cómo lo digo y cuándo lo digo.

El analista se muestra objetivo y consecuente durante la sesión, sin pretender obrar como salvador, maestro, aliado o moralista. En este sentido, la importancia del análisis del propio analista reside en que fortalece su propio ego de manera que pueda permanecer *profesionalmente* comprometido sin sufrir una tensión excesiva.

En la medida en que todo esto sea cierto, el significado de la palabra «contratransferencia» no puede ser otro que «los

rasgos neuróticos que estropean la actitud profesional y que desbaratan la marcha del proceso analítico tal como lo determina el paciente».

En mi opinión, así es con una salvedad referente al tipo de diagnóstico del paciente. Quisiera describir ahora las clases de diagnóstico que, a mi modo de ver, alteran todo el problema y me hacen pensar que ojalá estuviera de acuerdo con la afirmación de la que acabo de discrepar. El tema podríamos titularlo «el papel del analista»; papel que debe variar de acuerdo con el diagnóstico del paciente. Ninguno de los dos conferenciantes hemos tenido tiempo suficiente para hacer referencia, salvo de forma somera, a la cuestión del diagnóstico (aunque Fordham citó a Jung: «Está claro, sin embargo, que él está seguro de que el paciente es capaz de afectar drásticamente al analista y que eso puede inducir en él manifestaciones patológicas. Afirma que así sucede de forma especial en el tratamiento de casos de esquizofrenia límite; y Jung desarrolla este tema de manera interesante.»)

Estoy hablando, por tanto, desde un ángulo distinto, lo cual se debe a que me estoy refiriendo al gobierno y tratamiento de casos límite para los cuales la palabra «psicóticos» es más apropiada que la palabra «neuróticos». Pero sucede que la inmensa mayoría de las personas que acuden a que las psicoanalicemos no son psicóticas; así, pues, es necesario que a los estudiantes se les enseñe primero el análisis de los casos no psicóticos.

Tal vez esperan que emplee palabras como «psiconeurosis», «psicosis», «histeria», «trastorno afectivo» y «esquizofrenia», pero no lo haré al clasificar los casos con vistas al tema que nos ocupa.

A mí me parece que son dos los tipos de casos que alteran por completo la actitud profesional del terapeuta. Uno lo representa el paciente aquejado de una *tendencia antisocial*, y el otro el paciente que *necesita una regresión*. El primero, el paciente de tendencia más o menos antisocial, se encuentra en estado permanente de reacción ante una privación. El terapeuta se ve obligado por la enfermedad del paciente, o por la parte de esperanza que hay en ella, a corregir constantemente la falta de apoyo del ego que alteró el curso de la vida del paciente. Lo único que, aparte de quedar atrapado, puede hacer el terapeuta es utilizar lo que sucede para tratar de llegar a un planteamiento preciso de la privación o privaciones originarias, tal y como fueron percibidas y sentidas por el paciente en la infancia. Para esto hay que ver si es o no necesario trabajar con el inconsciente del paciente. El terapeuta

que se dedique por entero al tratamiento de pacientes con tendencia antisocial no se hallará en buena situación para entender la técnica psicoanalítica, el funcionamiento de la transferencia y la interpretación de la neurosis de transferencia. Tratamos siempre de no dar casos antisociales a los estudiantes de psicoanálisis, debido precisamente a que es imposible enseñar el psicoanálisis partiendo de tales casos. Es mejor tratarlos con otros procedimientos, si bien a veces el psicoanálisis constituye un valioso complemento del método empleado. Dejaré de lado cualquier otra consideración de la tendencia antisocial.

En el otro tipo de paciente a que he hecho referencia, la regresión se hará necesaria. Si se pretende producir un cambio significativo, el paciente tendrá que atravesar una fase de dependencia infantil. Tampoco en este caso es posible enseñar el psicoanálisis, si bien se puede poner en práctica una versión modificada del mismo. La dificultad estriba aquí en el diagnóstico, en localizar la falsedad de la personalidad, falsedad que oculta al inmaduro ser verdadero. Si se quiere que este ser verdadero que se halla oculto entre en posesión de lo suyo, no habrá más remedio que provocar el colapso del paciente como parte del tratamiento, con la consiguiente necesidad por parte del analista de hacer de madre del niño en que se habrá convertido el paciente. Esto equivale a aportar apoyo del ego en gran escala. El analista tendrá que permanecer orientado hacia la realidad externa mientras, de hecho, se halla identificado con el paciente, incluso fusionado con él. El paciente debe encontrarse en estado de suma dependencia, incluso de dependencia absoluta, incluyendo los casos en que una parte sana de la personalidad actúe como aliada del analista desde el principio y, de hecho, le diga cómo debe comportarse.

Habrán observado que estoy utilizando una fraseología que está de acuerdo con la empleada por Fordham.

También en este aspecto cabe decir que los analistas que tratan principalmente a pacientes en estado de plena dependencia se exponen a no comprender ni aprender la técnica psicoanalítica, dado que ésta se basa en los trabajos realizados con la inmensa mayoría de pacientes, es decir, con aquellos cuya propia dependencia infantil fue gobernada con éxito por sus madres y padres. (Resulta imposible exagerar la importancia de este hecho: la mayoría de las personas, de ser sometidas a análisis, necesitan de la clásica técnica psicoanalítica, con la actitud profesional del analista colocado entre él y el paciente.)

*Per contra*, el analista clásico, el que ha aprendido su profesión y confía en su habilidad para contender con la neurosis de transferencia a medida que se va desarrollando y una y otra vez se manifiesta, tiene mucho que aprender de aquellos que cuidan y tratan de aplicar la psicoterapia a los pacientes que necesitan atravesar las fases de desarrollo emocional que, en justicia, son propias de la primera infancia.

Así, pues, partiendo desde este ángulo distinto, con el paciente diagnosticado como psicótico esquizofrénico, y la transferencia dominada por la necesidad del paciente de una regresión a la dependencia infantil, me veo en situación de unirme a muchas de las observaciones del doctor Fordham; si bien creo que, por falta de tiempo, el doctor Fordham no las enlazó como es debido con la clasificación de los pacientes.

Los casos límite de psicosis atraviesan gradualmente los obstáculos que para mí son la técnica del analista y la actitud profesional, estableciendo por la fuerza una relación directa de tipo primitivo, llegando incluso a la fusión. Como ya he dicho, esto lo lleva a cabo gradualmente, de manera ordenada, por lo que la recuperación se efectúa también ordenadamente, salvo en las ocasiones en que forme parte de la enfermedad el que el caos, tanto interior como exterior, ocupe un lugar de suprema predominancia.

Al adiestrar a los psicoanalistas y demás debemos evitar que el estudiante se coloque en una posición que lo relacione con las necesidades primitivas de los pacientes psicóticos, ya que pocos serán capaces de resistirlo y pocos podrán aprender algo de tal experiencia. Por el contrario, en una práctica psicoanalítica bien organizada, hay cabida para algunos pacientes que por la fuerza irrumpen en el otro lado de la barrera profesional; me refiero a los pacientes que hacen esas pruebas y exigencias especiales que, al parecer, incluimos en el término «contratransferencia». Podría muy bien abordar el tema de las respuestas del analista. A decir verdad, me resulta difícil pasar por alto la oportunidad de hablar de la gran variedad de cosas que he tenido ocasión de experimentar y que enlazan con las ideas propuestas por el doctor Fordham. Así, por ejemplo, una vez una paciente me pegó. Mi respuesta, por supuesto, es impublicable. No fue una interpretación, sino una reacción ante determinado acontecimiento. La paciente atravesó la barrera profesional que nos separaba y se hizo con un fragmento de mi realidad, y creo que el fragmento le pareció también real a ella. Pero una reacción no es lo mismo que la contratransferencia.

¿No sería mejor, al llegar a este punto, *dejar que el término «contratransferencia» volviese a significar* aquello que nosotros esperamos eliminar mediante la selección, el análisis y el entrenamiento de los analistas? Entonces quedaríamos libres para discutir las múltiples cosas interesantes que pueden hacer los analistas con los pacientes psicóticos inmersos en un estado temporal de regresión y dependencia y a los que podríamos aplicar este término de Margaret Little: la respuesta total del analista a las necesidades del paciente. Sea al amparo de este título o de otro parecido, hay mucho que decir acerca del uso que el analista puede hacer de sus propias reacciones, conscientes e inconscientes, ante el impacto del paciente psicótico, o de la parte psicótica del mismo, sobre su ser (el del analista), así como acerca del efecto que esto tiene sobre la actitud profesional del analista. Soy uno de los que ya han escrito un poco y hablado mucho de este tema, que interesa por igual a los partidarios de Jung y de Freud. Esta podría ser la base para futuras discusiones, en realidad debe serla, pero me temo que sólo la confusión se logrará si se trata de extender, para que abarque todo esto, la palabra que da título a este simposio: *contratransferencia*.

## Capítulo séptimo

# Los designios del tratamiento psicoanalítico<sup>1</sup> (1962)

Al practicar el psicoanálisis mi propósito consiste en mantenerme:

vivo,  
sano,  
despierto.

Es decir, trato de ser yo mismo y de comportarme bien. Una vez empezado un análisis, pretendo seguir con él, sobrevivir a él y terminarlo.

Disfruto analizando y siempre espero con ilusión el final de cada análisis. El análisis por el análisis no significa nada para mí. Yo analizo porque eso es lo que el paciente necesita. Si el paciente no necesita un análisis, entonces hago otra cosa.

Por lo general el analista se pregunta hasta dónde puede llegar, *cuánto* le está permitido hacer. En contraste, el lema de mi clínica consiste en saber con *cuán poco* bastará.

Sea como fuere, éstas son cuestiones superficiales. Veamos cuáles son los designios más profundos, qué es lo que se lleva a cabo en ese marco profesional preparado y mantenido con tanto cuidado.

Siempre me adapto un poco a lo que el individuo espera al principio. Sería inhumano no hacerlo así. Sin embargo,

1. Presentado ante la British Psycho-Analytical Society, el 7 de marzo de 1962.

en ningún instante deo de maniobrar en pos de la posición que me permita hacer un análisis con todas las de la ley. Ahora bien, lo que debo tratar de hacer ahora es explicar qué entiendo yo por *un análisis con todas las de la ley*.

Para mí significa comunicarse con el paciente desde la posición en que me coloque la neurosis (o psicosis) de transferencia. En tal posición se hallan presentes en mí algunas de las características de un fenómeno transicional, dado que, si bien represento el principio de realidad y soy yo quien debe estar atento al reloj, no por ello deo de ser un objeto subjetivo para el paciente.

La mayor parte de cuanto hago consiste en una verbalización de lo que el paciente pone a mi disposición en una sesión concreta. Las interpretaciones las hago por dos motivos:

1. De no hacer ninguna, el paciente se lleva la impresión de que lo entiendo todo. Dicho de otra manera: al no acabar de dar en el blanco, incluso al equivocarme, conservo cierta cualidad externa.

2. La verbalización hecha exactamente en el momento preciso moviliza las fuerzas intelectuales. Sólo es desaconsejable poner en marcha los procesos intelectuales cuando los mismos estén seriamente disociados del ser psicósomático. Mis interpretaciones son económicas, al menos eso espero. Me basta con una interpretación por sesión si se refiere al material aportado por la cooperación inconsciente del paciente. Mi método consiste en decir una cosa, a veces en dos o tres partes. Jamás utilizo oraciones largas, a no ser que esté muy cansado. Si me encuentro próximo al agotamiento, me pongo a enseñar. Además, opino que una interpretación que contenga la palabra «además» representa una sesión didáctica.

El material de los procesos secundarios se aplica al de los procesos primarios, a modo de aportación al crecimiento y a la integración.

¿Qué me trae hoy el paciente? Eso depende de la cooperación inconsciente que se establezca en el momento de la primera interpretación mutativa, o tal vez antes. Resulta axiomático que la labor analítica la haga el paciente y que se la denomine «cooperación inconsciente». En ella se incluyen los sueños, su recuerdo y su narración al analista de manera que le resulten útiles.

La cooperación inconsciente es lo mismo que la resistencia, pero ésta corresponde a un elemento negativo de la transferencia. Al analizar la resistencia se pone en libertad la cooperación propia de los elementos positivos de la transferencia.

Aunque el psicoanálisis puede resultar infinitamente complejo, creo posible decir algunas cosas sencillas acerca de mi trabajo. Una de ellas es que en la transferencia espero encontrar cierta tendencia hacia la ambivalencia y en dirección opuesta a los mecanismos, más primitivos, de escisión, introyección, proyección, represalias objetales, desintegración, etc. Sé que estos mecanismos primitivos son universales y que están dotados de un valor positivo, pero lo cierto es que constituyen defensas hasta donde debiliten el lazo directo con el objeto a través del instinto, así como a través del amor y del odio. Al final de la interminable serie de ramificaciones en términos de fantasía hipocondríaca y manía persecutoria el paciente tiene un sueño que dice: «Te como.» He aquí una simplicidad absoluta como la del complejo de Edipo.

La simplicidad absoluta es sólo posible a modo de «propina» sobre el fortalecimiento del ego conseguido mediante el análisis. Me gustaría hacer una referencia especial a esto, pero antes debo poner de relieve que en muchos casos el analista desplaza unas influencias ambientales que son patológicas, y entonces podemos ver claramente cuándo nos hemos convertido en los representantes modernos de la figura de los padres propia de la niñez y primera infancia del paciente, y cuándo, por el contrario, nos hallamos desplazando tales figuras.

En tales casos nos damos cuenta de que estamos afectando al ego del paciente en tres fases:

- a) Contamos con cierta fuerza del ego en las primeras fases del análisis, debido al apoyo que damos al ego simplemente por el hecho de realizar un análisis como es debido. Eso corresponde al apoyo del ego aportado por la madre y que (según mi teoría) fortalece el ego del niño siempre y cuando la madre sepa desempeñar su especial papel en aquel momento. Se trata de algo temporal y propio de una fase especial.

- b) Sigue luego una larga fase durante la cual la confianza que siente el paciente con respecto al proceso analítico trae consigo toda una serie de experiencias (por parte del paciente) en términos de independencia del ego.

c) En la tercera fase el ego del paciente, ya independizado, empieza a mostrar y a afirmar sus propias características individuales, al mismo tiempo que el paciente comienza a considerar natural el sentimiento de existir por derecho propio.

Es esta integración del ego la que me preocupa y satisface de manera especial (aunque no deba existir sólo para mi satisfacción). Con todo, resulta muy agradable ver cómo el paciente es progresivamente capaz de reunir todas las cosas dentro del campo de su omnipotencia, sin ni siquiera excluir los verdaderos traumas.

La fuerza del ego produce un cambio clínico en dirección al aflojamiento de las defensas, que pasan a ser empleadas y desplegadas más económicamente, con el resultado de que el individuo deja de sentirse atrapado en la enfermedad; en vez de ello, se siente libre, aunque no desaparezcan los síntomas. Resumiendo: vemos cómo se produce un crecimiento y un desarrollo emocional que estaban bloqueados en la situación originaria.

¿Qué decir acerca del análisis modificado?

Hay ciertas condiciones que he aprendido a reconocer y que, cuando se presentan, hacen que me encuentre trabajando más como psicoanalista que en calidad de ejercitante de un análisis con todas las de la ley. Estas condiciones son las siguientes:

- a) Cuando el temor a la locura domina todo lo demás.
- b) Cuando el ser falso ha salido triunfante y será necesario destruir la fachada de éxito y brillantez que ha creado si se pretende que el análisis salga bien.
- c) Cuando la tendencia antisocial del paciente —ya sea en forma de agresión, de robo, o ambas cosas a la vez— constituya el legado de una privación.
- d) Cuando no haya vida cultural, solamente una realidad psíquica interna y una relación con la realidad externa (hallándose ambas relativamente desligadas la una de la otra).
- e) Cuando la figura paterna o materna que domina la situación está enferma.

Estos y otros muchos patrones de enfermedad son los que inmediatamente despiertan mi interés. Lo esencial reside en que mi trabajo parte del diagnóstico y que, sobre la marcha, sigo haciendo un diagnóstico del individuo y otro social. Puedo afirmar categóricamente que hago mi trabajo

atendiendo al diagnóstico. En este sentido, recorro al psicoanálisis cuando el diagnóstico indica que el individuo en cuestión, situado en su medio ambiente, necesita del psicoanálisis. Incluso podría tratar de poner en marcha una cooperación inconsciente cuando no hay un deseo consciente de análisis. De todos modos, lo normal es que el análisis se aplique a quienes lo desean, lo necesiten y son capaces de resistirlo.

Las veces en que me encuentro ante un caso distinto, adopto el papel del psicoanalista que está satisfaciendo (o tratando de hacerlo) las necesidades de este caso concreto. Creo que esta clase de trabajo no analítico suelen hacerlo óptimamente los analistas versados en la técnica psicoanalítica normal.

Para finalizar quisiera decir lo siguiente:

He basado mi exposición en el supuesto de que todos los analistas son iguales en la medida en que son esto: analistas. Pero lo cierto es que no lo son. Yo mismo no soy igual ahora que hace veinte o treinta años. No hay ninguna duda de que algunos analistas trabajan mejor en la más sencilla y dinámica de las áreas: aquella en que el conflicto entre el odio y el amor, con todas sus ramificaciones en la fantasía consciente e inconsciente, constituye el principal problema. Otros analistas trabajan igualmente bien, o mejor, cuando tienen ocasión de enfrentarse a mecanismos mentales más primitivos en el marco de la neurosis o la psicosis de transferencia. De esta manera, interpretando las represalias de los objetos parciales, proyecciones e introyecciones, las angustias hipcondríacas y paranoides, los ataques a las asociaciones, los trastornos del pensamiento, etc., amplían su campo de operaciones al igual que la gama de casos que pueden tratar. Se trata de un análisis basado en la investigación, y su único riesgo estriba en que las necesidades del paciente en términos de dependencia infantil se pierdan en el transcurso de la actuación del analista. Naturalmente, a medida que vamos adquiriendo confianza en la técnica normal o clásica en virtud de su aplicación a los casos apropiados, nos sentimos inclinados a creernos capacitados para tratar casos límite sin desviarnos de dicha técnica. A decir verdad, no veo por qué no deberíamos intentarlo, especialmente si tenemos en cuenta la probabilidad de que el diagnóstico cambie en favor nuestro a resultados de nuestro trabajo.

A mi modo de ver, los designios que perseguimos al poner en práctica la técnica clásica no sufren alteración alguna si se da la circunstancia de que estemos interpretando meca-

nismos mentales propios de los trastornos de tipo psicótico y de las etapas primitivas del desarrollo emocional del individuo. Si nuestro propósito sigue siendo la verbalización de la conciencia naciente en términos de la transferencia, entonces estaremos ejerciendo el análisis; si no es así, seremos analistas que practican alguna otra cosa que creemos apropiada al caso. ¿Y por qué no iba a ser así?

## Capítulo octavo

### Mi punto de vista personal sobre la aportación kleiniana<sup>1</sup> (1962)

Al explorar el tema de manera ajena a los escritos de Freud se habrán encontrado ustedes con los nombres de otros analistas importantes que han efectuado una aportación original a este campo, aportación que ha sido aceptada universalmente. Así, se habrán encontrado con el nombre de Anna Freud, que ocupó un lugar singular en la vida de su padre durante sus últimos veinte años, cuidándole en la enfermedad y dando muestras de gran entereza. Cuando menos tendrán conocimiento del clásico resumen de la teoría psicoanalítica que Anna Freud publicó con el título de *Ego and the Mechanisms of Defence* (1936). En todo caso, Anna Freud ha ejercido una inmensa influencia sobre el modo en que el psicoanálisis se ha desarrollado en los Estados Unidos; asimismo, a su estimulante interés por los trabajos ajenos hay que agradecerle la publicación de numerosas investigaciones de otros analistas.

Ahora bien, la importancia de Anna Freud no fue tan grande en Inglaterra como en los Estados Unidos, debido sencillamente al gran desarrollo experimentado por el psicoanálisis en Londres durante los veinte años que siguieron al final de la Primera Guerra Mundial, antes de que Anna Freud viniese aquí con su padre, huyendo de la persecución nazi. Fue durante ese período que empecé a echar raíces en el

1. Conferencia dada ante los aspirantes de Los Angeles Psychoanalytic Society, el 3 de octubre de 1962.

psicoanálisis, por lo que tal vez les interesará oír de mis labios algo sobre el terreno en que me hallaba plantado.

Verán, se produjo una polémica Melanie Klein-Anna Freud, sin que de hecho se haya resuelto aún. Sin embargo, el hecho no tuvo importancia para mí en aquellos años de aprendizaje, y ahora sólo me parece importante en la medida en que obstaculice la libertad de pensamiento. De hecho, Melanie Klein y Anna Freud se relacionaron en Viena, aunque esto no significa nada para mí.

Desde mi punto de vista, el psicoanálisis en Inglaterra era un edificio cuyos cimientos se llamaban Ernest Jones. Si alguien se ganó mi gratitud, ese alguien fue Ernest Jones; además, fue a Jones a quien acudí en busca de ayuda en 1923. Él me puso en contacto con James Strachey, a quien frecuenté en busca de análisis durante diez años, pero siempre fui consciente de que la existencia de un Strachey y de una British Psycho-Analytical Society se debían a Jones.

Así, pues, llegué al psicoanálisis sin saber nada de los conflictos de personalidad entre los diversos analistas; lo único que sabía era que había una forma efectiva de lograr ayuda para mis propias dificultades.

Por aquel entonces yo iniciaba mi carrera de pediatra consultor y podrán imaginarse la emoción que sentía al ver que en los innumerables casos que trataba en los hospitales los padres de los pacientes —personas por lo general no instruidas— confirmaban todas las teorías psicoanalíticas que empezaban a significar algo para mí a través de mi propio análisis. No había entonces ningún otro analista que fuese también pediatra, así que, durante dos o tres decenios, yo fui un fenómeno aislado.

Saco a colación estos hechos porque al ser pediatra y tener además el don de hacer que las madres me hablasen de sus hijos y de las primeras manifestaciones de sus trastornos, no tardé en quedar atónito tanto al ver de qué modo el psicoanálisis permitía una perfecta comprensión de lo que se ocultaba en la vida de los pacientes infantiles como al darme cuenta de cierta deficiencia de la teoría psicoanalítica que ahora les describiré. Corrían los años veinte y parecía que todo tuviese su origen en el complejo de Edipo. El análisis de las psiconeurosis conducía una y otra vez a las angustias propias de la vida instintiva en el período comprendido entre los cuatro y cinco años de edad y referentes a la relación del niño con la pareja padre y madre. Las dificultades anteriores que salían a la luz pasaban a ser tratadas como regresiones a puntos pregenitales de fijación, pero la dinámi-

ca procedía del conflicto suscitado en la fase de plena vigencia del complejo de Edipo en la edad en que el pequeño da los primeros pasos; es decir, poco antes de que el complejo en cuestión quede superado y se inicie el período de latencia. Ahora bien, los incontables casos que pasaban por mi consultorio demostraban que los niños aquejados de algún trastorno psiconeurótico, psicótico, psicósomático o antisocial, ya daban señales de padecer alguna anomalía de su desarrollo emocional durante la primera infancia, incluso cuando sólo eran unos bebés. Cabía incluso que los niños paranoides hipersensibles ya hubiesen caído en esta clasificación durante las primeras semanas, incluso días, de la vida. En alguna parte había algo que no funcionaba. Cuando empecé a aplicar el tratamiento psicoanalítico a niños, pude confirmar que el origen de la psiconeurosis se hallaba en el complejo de Edipo, pero, así y todo, sabía que los problemas empezaban antes.

A mitad del decenio, empecé a mostrar tímidamente mis escritos a algunos colegas. Se trataba de trabajos de tanteo en los que trataba de llamar la atención sobre estos factores. Finalmente, mi punto de vista quedó expuesto en un ensayo (1936) que titulé *Appetite and Emotional Disorder*. En él daba ejemplos de los casos clínicos a los que fue necesario ajustar de algún modo con la teoría de que los conflictos individuales surgían del complejo de Edipo. Los bebés eran susceptibles de estar emocionalmente enfermos.

Fue un momento muy importante en mi vida aquel en que mi analista hizo un alto en su labor para hablarme de Melanie Klein. Él estaba enterado de mi tarea de recopilación de casos clínicos, así como de mis intentos de aplicar los resultados de mi propio análisis al tratamiento de los niños que acudían a mi consultorio con toda clase de trastornos pediátricos. Yo había investigado muy en especial los casos de niños que sufrían pesadillas. Strachey me dijo que, dado que estaba aplicando la teoría psicoanalítica a mis pacientes infantiles, alguien debería presentarme a Melanie Klein. Jones se las había ingeniado para hacerla venir a Inglaterra con el fin de ocuparse de un análisis por el que Jones sentía especial interés. Strachey añadió que Klein sostenía unos postulados que podían o no ser ciertos y que yo debía averiguarlo por mí mismo, ya que del análisis que él me estaba haciendo yo no iba a aprender ninguna de las cosas que enseñaba Melanie Klein.

Por consiguiente, fui primero a escucharla y después la visité. Me encontré con una analista que tenía mucho que



decir sobre las angustias propias de la primera infancia, de manera que me puse a trabajar bajo su asesoramiento. Le presenté la relación detallada de un caso y ella tuvo la amabilidad de leerla de cabo a rabo. Y así fue como, partiendo de aquel análisis prekleiniano, basado en los conocimientos adquiridos mediante el análisis que Strachey me estaba haciendo, me dispuse a aprender un poco de lo muchísimo que Klein ya sabía.

La tarea no me fue fácil, ya que de la noche a la mañana pasaba de ser pionero en una materia a discípulo de alguien que también lo era en la suya. Melanie Klein era una profesora dotada de gran generosidad, y yo me conté entre los afortunados por el hecho de ser su alumno. Recuerdo que una vez acudí para hacerle una consulta y me encontré con que no recordaba nada del trabajo hecho durante toda una semana. Su reacción se limitó sencillamente a contarme uno de sus propios casos.

Así, pues, me encontraba aprendiendo psicoanálisis de Melanie Klein, y los demás profesores empezaban a parecerme relativamente rígidos. Entre otras cosas ella tenía una memoria pasmosa. El sábado por la noche podía, si lo deseaba, repasar detalladamente todo el trabajo hecho durante la semana con cada uno de sus pacientes, sin consultar nota alguna. Recordaba mis casos y mi material analítico mejor que yo mismo. Más adelante me confió el análisis de una persona muy allegada y querida por ella, aunque debo poner de relieve que nunca realizó mi análisis, por lo que no me encuentro en el grupo de kleinianos escogidos.

Ahora debo tratar de especificar lo que obtuve de Melanie Klein. Es difícil por cuanto a la sazón yo trabajaba simplemente con el material de mis casos y de otros que ella me relataba y, por tanto, no tenía idea de que lo que se me estaba enseñando era sumamente original. Lo cierto es que tenía sentido y enlazaba los detalles de mis casos con la teoría psicoanalítica.

Para Melanie Klein el análisis de niños era exactamente igual al de adultos. Eso nunca representó un problema desde mi punto de vista, dado que yo empecé con la misma convicción, que sigo conservando. El concepto de un período de preparación es propio del tipo de caso que vaya a analizarse, no de una técnica establecida para el análisis de niños.

Melanie Klein utilizaba una serie de juguetes muy pequeños que yo encontré muy valiosos, ya que eran fáciles de manejar y se adaptaban de modo especial a la imaginación infantil. Representaban algo más útil que una simple charla

y que el dibujo que yo había empleado siempre y que debía conservar para poder consultar las características del caso en un momento dado.

Melanie Klein sabía cómo convertir la realidad psíquica interior en algo muy real. Para ella, el modo de jugar del niño constituía una proyección de la realidad psíquica del pequeño, localizada dentro del ser y del cuerpo por el mismo niño.

De esta manera me acostumbré a considerar que la manipulación de los juguetitos y otros juegos especiales y circunscritos representaban una visión del mundo interior del niño, y comprobé que es posible afirmar que la realidad psíquica es «interior», dado que pertenece al concepto que el niño tiene de sí mismo como poseedor de un interior que forma parte del ser y de un exterior que es un «no yo» y que se ve repudiado.

Había así una estrecha conexión entre los mecanismos mentales de introyección y la función de comer. Asimismo, la proyección estaba relacionada con las funciones excretoras del cuerpo: saliva, sudor, heces, orines, chillidos, pataleos, etc.

Así, pues, el material analizable tenía que ver con la relación objetal del niño o con los mecanismos mentales de introyección y proyección. Además, al hablar de relaciones objetales era posible referirse a objetos tanto internos como externos. Por tanto, el niño crecía en un mundo y ambos, el niño y el mundo, se veían constantemente enriquecidos por la proyección y la introyección. Sin embargo, el material proyectivo e introyectivo tuvo una prehistoria, dado que en esencia lo que hay en el niño y es suyo fue en primer lugar tomado en relación con la función corporal de comer. De esta manera, mientras resultaba posible analizar indefinidamente en términos de proyección e introyección, los cambios se producían en relación con la función nutritiva, es decir, con el erotismo y sadismo orales.

Por consiguiente, cuando después de un fin de semana o de las vacaciones el niño mordía con saña durante la transferencia, se producía el fortalecimiento de los objetos internos de índole persecutoria. A causa de eso, el niño se veía aquejado por un dolor, o amenazado desde dentro, vomitaba, etc.; o bien la amenaza provenía de los mecanismos de proyección desde el exterior, con la aparición de fobias, fantasías amenazadoras en el sueño o en estado de vigilia, suspicacias, etc.

Fue así como se abrió ante mí un mundo lleno de riquezas analíticas en el que una y otra vez el material de mis casos

confirmaba las teorías. Al final acabé por tomarlo todo como cosa natural. En todo caso, estas ideas se hallan bosquejadas en *Mourning and Melancholia* por Freud (1917); y Abraham (1916) abrió un camino que su discípula, Melanie Klein, se encargó de ir jalonando gozosamente.

Lo importante para mí era que, si bien no se perdía ni un ápice de la fuerza del complejo de Edipo, lo cierto es que se estaba trabajando sobre la base de las angustias derivadas de los impulsos pregenitales. En los casos de psiconeurosis más o menos pura, el material pregenital era regresivo y la dinámica era propia de los cuatro años de edad; no obstante, en muchos casos se hallaban presentes una enfermedad y una organización defensiva correspondientes a fases más precoces y, además, eran numerosos los niños que no llegaban a algo tan saludable como es el complejo de Edipo en la edad de los primeros pasos.

En el segundo caso que vi con motivo de mi adiestramiento, a principios del decenio de los treinta, tuve la suerte de que la enfermedad (anorexia) de mi paciente, una niña de tres años, apareciera en su primer cumpleaños. El material de análisis era edípico, con reacciones ante la escena originaria, sin que en modo alguno se tratase de una paciente psicótica. Además, la paciente se puso bien y actualmente está casada y criando su propia familia. Pero su complejo de Edipo empezó al cumplir el primer año, con motivo de sentarse a la mesa con sus padres por primera vez. La niña, que anteriormente no había presentado ningún síntoma, alargó la mano hacia los alimentos, miró solamente a sus padres y retiró la mano. Así es como empezó una grave anorexia: exactamente al año de edad. En el material de análisis la escena originaria aparecía bajo la forma de una comida; a veces los padres se comían a la niña y otras veces, por contra, era la niña quien volcaba la mesa (cama) y destruía toda la situación. Su análisis terminó a tiempo para que pudiese tener un complejo de Edipo genital antes del comienzo del período de latencia.

Con todo, ése fue un caso anticuado. El método de Melanie Klein me permitió trabajar con los conflictos, angustias y defensas primitivas infantiles tanto si el paciente era un niño como un adulto; gradualmente fue arrojando luz sobre la teoría de la depresión reactiva (iniciada por Freud) y sobre la teoría según la cual ciertos estados anímicos se caracterizan por el temor a la persecución, dando sentido a aspectos como la alternancia clínica entre la hipocondría y la

manía persecutoria, así como entre la depresión y la defensa obsesiva.

Durante todo el tiempo que estuve trabajando con Klein no encontré ninguna variación con respecto a la aplicación estricta de las técnicas freudianas. Se evitaba cuidadosamente el salirse del papel del analista, y las interpretaciones eran principalmente de transferencia. Eso me pareció natural, ya que mi propio analista era estrictamente ortodoxo. (Más adelante tuve un segundo analista: la señora Joan Riviere.)

Con lo que sí me encontré fue con una comprensión muy enriquecida del material presentado. Lo que me pareció especialmente valioso fue el estar en situación de localizar el elemento de realidad psíquica, interna o externa, y de liberarme del uso del término «fantasía más débil».

Al trabajar siguiendo las pautas kleinianas, uno llegaba a comprender esa fase compleja del desarrollo que Klein denominó «la posición depresiva». Creo que esa denominación es mala, pero lo cierto es que, clínicamente, en los tratamientos psicoanalíticos, la llegada a esta posición envuelve al paciente en un estado depresivo. En este contexto, el estar deprimido es un logro e implica un grado elevado de integración personal, así como la aceptación de la responsabilidad de toda la destructividad ligada con la vida, con la vida instintiva, y con la ira ante la frustración.

Mediante el material presentado por mis pacientes, Klein pudo hacerme ver claramente de qué manera la capacidad para la inquietud y para la culpabilidad constituyen un logro, y es esto, más que la depresión, lo que caracteriza la llegada a la posición depresiva en el caso del bebé y del niño en crecimiento.

La llegada a esta fase se asocia con ideas de restitución y reparación; a decir verdad, el individuo humano no puede aceptar las ideas destructivas y agresivas que hay en su propia naturaleza si no cuenta con la experiencia de reparación, y por esta razón la presencia ininterrumpida del objeto amoroso es necesaria en esta fase, dado que sólo así habrá oportunidad de reparación.

Esta constituye, a mi juicio, la aportación más importante de Klein; creo que está a la misma altura que el concepto freudiano del complejo de Edipo. Éste se refiere a una relación tripersonal, mientras que la posición depresiva propuesta por Klein se refiere a una relación bipersonal: la existente entre el niño y la madre. El ingrediente principal lo constituye la presencia de cierto grado de organización y fuerza en el ego infantil, motivo por el cual resulta difícil

situar el comienzo de la posición depresiva antes de los ocho o nueve meses, o de un año de edad. ¿Pero qué más da?

Todo esto pertenece al período de entre guerras, período durante el cual la British Society se desarrolló rápidamente, con Klein actuando como agente fertilizante. Paula Heilmann y Susan Isaacs estaban a favor, lo mismo que Joan Riviere, mi segunda analista.

Desde aquellos días han sucedido muchas cosas y no pretendo ser capaz de transmitir la teoría kleiniana de un modo que la misma Klein considerara acertado. Creo que mis puntos de vista empezaron a apartarse de los suyos, y comprobé que ella no me había incluido entre los kleinianos. Eso no me importó, ya que nunca he sabido seguir a otro, ni siquiera a Freud. No obstante, criticar a Freud resultaba fácil, ya que él mismo fue siempre su principal crítico. Por ejemplo, me es completamente imposible encontrar valor al concepto freudiano del instinto de muerte.

De todos modos, Klein ha hecho mucho más y no podemos permitirnos el lujo de ignorarlo. Ha profundizado más y más en los mecanismos mentales de sus pacientes, aplicando luego sus conceptos al bebé en crecimiento. Creo que es en este aspecto donde se ha equivocado, ya que, en psicología, una mayor profundidad no es siempre lo mismo que una mayor precocidad.

Se ha convertido en parte importante de la teoría kleiniana el postular una posición paranoide-esquizoide cuyo origen se remonta al mismo principio. Este término de «paranoide-esquizoide» es incorrecto a todas luces, aunque no podemos, sin embargo, pasar por alto el hecho de que de forma vitalmente importante, nos encontramos con estos dos mecanismos:

- a) El miedo al talión;
- b) la escisión del objeto en un objeto «bueno» y un objeto «malo».

Al parecer, Klein acabó pensando que los niños empiezan de esta manera, ignorando que gracias a unos cuidados satisfactorios por parte de la madre los dos mecanismos resultan relativamente carentes de importancia en tanto la organización del ego no haya hecho al niño capaz de recurrir a los mecanismos de proyección e introyección para controlar los objetos. En caso de faltar tales cuidados, entonces el resultado es el caos más que el miedo al talión o la escisión del objeto en un objeto «bueno» y otro «malo».

En lo que se refiere a esta adjetivación, me parece dudoso que se pueda hablar de lo «bueno» y lo «malo» antes de que el niño haya podido separar los objetos internos benignos de los persecutorios.

Es muy probable que gran parte de los escritos de Klein correspondientes a los últimos veinte años de su fructífera vida se vieran perjudicados por su tendencia a atrasar más y más la edad en que aparecen los mecanismos mentales, hasta el punto de encontrar la posición depresiva en las primeras semanas de vida; además, su defensa de la provisión ambiental no fue sincera, ya que jamás reconoció del todo que junto a la dependencia de la primera infancia existe verdaderamente un período durante el cual es imposible describir a una criatura sin describir también a su madre, a la cual la criatura no ha aprendido a separar de su ser. Klein afirmó haber prestado la atención debida al factor ambiental, pero en mi opinión era, por temperamento, incapaz de hacerlo. Tal vez fue una suerte, ya que sin duda sentía un poderoso impulso a adentrarse más y más en los mecanismos mentales del individuo que constituyen el nuevo ser humano que se halla en el peldaño inferior de la escalera del desarrollo emocional.

Lo principal es que, sea cual fuere la crítica que se haga a la labor de Klein durante sus últimos veinte años, no podemos pasar por alto la gran sensación que sus trabajos causaron en Inglaterra, y que causarán en todas partes, en lo que se refiere al psicoanálisis ortodoxo.

En cuanto a la polémica entre Klein y Anna Freud, apoyadas por sus respectivos seguidores, no tiene importancia alguna para mí, ni la tendrá para ustedes, ya que se trata de un asunto puramente local que el viento se encargará de llevar. Lo único que importa es que el psicoanálisis, firmemente basado en Freud, no perderá la aportación de Melanie Klein, aportación que seguidamente procuraré resumir:

Técnica estrictamente ortodoxa en el psicoanálisis de niños.

Técnica posibilitada por el empleo de juguetitos en las fases iniciales.

Técnica para analizar niños de dos años y medio en adelante.

Reconocimiento de la fantasía tal como la localiza el niño (o adulto), a saber: dentro o fuera del ser.

Comprensión de las fuerzas internas, benignas y persecutorias, u «objetos» y de su origen en las experiencias instin-

tivas satisfactorias o insatisfactorias (originariamente orales y orales-sádicas).

Importancia de la proyección y de la introyección en tanto que mecanismos mentales desarrollados en relación con la experiencia infantil de las funciones corporales de incorporación y excreción.

Énfasis sobre la importancia de los elementos destructivos en las relaciones objetales, a saber: aparte de la ira ante la frustración.

Desarrollo de una teoría sobre la consecución por el individuo de una capacidad para la inquietud (posición depresiva).

Relación del juego constructivo

trabajo

potencia y parto

con la posición depresiva.

Comprensión de la negación a la depresión (manía defensiva).

Comprensión de la amenaza de caos en la realidad psíquica interior y de las defensas relacionadas con este caos (neurosis obsesiva o estado anímico depresivo).

Postulación de los impulsos infantiles, miedo al tálion y escisión del objeto con anterioridad a la consecución de la ambivalencia.

Constante tentativa de enunciar la psicología infantil sin hacer referencia a la calidad de la provisión ambiental.

Luego vienen algunas aportaciones más *dudosas*:

Retención del uso de la teoría de los instintos de vida y muerte.

Intento de enunciar la destructividad infantil en términos de:

- a) la herencia;
- b) la envidia.

## La comunicación y la falta de comunicación como conducentes al estudio de ciertos pares antitéticos<sup>1</sup> (1963)

*Cada punto del pensamiento es el centro de un mundo intelectual*

✧ KEATS

He empezado con esta cita de Keats porque sé que mi escrito contiene sólo una idea, que además es bastante obvia, y he aprovechado la oportunidad de presentar de nuevo mis formulaciones sobre las fases precoces del desarrollo emocional del niño. En primer lugar, describiré las relaciones objetales y luego, poco a poco, llegaremos al tema de la comunicación.

Al preparar, sin salir de ningún punto fijo, este escrito para una sociedad psicoanalítica extranjera, no tardé, ante mi sorpresa, en reivindicar el derecho a no comunicarse. Fue una protesta surgida de lo más hondo de mí y motivada por la aterradora fantasía de verme explotado hasta el infinito. Recurriendo a otra terminología, diríamos que se trataba de la fantasía de ser comido o tragado. Atendiendo a este contexto, diré que se trata de *la fantasía de ser hallado*. Existe una abundante literatura sobre los silencios del paciente psicoanalítico, pero no voy a estudiarla ni a resumir-

1. Distintas versiones de este escrito fueron presentadas a la San Francisco Psychoanalytic Society, en octubre de 1962, y a la British Psycho-Analytical Society, en mayo de 1963.

la aquí. Además, no es mi intención comentar exhaustivamente el tema de la comunicación; de hecho, me permitirá una gran libertad de acción para seguir el tema hasta donde me lleve. Por último, daré entrada a un tema subordinado: el estudio de pares antitéticos. Ante todo, me encuentro con la necesidad de enunciar nuevamente algunos de mis puntos de vista acerca de las relaciones objetales precoces.

### Relaciones objetales

Si examinamos directamente la comunicación y la capacidad para comunicarse, podremos ver que se halla estrechamente ligada con las relaciones objetales. La relación con los objetos es un fenómeno complejo y el desarrollo de la capacidad necesaria para ello no es ni mucho menos simple cuestión del proceso de maduración. Como siempre, la *maduración* (en psicología) *necesita y depende de la cualidad del medio ambiente posibilitador*. Allí donde la escena no esté dominada por la privación ni por la pérdida y donde, por tanto, quepa dar por sentado el medio ambiente posibilitador dentro de la teoría de las fases más precoces y formativas del crecimiento humano, allí, repito, en el individuo se desarrolla un cambio gradual referente a la naturaleza del objeto. El objeto *al ser primero un fenómeno subjetivo se convierte en un objeto percibido objetivamente*. Este proceso lleva tiempo, pasando forzosamente meses, e incluso años, antes de que el individuo pueda adaptarse a las privaciones y pérdidas sin que sufra la deformación de algunos procesos esenciales que son básicos para las relaciones objetales.

En esta fase precoz, el medio ambiente posibilitador proporciona al niño la *experiencia de omnipotencia*. Me refiero a algo más que a un control mágico, ya que incluyo en el término el aspecto creador de la experiencia. La adaptación al principio de realidad nace naturalmente de la experiencia de omnipotencia, esto es, dentro del campo de una relación con objetos subjetivos.

Margaret Ribble (1943), que estudió este campo, dejó escapar, a mi juicio, una cosa importante: la identificación de la madre con su hijo (lo que yo llamo «el estado temporal de preocupación maternal primaria»). Margaret Ribble escribe:

Durante el primer año de vida, el niño no debería encontrarse con la frustración ni la privación, dado que estos factores producen inmediatamente una tensión exagerada y estimulan las acti-

vidades defensivas latentes. Si los efectos de semejantes experiencias no son hábilmente contrarrestados, es posible que se produzcan trastornos de comportamiento. En lo que se refiere al bebé, el principio de placer debe predominar, y lo que nosotros podemos hacer sin ningún peligro es crear equilibrio en sus funciones y facilitarlas. Únicamente cuando ya se haya alcanzado un grado considerable de madurez podremos adiestrar al niño con el fin de que se adapte a lo que nosotros, los adultos, llamamos «el principio de realidad».

Margaret Ribble se refiere a la cuestión de las relaciones objetales, o de las satisfacciones del id, pero creo que podría suscribirse también a los modernos puntos de vista sobre la relación del ego.

El niño que se halla experimentando la omnipotencia al amparo del medio ambiente posibilitador *crea y recrea el objeto*, y paulatinamente el proceso pasa a formar parte de él, apoyado por la memoria.

Indudablemente, aquello que acaba por convertirse en el intelecto afecta a la capacidad que posee el individuo inmaduro para realizar esta difícil transición desde las relaciones con objetos subjetivos a las relaciones con objetos percibidos objetivamente. Ya he apuntado que lo que andando el tiempo dará resultados en las pruebas de inteligencia afecta a la capacidad individual para sobrevivir los fallos relativos en el campo de la adaptación del medio ambiente.

En la normalidad, el niño crea lo que de hecho se halla en torno a él esperando ser encontrado. Pero en la normalidad *el objeto es creado, no encontrado*. Este aspecto fascinante de las relaciones objetales normales lo he estudiado en diversos escritos, incluyendo el que se titula *Transitional Objects and Transitional Phenomena* (1951). Un objeto «bueno» no le sirve de nada al niño a no ser que él mismo lo haya creado. Me atrevo a decir que lo habrá creado de la necesidad. Sin embargo, para poder crearlo es necesario que el objeto sea encontrado. Esto hay que aceptarlo así, aunque parezca paradójico, sin tratar de resolverlo mediante un replanteamiento que parezca eliminar la paradoja.

Hay otro punto que reviste importancia si consideramos la ubicación del objeto. El cambio del objeto desde «subjetivo» a «percibido objetivamente» lo realizan menos eficazmente las satisfacciones que las insatisfacciones. En lo que se refiere a la instauración de las relaciones objetales, la satisfacción que obtiene el niño al ser amamantado es menos valiosa que la que obtiene cuando el objeto, por decirlo así, se cruza en su camino. La satisfacción del instinto da al niño

una experiencia personal y *en poco afecta a la posición del objeto*. Tuve un caso en el que las satisfacciones eliminaban el objeto de un paciente esquizoide adulto, de manera que le resultaba imposible tenderse en el diván, dado que al hacerlo se le reproducía la situación en que las satisfacciones infantiles eliminaban la realidad externa o la exterioridad de los objetos. Por decirlo de otro modo, el niño se siente «estafado» al ser amamantado satisfactoriamente. A veces sucede que la angustia de la madre lactante tiene el origen en su temor de que el niño la ataque y destruya si no se siente satisfecho. Una vez amamantado, el niño queda satisfecho y no resulta peligroso durante unas cuantas horas: ha perdido la catexis objetal.

Al contrario, la agresión experimentada por el niño, es decir la propia del erotismo muscular, del movimiento y de las fuerzas irresistibles que se estrellan contra objetos inamovibles, esta agresión, repito, y las ideas ligadas a ella, se prestan al proceso de colocación del objeto, al que colocarán aparte del ser, en la medida en que el ser haya empezado a surgir como entidad.

En la zona del desarrollo que antecede al logro de la fusión, hay que tener en cuenta que el comportamiento del niño puede reflejar la reacción provocada por los fallos del medio ambiente posibilitador, o de la madre-medio ambiente. Es posible que a primera vista parezca tratarse de agresión; la realidad es que se trata de aflicción.

En la normalidad, cuando el niño logra la fusión, el aspecto frustrativo del comportamiento objetal resulta valioso para educar al niño con respecto a la existencia de un mundo «que no es él». Los fallos de adaptación son valiosos en la medida en que el niño pueda odiar el objeto, es decir, en la medida en que sepa conservar la idea del objeto como fuente potencial de satisfacciones al mismo tiempo que se da cuenta de que no se comporta satisfactoriamente. A mi modo de ver, ésta es una buena teoría psicoanalítica. Lo que suele pasarse por alto en el planteamiento de esta clase de teorías es el inmenso desarrollo que tiene lugar en el niño para que logre la fusión y para que, por tanto, los fallos ambientales desempeñen su papel positivo, permitiendo que el niño empiece a tener conocimiento de un mundo que es repudiado. Es a propósito que no digo «externo».

En el desarrollo normal existe una fase intermedia durante la cual la experiencia más importante del paciente en relación con el objeto «bueno» o potencialmente satisfactorio consiste en su repulsa al mismo. La repulsa forma parte

del proceso de creación del objeto. (Esto representa un problema formidable para el terapeuta: la anorexia nervosa.)

Son nuestros pacientes quienes no enseñan estas cosas y para mí resulta lamentable tener que exponer estos puntos de vista como si fuesen los míos propios. Todos los analistas se enfrentan con esta dificultad; en cierto sentido al analista le es más difícil que a cualquier otra persona mostrarse original, dado que todo lo que decimos son cosas que de hecho nos han enseñado el día anterior (dejando aparte el hecho de que estudiamos nuestros respectivos escritos y comentamos nuestros asuntos en privado). En nuestra labor, especialmente en lo que se refiere a los aspectos esquizoides más que psiconeuróticos de la personalidad, aunque nos parezca saber la verdad esperamos a que nos la diga el paciente, que de esta forma tiene la posibilidad de ejercer su facultad creadora al hacer la interpretación que nosotros mismos hubiésemos podido hacer. Si somos nosotros quienes hacemos la interpretación, apoyándonos en nuestra inteligencia y en nuestra experiencia, al paciente no le queda otra opción que rechazarla o destruirla. Debo decir que es un paciente aquejado de anorexia quien me está enseñando la substancia de lo que estoy exponiéndoles en este momento.

### Teoría de la comunicación

Si bien las he planteado atendiendo a las relaciones objetivas, es evidente que estas cuestiones afectan al estudio de la comunicación, ya que, como es natural, se produce un cambio en el propósito y en el medio de comunicación *al cambiar el objeto* de ser subjetivo a ser percibido objetivamente, hasta donde el niño abandone gradualmente el campo de la omnipotencia en tanto que experiencia vital. En lo que el objeto tenga de subjetivo *será innecesario que la comunicación con él sea explícita*. En la medida en que el objeto sea percibido objetivamente, la comunicación será o bien explícita o, en su defecto, callada. Vemos aquí que aparecen dos cosas nuevas: el empleo y disfrute por el individuo de los modos de comunicación y el ser no comunicante del individuo o, por decirlo de otra forma, el núcleo personal del ser que permanece verdaderamente incomunicado.

En este sentido aparece una complicación en el hecho de que el niño crea dos clases de relaciones simultáneamente: una con la madre-medio ambiente y otra con el objeto, que se convierte en madre-objeto. La madre-medio ambiente es

humana, mientras que la madre-objeto es una cosa, si bien es igualmente la madre o parte de ella.

La intercomunicación entre el niño y la madre-medio ambiente es indudablemente sutil en extremo, y su estudio nos obligaría a estudiar a la madre tanto como al niño. Me contentaré con tocar ligeramente el tema. Tal vez para el niño exista una comunicación con la madre-medio ambiente, comunicación que es puesta en evidencia cuando el niño experimenta la *inestabilidad* de la madre. El niño resulta trastornado, hecho que la madre, si es capaz de ponerse en el lugar del pequeño, y si sabe reconocer el trastorno en el estado clínico del niño, podrá tomar como un intento de comunicación. Cuando el factor predominante sea la *estabilidad* de la madre, podremos decir que el niño se comunica sencillamente mediante el hecho de seguir existiendo y de seguir desarrollándose con arreglo a los procesos personales de maduración, aunque apenas puede aplicarse a esto el epíteto de «comunicación».

Volviendo a las relaciones objetales: a medida que el objeto empieza a ser percibido objetivamente por el niño, tendrá sentido que contrastemos la comunicación con alguna de sus antítesis.

#### *El objeto percibido subjetivamente*

El objeto percibido objetivamente se transforma gradualmente en una persona con objetos parciales. Dos de las antítesis de la comunicación son:

1. Una sencilla falta de comunicación (o incomunicación).
2. Una incomunicación que sea activa o reactiva.

La primera es fácil de entender. La simple incomunicación es como el descanso. Constituye un estado por derecho propio y vuelve a la comunicación para volver a aparecer luego con la misma naturalidad. Para estudiar la segunda, hace falta pensar en términos de patología y de salud. Empezaré por la patología.

Hasta aquí he aceptado como cosa natural la existencia de un medio ambiente posibilitador, convenientemente ajustado a las necesidades suscitadas tanto por el hecho de ser como por los procesos de maduración. En la psicopatología necesaria para desarrollar mi argumento, la posibilitación ha fallado en cierto aspecto y en cierta medida y, en lo que

se refiere a las relaciones objetales, en el niño se ha producido una escisión. Por medio de una de las dos mitades resultantes de la escisión, el niño se relaciona con el objeto que se le presenta, para lo cual se desarrolla lo que he dado en llamar «ser falso o sumiso». Mediante la otra mitad de la escisión el niño se relaciona con un objeto subjetivo, o meramente con fenómenos basados en las experiencias corporales, sobre las que apenas ejerce influencia un mundo percibido objetivamente. (¿Acaso, desde el punto de vista clínico, no observamos esto en los movimientos autísticos de balanceo, por ejemplo, así como en esa especie de cuadro abstracto que es la comunicación sin salida y que no tiene validez general?)

De esta manera les estoy presentando la idea de una comunicación con los objetos subjetivos y, al mismo tiempo, la idea de una incomunicación activa con lo que el niño percibe objetivamente. Parece indudable que, pese a toda su futilidad desde el punto de vista del observador, la comunicación sin salida (con los objetos subjetivos) da toda la sensación de ser real. *Per contra*, la comunicación con el mundo partiendo del ser falso no da la impresión de realidad; no es una verdadera comunicación, ya que en ella no interviene el núcleo del ser, es decir, lo que puede llamarse «el verdadero ser».

Ahora bien, estudiando el caso extremo llegamos a la psicopatología de una enfermedad grave: la esquizofrenia infantil. Sin embargo, lo que debemos examinar es el patrón de todo esto hasta donde sea constatable en el individuo más normal, es decir, en el individuo cuyo desarrollo no se viera deformado por un fallo importante del medio ambiente posibilitador y en el cual los procesos de maduración tuvieran una oportunidad de actuar.

Es fácil ver que en los casos de enfermedad leve, donde se halla presente algo de patología y algo de salud, hay que esperar una incomunicación activa (replegamiento clínico) debido a la facilidad con que la comunicación enlaza con cierto grado de relaciones objetales falsas o sumisas. Para que el equilibrio quede restaurado es necesario que, periódicamente, la dirección pase a manos de una comunicación silenciosa o secreta con objetos subjetivos y dotada de una sensación de realidad.

Lo que estoy postulando es que en la persona sana (es decir, madura en lo que se refiere al desarrollo de las relaciones objetales) hay necesidad de algo que equivalga al estado de la persona escindida, en la que una parte de la

escisión se comunica silenciosamente con objetos subjetivos. Podemos dar cabida a la idea de que la relación y la comunicación significativa es silenciosa.

La verdadera salud no tiene por qué ser descrita atendiendo exclusivamente a los residuos, presentes en las personas sanas, de lo que hubiese podido constituir un cuadro patológico. En justicia, habría que plantear positivamente el aprovechamiento saludable de la incomunicación para la instauración del sentimiento de la realidad. Puede que al hacerlo sea necesario hablar en términos de la vida cultural del hombre, lo cual es el equivalente en el adulto de los fenómenos transicionales de la primera infancia y la niñez. En esta área la comunicación se hace sin ninguna referencia al estado del objeto, es decir a si es subjetivo o percibido objetivamente. En mi opinión, al psicoanalista no le es posible referirse a los fenómenos culturales mediante ningún otro lenguaje. Podrá hablar de los mecanismos mentales del artista, pero no de la experiencia de comunicación en arte y religión, a menos que esté dispuesto a ocuparse de minucias en la zona intermedia cuyo antecesor inmediato es el objeto transicional del niño pequeño.

Me parece que es posible detectar un dilema inherente a toda clase de artistas y que es propio de la coexistencia de dos tendencias: la necesidad urgente de comunicarse y la necesidad, más urgente todavía, de no ser encontrado. Ésta podría ser la explicación de que nos resulte inconcebible la idea de un artista acabando la tarea que ocupa toda su naturaleza.

En las primeras fases del desarrollo emocional del ser humano, la comunicación en silencio concierne al aspecto subjetivo de los objetos. Supongo que esto enlaza con el concepto freudiano de la realidad psíquica y del inconsciente, que nunca puede convertirse en consciente. Yo añadiría que hay un desarrollo directo, en la salud, desde esta comunicación silenciosa al concepto de las experiencias internas que Melaine Klein describió tan claramente. En los casos descritos por Klein ciertos aspectos del juego infantil, por ejemplo, son mostrados como experiencias «interiores»; es decir, se ha producido una proyección general de una constelación procedente de la realidad psíquica interna del niño, de manera que la habitación, la mesa, los juguetes, etc., son objetos subjetivos, y el niño y el analista se hallan en esta muestra del mundo interior del primero. Lo que está fuera de la habitación está fuera del niño. Esto es frecuente en el psicoanálisis, aunque su descripción varía según el analista. Está

relacionado con el concepto del «período de luna de miel» al principio de un análisis, y también con la singular claridad de ciertas horas, las primeras. Está relacionado con la dependencia propia de la transferencia, enlazando asimismo con el trabajo que yo mismo hago al explotar al máximo las primeras horas del tratamiento breve de niños, especialmente de los niños antisociales, para los cuales el análisis a gran escala no es utilizable, ni siquiera aconsejable, en todos los casos.

Con todo, la finalidad de este escrito no es la exposición de un cuadro clínico, sino llegar a una versión precoz de lo que Melanie Klein llamó «interno». Al principio la palabra «interno» puede utilizarse en sentido kleiniano, ya que el niño todavía no ha instaurado los límites apropiados del ego, ni domina los mecanismos mentales de proyección e introyección. En esta fase precoz, «interno» significa solamente «personal» (personal en la medida en que el individuo sea una persona dotada de un ser en proceso de evolución). El medio ambiente posibilitador, o el apoyo al ego del niño inmaduro por parte de la madre, siguen siendo partes esenciales del niño como criatura viable.

Al reflexionar sobre la psicología del misticismo, a menudo nos concentramos en comprender el replegamiento del místico a un mundo interior y personal formado por complicadas introyecciones. Puede que no se haya prestado atención suficiente a la retirada que hace el místico hacia una posición que le permita comunicarse secretamente con objetos y fenómenos subjetivos, y en la que la pérdida de contacto con el mundo de la realidad compartida queda compensada por lo que se gana en términos de sentirse real.

Una paciente mía soñó lo siguiente: dos amigas suyas eran funcionarias de aduanas en el lugar donde trabaja mi paciente. Con absurda meticulosidad examinaban todas las pertenencias de mi paciente y de sus colegas. Luego, accidentalmente, mi paciente lanzaba su automóvil contra una gran cristalera.

En el sueño había detalles que indicaban no sólo que las dos mujeres no tenían ningún derecho a estar allí haciendo una inspección, sino que además se estaban poniendo en ridículo por la forma en que lo miraban todo. Estaba claro que la paciente se burlaba de estas dos mujeres, que no llegarían a descubrir su ser secreto. Las dos mujeres representaban a la madre que no permite que su hijo tenga secretos. La paciente dijo que cuando era niña (nueve años) había



robado un cuaderno escolar en el que había reunido poemas y dichos; en la tapa escribió: «Mi Libreta Particular.» En la primera página escribió: «Lo que un hombre cree en su corazón, eso es lo que es él.» Su madre le había preguntado de dónde había sacado aquel dicho, con lo cual demostraba haber leído la libreta. No hubiese sucedido nada si la madre hubiera leído la libreta sin decirlo.

Nos encontramos ante el caso de una niña que instaura un ser particular que no se comunica y que, al mismo tiempo, desea comunicarse y ser hallado. Se trata de un complicado juego del escondite en el cual es *estupendo estar escondido pero desastroso no ser encontrado*.

Otro ejemplo que no me obligará a realizar una descripción demasiado profunda o detallada es el que procede de la entrevista a que sometí a una chica de diecisiete años con el fin de hacer un diagnóstico. Su madre teme que la chica se vuelva esquizofrénica, ya que ha habido algunos casos en la familia. No obstante, lo más que puede decirse es que la chica se halla en plena etapa de melancolías y dilemas propios de la adolescencia.

He aquí un extracto del informe obtenido en la entrevista:

Entonces X siguió la conversación refiriéndose a la gloriosa irresponsabilidad de la niñez. Dijo: «Ves un gato y estás con él; es un sujeto, y no un objeto.»

Yo comenté: «Es como si estuvieras viviendo en un mundo de objetos subjetivos.»

Y ella replicó: «Esa es una buena forma de expresarlo. Es por eso que escribo poesías. Son las cosas de esta clase las que forman los cimientos de la poesía.»

Añadió: «Por supuesto que no es más que una teoría infundada hecha por mí, pero eso es lo que parece y, además, así se explica por qué hay más hombres que muchachas dedicados a escribir poesía. En el caso de las muchachas es tanto el trabajo que da el tener hijos, cuidarlos, etc. Y luego la vida imaginativa y la irresponsabilidad pasan a los hijos.»

Luego hablamos de la necesidad de tender una serie de puentes entre la vida imaginativa y la vida cotidiana. La muchacha había llevado un diario cuando contaba doce años, y luego otra vez a los catorce. Al parecer, en ambas ocasiones lo había llevado durante siete meses.

Dijo: «Ahora sólo tomo nota de lo que siento en los poemas; en la poesía hay algo que cristaliza, que toma forma...», y nos pusimos a comparar esto con la biografía, que, a juicio de la muchacha, es propia de una edad más avanzada.

Agregó en seguida: «Hay afinidad entre la vejez y la niñez.» Cuando (ella) necesita tender un puente hacia la imaginación

infantil tiene que cristalizarlo en un poema. Se aburriría escribiendo su autobiografía. No hace que le publiquen sus poemas, ni siquiera los enseña a los demás, ya que, aunque goza con cada uno de ellos durante un tiempo, no tarda en perder su interés por ellos. Siempre ha tenido mayor facilidad que sus amigas para escribir poesías, gracias a una habilidad técnica que parece haber adquirido de forma natural. Pero no le interesa responder a esta pregunta: ¿Son realmente buenos los poemas? Es decir, ¿preferirían buenos a quien los leyese?

Sugiero que en la personalidad sana o normal hay un núcleo que equivale al ser verdadero de la personalidad escindida, y sugiero que este núcleo nunca se comunica con el mundo de los objetos percibidos, y que la persona, el individuo, sabe que no debe establecerse comunicación con dicho núcleo ni dejar que la realidad externa influya en él. Este es mi punto principal: el punto del pensamiento que constituye el centro de un mundo intelectual y de mi escrito. Aunque las personas sanas se comunican y disfrutan haciéndolo, no es menos cierto que *cada individuo es un ente aislado, permanentemente incomunicado, permanentemente desconocido, no hallado, de hecho*.

En la vida y en el vivir, esta cruda verdad queda suavizada por la participación propia de toda la gama de experiencias culturales. En el centro de toda persona hay un elemento incomunicado, un elemento sagrado y merecedor de todo cuanto se haga para protegerlo. Haré caso omiso por el momento de las experiencias producidas por el fallo de la madre-medio ambiente, experiencias de una etapa más precoz, y diré que las experiencias traumáticas que llevan a la organización de defensas primitivas pertenecen a la amenaza que se cierne sobre el núcleo aislado, la amenaza de que se le encuentre, altere y ponga en comunicación. La defensa consiste en ocultar aún más el ser secreto, recurriendo incluso a su proyección e infinita diseminación. La violación sexual, el ser comido por canibales, todo son meras bagatelas comparadas con la violación del núcleo del ser, la alteración sufrida por los elementos centrales del ser a causa de la comunicación que se filtra por sus defensas. A mi modo de ver, éste sería el pecado contra el ser. No nos es difícil comprender por qué la gente odia tanto el psicoanálisis; por haber profundizado en la personalidad humana y representar una amenaza sobre la necesidad humana de permanecer secretamente aislado. La pregunta es la siguiente: ¿cómo aislarse sin que tengan que encerrarnos?

¿Cuál es la respuesta? ¿Hay que abandonar todo intento de comprensión del ser humano? Tal vez la respuesta proceda de las madres que no se comunican con sus hijos, salvo en la medida en que sean objetos subjetivos. Cuando llega el momento en que la madre empieza a ser percibida objetivamente, el hijo ya domina la técnica, mejor dicho, las diversas técnicas de la comunicación indirecta, la más obvia de las cuales es el uso del lenguaje. Sin embargo, existe este período de transición que siempre me ha interesado especialmente y en el cual tienen cabida los objetos y fenómenos de transición que empiezan a instaurar la capacidad infantil para el uso de símbolos.

Sugiero que una de las bases importantes para el desarrollo del ego reside en el campo de la comunicación individual con los fenómenos subjetivos, comunicación que por sí sola proporciona el sentimiento de realidad.

En las mejores circunstancias posibles tiene lugar el crecimiento, con lo que el niño se ve dotado de tres líneas de comunicación: la comunicación que será *siempre silenciosa*, la comunicación que es *explícita*, indirecta y placentera, y esta tercera o *intermedia* forma de comunicación que, saliendo de los juegos, lleva a todo tipo de experiencias culturales.

¿Hay relación entre la comunicación silenciosa y el concepto del narcisismo primario?

En la práctica hay algo que debemos tener en cuenta en nuestro trabajo: la aportación positiva que representa la falta de comunicación del paciente. Debemos preguntarnos si nuestra técnica permite que el paciente nos comunique que no se está comunicando. Para que así sea, nosotros, como analistas, debemos estar preparados para percibir la señal: «No me estoy comunicando», y debemos ser capaces de distinguirla de las señales que dé el paciente para indicar su aflicción por la falta de comunicación. Existe cierto vínculo con la idea de estar solo en presencia de otra persona, hecho que al principio es natural en la vida infantil y que más adelante tiene que ver con la adquisición de la capacidad para replegarse sin perder por ello la identificación con aquello que nos mueve al replegamiento. Esto cobra forma en la capacidad para concentrarse en una tarea.

Mi principal argumento ya ha quedado expuesto, así que podría detenerme aquí. Sin embargo, quisiera ver cuáles son las antítesis de la comunicación.

### Antítesis

La comunicación tiene dos antítesis: la simple no comunicación (o incomunicación) y la no comunicación (o incomunicación) activa. Por decirlo al revés: la comunicación puede salir simplemente de la no comunicación, a modo de transición natural, o puede ser la negación del silencio, o bien la negación de una incomunicación activa o reactiva.

En el caso psiconeurótico bien definido no hay ninguna dificultad, ya que la totalidad del análisis se lleva a cabo mediante un intermediario: la verbalización. Tanto el paciente como el analista desean que así sea. Con todo, cuando la personalidad del paciente esconde un elemento esquizoide, es facilísimo que el análisis se convierta en una colusión, prolongada infinitamente, entre el analista y la negación de la incomunicación por parte del paciente. Semejante análisis se hace tedioso debido a la falta de resultados pese a la buena labor llevada a cabo. En tales casos, puede suceder que un período de silencio sea la mejor aportación, la más positiva, que haga el paciente; entonces el analista debe limitarse a esperar. Es posible, desde luego, interpretar movimientos, gestos, detalles del comportamiento, etc. Pero en el tipo de caso a que me estoy refiriendo, es mejor que el analista espere.

Sin embargo, hay un estado de cosas que resulta más peligroso durante el análisis: cuando el paciente permite al analista llegar a las capas más profundas de su personalidad debido a su posición de objeto subjetivo, o debido a la dependencia del paciente durante la psicosis de transferencia. El peligro radica en que el analista empiece a interpretar en vez de esperar a que el paciente descubra por sí mismo. Es sólo aquí, donde el analista no ha dejado de ser un objeto subjetivo para convertirse en otro percibido objetivamente, que el psicoanálisis es peligroso. Se trata de un peligro que podemos soslayar si sabemos cómo comportarnos. Esperando, damos tiempo al paciente para percibirnos objetivamente, pero si obramos de un modo que no facilite el proceso analítico del paciente (que equivale al proceso de maduración del niño), de repente nos convertimos en un «no yo» para el paciente, y entonces sabemos demasiado y somos peligrosos, debido a que hemos establecido una comunicación demasiado directa con el punto central, quieto y silencioso, de la organización del ego del paciente.

Es por eso que, incluso en los casos de psiconeurosis clara y definida, preferimos evitar los contactos ajenos al aná-

lisis. En los casos de pacientes esquizoides o indefinidos (casos límite), el control de los contactos ajenos a la transferencia desempeña un papel muy importante en nuestra labor con el paciente.

Cabría hablar ahora del propósito de la interpretación analítica. He creído siempre que la interpretación tiene una importante función: determinar los límites de la comprensión del analista.

### Los individuos como entes aislados

Estoy proponiendo y resaltando la importancia de la idea del *aislamiento permanente del individuo*, y afirmo que en el núcleo del individuo no hay ninguna corriente de comunicación con el mundo externo. En este sentido, la quietud enlaza con la inmovilidad. Esto nos lleva a los escritos de aquellos a los que se ha reconocido como los pensadores del mundo. A propósito, puedo referirme a la interesante revisión, hecha por Michael Fordham, del concepto del Ser tal como se expresa en los escritos de Jung. Fordham escribe: «La realidad sigue siendo que la experiencia primordial tiene lugar en la soledad.» Naturalmente, me estoy refiriendo a lo que aparece en *The Inner World of Man* (1938), de Wickers, pero no es invariablemente cierto que se establezca siempre la distinción entre el replegamiento patológico y una autocomunicación central y sana (cf. Laing, 1961).

Entre los psicoanalistas es posible que se hagan numerosas referencias a la existencia de un centro «silencioso y quieto» en la personalidad, así como a la idea de que la experiencia primordial tiene lugar en la soledad; pero, por lo general, los analistas no se ocupan exclusivamente de este aspecto de la vida. Entre nuestros colegas más allegados quizá sea Ronald Laing el que con mayor premeditación se propone afirmar «la patentización del ser latente» junto con la desconfianza a revelarse (cf. Laing, 1961, p. 117).

El tema del individuo como ente aislado tiene su importancia en el estudio de la infancia y de la psicosis, pero también la tiene en el estudio de la adolescencia. Hay muchas maneras de describir al chico o a la chica en la pubertad, y una de ellas concierne al *adolescente como ente aislado*. La preservación del aislamiento personal forma parte de la búsqueda de identidad y de la instauración de una técnica personal de comunicación que no conduzca a la violación del ser central. Tal vez sea por eso que los adolescentes, en con-

junto, eviten el tratamiento psicoanalítico, pese al interés que en ellos despiertan las teorías psicoanalíticas. Les parece que el psicoanálisis los violará, no sexualmente pero sí espiritualmente. En la práctica, el analista sabe cómo evitar la confirmación de estos temores del adolescente; sin embargo, el analista que ejerza con adolescentes sabe que lo pondrán a prueba y debe estar dispuesto para comunicarse indirectamente y para saber reconocer la simple no comunicación.

En la adolescencia, cuando el individuo experimenta los cambios de la pubertad y todavía no está preparado para formar parte de la comunidad adulta, se registra el fortalecimiento de las defensas encaminadas a evitar el ser hallado, es decir, el ser hallado antes de tiempo. Lo que sea verdaderamente personal y dé sensación de realidad debe ser defendido a toda costa, aunque ello signifique cerrar temporalmente los ojos al valor del compromiso. Los adolescentes forman conjuntos o agregados más que grupos, y al parecer iguales ponen de relieve la soledad esencial de cada individuo. Al menos, así es como yo lo veo.

Con todo esto se halla ligada la crisis de identidad. Wheeler, que ha bregado con problemas de identidad, plantea (1958) clara y crudamente el problema de la elección vocacional del analista, relacionándola con su soledad y con su necesidad de intimidad que, en la labor analítica, está condenada a no llevar a ninguna parte. El analista que a mí me parece más profundamente compenetrado en estas cuestiones es Erik Erikson. Él nos habla de este tema en el epílogo de su libro *Young Man Luther* (1958), donde llega a decir que «la paz procede del espacio interior» (es decir, no procede de la exploración del espacio exterior y todo eso).

Antes de terminar, quisiera referirme una vez más a las antítesis que pertenecen a la negación. Melanie Klein usó la negación en el concepto de la defensa maniaca, en la cual se niega una depresión que constituye una realidad. Bion (1962 a) hizo referencia a ciertas clases de negación en su trabajo sobre el pensamiento, y De Monchaux (1962) prosiguió el tema al comentar el trabajo de Bion.

Si tomo la idea de la vivacidad, debo tener en cuenta dos antítesis como mínimo: una es la inercia, como en la defensa maniaca, mientras que la otra es simplemente la ausencia de vivacidad. Es aquí donde el silencio es igualado a la comunicación y la inmovilidad al movimiento. Utilizando esta idea me es posible penetrar más allá de mi objeto arraigado y llegar a la teoría de los instintos de vida y muerte. Veo que lo que no puedo aceptar es que la vida tenga a la muerte

por antítesis, salvo clínicamente en el deslizamiento hacia la manía depresiva, y en el concepto de la defensa maniaca, en la cual la depresión es negada y rechazada. En el desarrollo del niño, el vivir surge y se instaura partiendo del no vivir, y la existencia se convierte en una realidad que substituye a la inexistencia, del mismo modo que la comunicación surge del silencio. La muerte sólo adquiere sentido en los procesos vitales del niño cuando el odio ha hecho acto de presencia, cosa que sucede en una fase avanzada y muy alejada de los fenómenos que podemos utilizar para formular una teoría de las raíces de la agresión.

Así, pues, para mí no tiene valor unir la palabra «muerte» con la palabra «instinto», y aún tiene menos valor referirse al odio y a la ira empleando la expresión «instinto de muerte».

Es difícil llegar a las raíces de la agresión, pero ciertamente no nos ayuda el recurrir a antítesis tales como vida y muerte, las cuales no significan nada en la fase de inmadurez que estamos estudiando.

La otra cosa a que quiero referirme antes de finalizar este escrito es a una antítesis completamente distinta a la vida o vivacidad y que no actúa en la mayoría de nuestros casos. Generalmente, en la madre hay unos objetos internos vivos y su hijo se adapta al preconcepto materno de lo que es un niño vivo. Normalmente, la madre no está deprimida ni es depresiva. Sin embargo, en ciertos casos el objeto interno central de la madre está muerto en el momento crítico de la primera infancia de su hijo, por lo que su estado anímico es de depresión. En tal caso, el pequeño debe ajustarse desempeñando el papel de objeto muerto o, de lo contrario, debe mostrarse vivo para contrarrestar la preocupación de la madre por la idea de la muerte del hijo. Aquí la antítesis de la vida del niño es un *factor antivida* que se deriva de la depresión de la madre. Entonces la tarea del niño consiste en estar vivo, en que se le vea vivo y en comunicar que está vivo. De hecho, éste es el objetivo fundamental del individuo en semejante situación, dado que en ella se le niega algo que otros, más afortunados, poseen: la posibilidad de disfrutar de cuanto la vida y el vivir puedan traerle. Estar vivo es todo. Es una lucha constante para llegar al punto de partida y permanecer en él. No es de extrañar que haya quienes concedan especial importancia a la existencia, llegando a convertirla en una religión. (Creo que los dos libros de Ronald Laing [1960, 1961] tratan de plantear la situación de esta naturaleza con la que muchos deben enfrentarse debido a anomalías ambientales.) En el desarrollo sano o normal,

el niño (en teoría) se pone en marcha (psicológicamente) sin vida y empieza a vivir simplemente por estar vivo.

Tal como ya he dicho, este estar vivo es la comunicación precoz del niño sano con la figura materna, y se trata de algo tan inconsciente como puede ser. La vivacidad que niega la depresión materna constituye una comunicación creada para enfrentarse a lo que quepa esperar. En el niño cuya madre está deprimida el hecho de estar vivo constituye una comunicación de naturaleza tranquilizadora y constituye un handicap antinatural e intolerable para el ego inmaduro en su función integradora y de maduración general de acuerdo con un proceso heredado.

Habrán observado que al final he vuelto a tratar de la comunicación, aunque reconozco que me he permitido mucha libertad para seguir el curso de mi pensamiento.

### Resumen

He procurado plantear la necesidad que tenemos de reconocer este aspecto de la salud: el ser central incomunicado, eternamente inmune al principio de realidad, y callado para siempre. Aquí la comunicación no es verbal; es absolutamente personal, igual que la música de las esferas. Es propio del estar vivo. Y, en la salud, es de ella de donde la comunicación nace de forma natural.

La comunicación explícita es agradable y lleva consigo técnicas sumamente interesantes, incluyendo la del lenguaje. Los dos extremos —la comunicación explícita, que es indirecta, y la comunicación silenciosa, o personal, que da sensación de realidad— tienen su lugar, y en la zona cultural intermedia hay para muchos, aunque no para todos, un modo de comunicación que constituye un compromiso sumamente valioso.

El aprendizaje  
de la psiquiatría infantil<sup>1</sup>  
(1963)

Me ha sido muy difícil redactar este escrito y me parece que ello se debe a que no vamos a ocuparnos de la verdad científica ni de la verdad poética.

A decir verdad, lo que tengo que exponer *debe* verse afectado por la historia de mi propio desarrollo, *debe* acusar la influencia de mis prejuicios sobre determinadas cuestiones clave y, finalmente, *debe* ser una exposición no definitiva hecha con arreglo al reducido campo de experiencia de que goza un solo hombre.

Quiero, sencillamente, afirmar que la labor que estamos llevando a cabo y a la que actualmente se denomina «psiquiatría infantil» constituye una especialidad aparte. Si decidimos conservar la denominación de «psiquiatría infantil» debemos tener bien presente que no se trata de una parte de la psiquiatría general.

En el presente escrito exploraré la relación entre nuestra labor y las especialidades que más se le acercan. Haré, asimismo, unas cuantas sugerencias positivas.

El adiestramiento de los psiquiatras de niños dependerá de las opiniones que tengamos sobre la naturaleza de nuestra labor, y es mi intención pedir que se conserve la variedad en lo que se refiere a los caminos que a ella conducen, haciendo especial hincapié en que no se excluya la posibilidad

1. Aportación al simposio publicada por primera vez en el «Journal of Child Psychology and Psychiatry», 4, pp. 85-91.

de que a la psiquiatría infantil se llegue a través de la pediatría.

Daré por sentado que las mismas preguntas que yo formulo en este escrito se las están planteando en el Child Guidance Training Centre, en la Tavistock Clinic y en el Maudsley Child Psychiatry Department. Recientemente, este tema fue sometido a debate en la Tavistock Clinic; quienes estuvieron presentes estarán de acuerdo en que el tema fue tratado extensamente en aquella ocasión.

### ¿Qué es la psiquiatría infantil?

La primera pregunta que debemos hacernos es la siguiente: ¿Qué es la psiquiatría infantil? La labor que se lleva a cabo en psiquiatría infantil es esencialmente práctica. Cada caso es como un desafío. Puede que, desde el punto de vista clínico, logremos que el paciente mejore o que fracasemos en el empeño. Sólo hay una forma de plantear el verdadero fracaso: *el fracaso al responder ante el desafío que nos lanza el caso*. Por esta razón, la parte de nuestra labor que realizamos en privado nos demuestra, con mayor claridad que el trabajo hecho en equipo, que la esencia de cada caso se reduce a la existencia de una persona que necesita encontrarse con otra persona a un nivel profundo. Estarán de acuerdo conmigo en que de nada sirve que se reúnan los encargados de un caso si luego ninguno de ellos se encarga de aplicar a la relación personal con el paciente las conclusiones sacadas de la conferencia, ya que éstas, por sí solas, no llevan a ningún resultado práctico.

Gran parte del cometido del psiquiatra infantil se apoya en la entrevista psicoterapéutica con el niño. Si el analista no es capaz de establecer contacto con el niño de esta manera, ni siquiera podrá hacer un diagnóstico, y mucho menos alterar una situación fija o comprender lo que estén haciendo los demás miembros de su equipo. Todo programa de adiestramiento debe tener en cuenta este factor.

Asimismo, la labor del psiquiatra de niños no excluye a los padres. A veces el psiquiatra se esfuerza en trazar un plan que permita a la madre, al padre o a alguien *in loco parentis*, proveer un medio ambiente adecuado para el niño durante una fase difícil. La teoría en que se apoya esto consiste en que una provisión ambiental adecuada posibilita el proceso interno de maduración.

A menudo nos encontramos con que estamos haciendo un diagnóstico de salud, o de normalidad, pese a la existencia indudable de síntomas en el desarrollo de la relación del niño con el ser, con los padres, con la unidad o célula familiar y con el medio ambiente en general. La salud es casi sinónimo de la madurez, es decir, de la madurez propia de la edad del paciente.

### Clasificación

Me parece imposible hacer una exposición exhaustiva de nuestra labor. Así, pues, en su lugar trataré de hacer una clasificación en líneas generales:

Casos en los que se manifiestan:

- Dificultades inherentes al desarrollo emocional del individuo.  
Factores ambientales que no ayudan o que son realmente nocivos. Sintomatología basada en organizaciones defensivas relativas a dificultades inherentes entrelazadas con fallos ambientales.  
Enfermedad basada en el fallo de las defensas y la reorganización de nuevas defensas;
- Enfermedad asociada con una enfermedad física o secundaria a ésta.
- Problemas que nos llevan al límite (pediatría, neurología, psiquiatría de adultos, obstetricia).
- Enfermedad que involucre a la sociedad: la tendencia antisocial. Cooperación con el procedimiento legal.
- Problemas al límite de la especialidad pedagógica.

El psiquiatra de niños debe estar habilitado para el ejercicio de la medicina; es más, debe haber ejercido como médico, ya que deberá asumir responsabilidad por la vida y la muerte, así como por algún que otro suicidio que inevitablemente surgirá en su camino. ¿Qué más necesita? Lo primero es, por supuesto, la oportunidad de adquirir experiencia. (En este sentido estuve de suerte, ya que al ser médico del Queen's [actualmente Queen Elizabeth] Hospital for Children durante diez años, y del Paddington Green Children's Hospital desde 1923 hasta la fecha, dispuse de mi propio departamento médico, que dirigí como quise. Hector Cameron tuvo la misma suerte. Sin embargo, no creo que sean muy frecuentes semejantes oportunidades de llegar a la psiquia-

tría infantil en esta forma gradual y natural.) La moraleja que se deduce es que debemos tomar las medidas oportunas para que quienes deseen adoptar nuestra especialidad gocen de la oportunidad de hacerlo siguiendo un desarrollo natural. Si, por otra parte, al psiquiatra infantil que acaba de iniciar su carrera se le pide inmediatamente que dé clases, entonces se verá obligado a enseñar lo que han dicho otros en vez de lo que él mismo haya descubierto, lo cual es una lástima.

### *El apoyo de la psiquiatría infantil*

Debo exponer mi tema principal sin más dilación. Lo haré del siguiente modo: el psicólogo educador cuenta con el apoyo de la educación, y yo me alegro de que así sea; la educación sirve de apoyo a su proceso de aprendizaje, le da un status y cuida de su economía. Ahora bien, ¿quién apoyará a los que desempeñen una labor clínica? Las universidades miran con suspicacia la aplicación práctica de la psicología a los asuntos humanos, especialmente cuando se trata de prestar ayuda a seres humanos como individuos; asimismo, las universidades tienen recelo de la psicología a menos que se mantenga dentro de unos cauces estrictamente académicos y evite trabajar con el inconsciente dinámico.

Las diversas clases de asistentes sociales luchan en pos del reconocimiento de su categoría profesional. ¿Qué sucede con los psiquiatras de niños? ¿Quién les prestará apoyo, exceptuando el que reciben automáticamente en virtud de su capacitación médica?

Bastará con que consideremos dos tipos de apoyo: el de la pediatría y el de la psiquiatría. Cabe decir que en ambos casos nos han dejado tan mal plantados que sólo podemos tener en consideración la autonomía. El hecho de que nuestro presidente sea un pediatra puede interpretarse correctamente como indicio de que existen pediatras inteligentes que no sólo simpatizan con nosotros, sino que nos prestan apoyo de manera activa. Asimismo, en Paddington Green y luego (al quedar absorbidos) en St. Mary's, se me ha tratado generosamente y con grandes muestras de simpatía. Pero no debo permitir que mi buena suerte me impida ver cuál es la situación general. La pediatría no ha desempeñado con acierto su papel de madre de la psiquiatría infantil, y lo mismo puede decirse de la psiquiatría.

En primer lugar haré referencia a la psiquiatría de adul-

tos, después a la pediatría y, finalmente, procuraré formular algo positivo.

### **La psiquiatría**

¿Hasta qué punto es posible confiar a la psiquiatría general la misión de representar a la psiquiatría infantil a nivel de planificación? Me atrevo a decir que el psiquiatra general no suele ser consciente de lo que hace y es el psiquiatra de niños. Si así es, ¿cómo puede representar a la psiquiatría infantil? Huelga decir que ambos campos coinciden en muchísimos puntos. ¿Quién podría decir si un defecto mental es psiquiátrico, neurológico o pediátrico? La respuesta es innecesaria. Además, la adolescencia va dando paso a la edad adulta, por lo que la psiquiatría infantil coincide con la psiquiatría de adultos cuando los pacientes quedan detenidos en su desarrollo en la fase en que normalmente sus murrias de adolescente se resuelven normalmente. Asimismo, los padres y las figuras paternas suelen dar muestras de enfermedad en sentido psiquiátrico; y en las clínicas de psiquiatría infantil aparecen periódicamente síndromes psiquiátricos de tipo adulto. Siempre habrá cierto número de psiquiatras de niños que antes se habrán graduado en psiquiatría de adultos. Debo decir que no tengo el menor deseo de que esto cambie. En todo caso, el psiquiatra de adultos nos hará falta para cuidarnos cuando nosotros mismos empecemos a declinar. No obstante, quiero expresar la opinión de que la psiquiatría de adultos se ocupa de problemas ajenos a los nuestros. Si su hijo desea dedicarse a la psiquiatría infantil y usted le aconseja que antes se gradúe en psiquiatría, le estará aconsejando que desperdicie una gran cantidad de tiempo que aprovecharía mejor estudiando pediatría.

¿Acaso no es cierto que la psiquiatría de adultos nació de la preocupación que inspiraban las personas que padecían enfermedades del cerebro, o las personas a las que se creía víctimas de algún trastorno físico o heredado? ¿Acaso no es cierto que la psiquiatría de adultos se ha aferrado a la bioquímica y a la neurofisiología del trastorno mental, y que en este país, lo ha hecho a costa del estudio de las posibles ventajas que ofrecía la cooperación con la psicología dinámica? El hecho resulta comprensible si tenemos en cuenta que el psiquiatra de adultos carga sobre sus espaldas la terrible tarea que representa la locura incurable, así como el pro-

blema casi insoluble que plantea la atención hospitalaria a los dementes. Pero son precisamente estas razones las que aconsejan la separación de las dos psiquiatrías, la de niños y la de adultos, especialmente en lo que se refiere al adiestramiento de los psiquiatras.

#### *Campos de incumbencia*

La psiquiatría de adultos se ocupa de dos series de problemas:

- a) El trastorno de la mente que constituye un efecto secundario de tendencias heredadas, de deficiencias del tejido cerebral, de enfermedades degenerativas de índole general, tales como la arteriosclerosis, que afectan al cerebro de manera incidental.
- b) Trastornos de la mente que constituyan la evidencia retardada de afecciones emocionales precoces.

Dentro de esta segunda categoría cae la mayor parte de los casos psiquiátricos adultos, casos en los que el psiquiatra de adultos *siempre demasiado tarde*. En todos los casos de este segundo grupo, el comienzo de la enfermedad se remonta a la primera infancia o a la infancia del paciente. Como es natural, a la sazón el niño se hallaba bajo el cuidado del pediatra aunque, en bien de la tranquilidad de espíritu de éste, debe tenerse en cuenta que él ignoraba lo que estaba sucediendo. De saberlo, es posible que llamase en su ayuda al psiquiatra de niños. Cierta proporción de casos psiquiátricos adultos son el resultado del fracaso sufrido por los departamentos pediátricos y psiquiátricos trabajando en combinación. Nuestros éxitos se las arreglan sin tener que acudir al departamento de psiquiatría de adultos.

La psiquiatría de niños se ocupa de:

- a) El desarrollo de la personalidad y del carácter del individuo sano, es decir, en la normalidad y dentro de diversas pautas sociales y familiares.
- b) Los trastornos del desarrollo emocional en sus comienzos, así como en sus primeras fases, cuando las defensas se hallan en proceso de transformación en síndromes, y a medida que éstos se entrelazan con la provisión y reacción ambientales.

La inmensa mayoría de nuestros casos pueden tratarse satisfactoriamente (como problemas clínicos). Todas las mejoras que nosotros iniciamos son susceptibles de ser ampliadas debido a que nuestros pacientes son inmaduros y ello nos permite poner en marcha el proceso de crecimiento. Raramente nos encontramos con trastornos producidos por la degeneración de los tejidos, factor que nos distingue de quienes ejercen la psiquiatría entre adultos. Es más, a menudo podemos confiar en los padres en el sentido de que sean ellos, gracias a su adaptación a las necesidades del pequeño, quienes hagan de su hogar el hospital mental o casa de reposo donde el enfermo será tratado.

#### *La psiquiatría y la teoría del desarrollo de la personalidad*

Quisiera aprovechar la ocasión para decir que a mí, personalmente, no me impresiona la aportación que la psiquiatría de adultos ha hecho a la comprensión del proceso de desarrollo que conduce al crecimiento de la personalidad y a la instauración del carácter. Se dice que el ejercicio de la psiquiatría ha avanzado mucho durante los últimos treinta años, pero también podríamos achacarle unas cuantas cosas negativas. Al llegar aquí, debo advertir al lector que voy a dar rienda suelta a la expresión de algunas opiniones decididamente personales. Al caer en desuso la palabra «asilo», se ha hecho casi imposible que el paciente encuentre asilo, como no sea en algún establecimiento religioso. Asimismo, el tratamiento intermitente ha producido mejoras clínicas en un buen número de casos, pero ¿acaso ha añadido algo a la comprensión del desarrollo de la enfermedad o al conocimiento de cómo actúa el tratamiento? ¿Tal vez al aplicar convulsiones el psiquiatra ayuda al paciente a suicidarse sin morir? Asimismo, en el transcurso de un tratamiento terapéutico a base de convulsiones, se desarrolla en el paciente un sentimiento de odio hacia el tratamiento (odio que no llega al asesinato) que puede producir una valiosa integración de una personalidad no integrada. Pero si hay algo de verdad en estas teorías, no por ello puede decirse que las mismas proceden de la psiquiatría. Para terminar mi serie de quejas personales, diré que el tratamiento de la leucotomía me dejó realmente horrorizado y me hizo concebir tal sospecha ante la psiquiatría de adultos que no espero recobrame nunca de ella. En la leucotomía, que por suerte ya no se practica, lo único que pude ver fue que al delirio demen-



cial del paciente se contraponía otro tipo de delirio, éste por parte del doctor.

Quizás pocos compartan estos prejuicios personales. Los perros se muestran reacios a comer perro, y del mismo modo, la profesión médica muestra escasa disposición a criticar a los colegas. Sin embargo, a veces debemos criticar y esperar que nos critiquen, y podemos hacerlo sin salirnos de los límites impuestos por el respeto mutuo entre personas.

Me alegro de no haber trabajado nunca en un hospital mental donde hubiese tenido que hacer estas cosas que a mí me parecen malas. Al ser incapaz de llevarlas a cabo, hubiese vuelto a la pediatría física, campo en el que hubiese disfrutado inmensamente, pero que me hubiese privado de muchas cosas valiosas que me ha dado el ejercicio de la psiquiatría infantil.

### La pediatría

• Abordaré ahora el tema de la pediatría. Como es bien sabido, siento predisposición a considerar a la pediatría la base natural del adiestramiento de quienes vayan a dedicarse a la psiquiatría de niños. La pediatría brinda al estudiante y al doctor la mejor oportunidad para llegar a conocer realmente a los pacientes y a sus padres. Si lo desean, los pediatras pueden ser psiquiatras de niños sin saberlo. El pediatra debe estar capacitado para hacer frente a las situaciones críticas de índole físico, lo cual lo coloca en una posición excelente para dirigir la relación doctor-padres. Teniendo como pretexto la alimentación del niño, el pediatra puede colaborar con la madre en la delicada tarea de presentar el mundo al pequeño y, por consiguiente, sentar las bases de la salud mental del pequeño, que constituye la parte negativa de los trastornos propios del hospital mental. Fue en calidad de pediatra en ejercicio que pude constatar la importancia terapéutica de la recopilación de datos, descubriendo que ésta, siempre y cuando no se haga con el único objeto de recopilar información, proporciona una oportunidad inmejorable para la terapia. A mi modo de ver, el psicoanálisis constituye una vasta ampliación de la recopilación de datos, siendo la terapia su derivado.

A lo largo de toda mi carrera no he dejado de creer que la pediatría es la raíz adecuada de la psiquiatría infantil. El principal objetivo del presente escrito es pedir que al planificar todo programa de estudio se deje vía libre para aque-

llos doctores que quieran llegar a la psiquiatría de niños a través de la pediatría. Me refiero al ejercicio de la pediatría, durante más de un decenio. Si el doctor se ve obligado a seguir el aprendizaje de la psiquiatría de adultos, si se ve forzado a obtener un DPM,<sup>2</sup> entonces, inevitablemente, dejará de ser un pediatra en ejercicio en el verdadero sentido del término. Hay tanto que aprender y *experimentar en el ejercicio de la pediatría* que resulta imposible dedicarse a otra especialidad tal como la psiquiatría, en la que hay muchísimas cosas que no guardan relación alguna con los niños.

Tengo esta opinión firmemente arraigada pese a que la pediatría no ha desempeñado el papel que le tocaba desempeñar en relación con la psiquiatría infantil. Se han desperdiciado ya veinticinco años desde que a los responsables de la pediatría en este país se les enseñó que la psiquiatría infantil constituye la mitad de la pediatría. La pediatría oficial ha rehuido el asunto deliberadamente y de nada servirá ahora esperar más a que la psiquiatría de niños se una a la pediatría física. Esto es algo que podría haberse hecho, pero no ha sido así.

### La psiquiatría infantil por derecho propio

Sin embargo, a la psiquiatría infantil le queda la opción de dar preferencia a los pediatras y a exigir adiestramiento y experiencia en pediatría. La única solución estriba en que la psiquiatría infantil adquiera una personalidad propia y establezca su propio programa de adiestramiento. Quisiera preguntar lo siguiente: ¿Es que el catedrático de pediatría se ha reunido alguna vez con el catedrático de psiquiatría para hablar de si algún día habrá un catedrático de psiquiatría infantil?

Pero sucede que a veces los pediatras creen que el paso a la psiquiatría infantil es cosa fácil, que basta con cambiar la placa de la puerta y, en lugar de la habitual que dice «pediatra», colocar otra que diga «especialista en infancia» o algo parecido. Por supuesto, eso es imposible. Si el pediatra se decide a pasarse a la psiquiatría infantil, debe estar dispuesto a efectuar un cambio de orientación y a renunciar a gran parte del poder que ejercía en calidad de pediatra físico.

2. Diploma de Medicina Psicológica (Diploma of Psychological Medicine).

### El lugar del psicoanálisis

Esto nos lleva a examinar la relación existente entre la psiquiatría de niños y el psicoanálisis. Seré breve porque no creo que sea éste el tema principal de esta reunión. No obstante, es imposible rehuir el tema. Pese a estar comprometido con la idea de que la pediatría constituye la mejor preparación posible para la psiquiatría infantil, debo afirmar sin pérdida de tiempo que la preparación realmente necesaria (sea para pediatras o para psiquiatras) es la que se obtiene del psicoanálisis. Me parece importante que lo que voy a decirles ahora sea universalmente admitido, mientras que hace unos años resultaba algo revolucionario. Sé por experiencia que el ser analista o el haber sido admitido para estudiar en el Institute of Psycho-Analysis representa una buena baza para quien aspire a un puesto en el campo de la psiquiatría infantil. (A efectos de este escrito debo incluir también a quienes hayan sido educados con arreglo a las teorías de Jung, pese a que existen grandes diferencias entre las dos disciplinas.) Muchos de los psiquiatras que dirigen clínicas para niños han seguido alguno de estos programas de adiestramiento. Naturalmente, esto no significa que el adiestramiento psicoanalítico dé todo cuanto hace falta para la psiquiatría infantil, ya que se ocupa exclusivamente de enseñar el psicoanálisis de niños y adultos. Pero lo cierto es que en él se incluye la enseñanza de una teoría sobre el desarrollo infantil, teoría que es dinámica y que puede aplicarse. Algunas instituciones que van más allá y preparan para la psiquiatría infantil —la Tavistock Clinic, por ejemplo— exigen con más o menos empeño que el aspirante se haya formado en el psicoanálisis; en otras es cosa corriente, y en la Hampstead Clinic, de la señorita Freud, donde se enseña a los psicoterapeutas no profesionales, los estudios, como es lógico, están orientados hacia el psicoanálisis y sus teorías.

Mi tesis es que el pediatra que sea capaz de asumir la responsabilidad por los casos que trate tiene una excelente oportunidad para llegar a ser psiquiatra de niños sí, al mismo tiempo que va adquiriendo experiencia en la faceta física, le es posible seguir el aprendizaje psicoanalítico.

#### La selección

Todo esto enlaza con la idea de la selección. Lo importante en el aprendizaje psicoanalítico reside en

el análisis personal del aspirante. A efectos de este escrito quisiera que este análisis personal fuese considerado parte integrante de la selección. El adiestramiento psicoanalítico se imparte después de la selección, y el procedimiento selectivo se lleva a cabo con gran seriedad. En primer lugar hay una auto-selección; luego la selección, seguida de otra autoselección que marcha paralelamente con el análisis del paciente. En lo que respecta a la psiquiatría infantil, es esencial que una junta formada por personas responsables se encargue de llevar a cabo una escrupulosa selección con arreglo a la personalidad, salud y madurez del aspirante. El quid de la cuestión es el siguiente: ¿Quién seleccionará, y seguirá seleccionando, y tendrá derecho a rechazar al aspirante a psiquiatra de niños? He aquí una importante aportación que podría ir a cargo del Institute of Psycho-Analysis. No se puede estar seguro, por ejemplo, de que el médico que llamaríamos sin vacilar para cuidar a nuestros hijos cuando caen enfermos, o que el psiquiatra a quien encargaríamos el tratamiento de nuestra madre o hermano, sea la misma persona que escogeríamos para el ejercicio de la psiquiatría infantil. Es ésta una cuestión cargada de dificultades, pero la idea de que pudiera entrarse en la psiquiatría infantil sin selección alguna resulta mucho peor que la posibilidad de que haya psiquiatras de niños que no tengan el DPM, o que no hayan trabajado en un hospital para enfermos mentales.

#### Conclusión

Ante todo establezcamos la psiquiatría infantil como especialidad por propio derecho; dejemos luego que los psiquiatras de adultos sigan introduciéndose en el campo de la psiquiatría de niños, suponiendo que estén de acuerdo en someterse a un adiestramiento psicoanalítico, incluyendo un procedimiento selectivo y un análisis personal, y a estudiar el desarrollo físico y emocional de los niños. Asimismo, demos igual oportunidad al pediatra, sin olvidarnos de los mismos requisitos. Pero estas cosas no pueden hacerse sin la cooperación activa de la psiquiatría oficial y de la pediatría oficial, ya que es necesario contar con apoyo financiero para el programa de adiestramiento analítico. Además, deben tomarse las medidas oportunas para que el pediatra, el psiquiatra o el psiquiatra infantil, no se encuentre con que su valiente esfuerzo para capacitarse analíticamente no redunde en per-

juicio de la ocupación que le proporciona la seguridad imprescindible para mantener a su familia.

### Resumen

La psiquiatría infantil es una especialidad por cuenta propia, mientras que la psiquiatría general se ocupa de procesos degenerativos y fenómenos neurológicos que no revisten importancia en el campo de la psiquiatría de niños normales. La psiquiatría infantil se ocupa del desarrollo emocional del individuo-niño y de las interferencias sufridas en el proceso de maduración a causa del medio ambiente y de los conflictos internos del niño. Esto hace que la psiquiatría infantil esté emparentada con la pediatría.

Al psiquiatra y al pediatra les es necesario un entrenamiento suplementario como el que se imparte en el psicoanálisis y en la psicología analítica. En los respectivos institutos existe el mecanismo necesario para la selección.

Siempre habrá quienes lleguen a la psiquiatría infantil procedentes del campo de la psiquiatría general, pero lo cierto es que es importante mantener expedita la ruta que atraviesa el ejercicio de la pediatría.

## Psicoterapia de los trastornos de carácter<sup>1</sup> (1963)

Si bien el título elegido para este escrito es el de «Psicoterapia de los trastornos de carácter», resulta imposible soslayar el examen de lo que significa «trastorno de carácter». Según Fenichel (1945, p. 539):

Cabe preguntarse si existe algún análisis que no sea un «análisis de carácter». Todos los síntomas son el producto de unas actitudes específicas del ego que en el análisis se presentan en forma de resistencias y que se han desarrollado durante los conflictos de la infancia. Esto es cierto. Y en cierta medida, realmente, todos los análisis son análisis de carácter.

Y de nuevo insiste:

Los trastornos de carácter no forman una unidad nosológica. Los mecanismos en que se apoya el trastorno de carácter pueden ser tan diferentes como los mecanismos que forman la base de las neurosis de síntomas. Así, será más fácil tratar un carácter histérico que otro compulsivo, y éste más fácil que otro narcisista.

Está claro que o bien el término es demasiado amplio para que resulte útil o tendré que darle una aplicación especial. En este último caso se hace necesaria una explicación del significado con que lo emplearé en este escrito.

En primer lugar, la confusión se hará inevitable si no se pone en claro que son muy distintos los fenómenos que acu-

1. Leído ante el XI Congreso Europeo de Psiquiatría Infantil, Roma, mayo-junio de 1963.

den a la mente cuando se emplean estos tres términos: «carácter», «un buen carácter» y «trastorno de carácter». Además, todo intento de estudiar los tres a la vez resultaría artificial, pese a que existe una interrelación entre ellos.

Freud escribió (1905b) que un «carácter razonablemente estable» constituye uno de los requisitos previos de todo análisis satisfactorio (Fenichel, 1945, p. 537); pero lo que estamos estudiando es la *inestabilidad* de la personalidad, y Fenichel pregunta: ¿Es posible tratar esta inestabilidad? Hubiese podido preguntar esto: ¿Cuál es su etiología?

Cuando examino trastornos de carácter lo que hago es examinar *personas completas*. El término implica cierto grado de integración, lo cual es por sí mismo un indicio de salud psiquiátrica.

Los papeles que han precedido al mío nos han enseñado mucho y han reforzado mi concepción del carácter como algo propio de la integración. El carácter es una manifestación del éxito de la integración, mientras que el trastorno de carácter constituye una deformación de la estructura del ego, si bien la integración no desaparece por ello. Tal vez convenga recordar que la integración tiene un factor temporal. El carácter del niño se forma sobre la base de un proceso ininterrumpido de desarrollo, y en este sentido el niño cuenta con un pasado y un futuro.

Parecería aconsejable hablar de «trastorno de carácter» para describir el intento que realiza el pequeño para dar cabida a sus propias anomalías o deficiencias de desarrollo. Damos siempre por sentado que la estructura de la personalidad es capaz de soportar la tensión a que se ve sometida por la anomalía. El niño necesita ajustarse a su patrón personal de angustia, compulsión, estado anímico, suspicacia, etcétera, así como relacionarlo con las exigencias y requisitos de su medio ambiente inmediato.

En mi opinión, el valor del término corresponde específicamente a una descripción de la deformación de la personalidad que se produce *cuando el niño necesita dar cabida a cierto grado de tendencia antisocial*. Esta afirmación nos lleva inmediatamente a aclarar el empleo que del término hago yo.

Yo lo utilizo no tanto para concentrar la atención en el comportamiento como en las raíces del mal comportamiento que se extienden sobre toda la zona intermedia entre la normalidad y la delincuencia. La tendencia antisocial podemos observarla incluso en nuestro propio niño normal que, a los dos años de edad, roba una moneda del bolso de su madre.

La tendencia antisocial nace siempre de la *privación* y representa el intento que hace el niño para remontar esta privación hasta llegar al estado de cosas existente cuando todo iba bien. No me es posible desarrollar este tema aquí, pero esta cosa a la que yo llamo «tendencia antisocial» debe ser citada, ya que surge regularmente al hacer la disección de los trastornos de carácter. Al dar cabida a su tendencia antisocial, puede que el niño la oculte, que desarrolle una formación reactiva ante ella (por ejemplo, convirtiéndose en una persona *gazmoña*), que en él nazca un sentimiento de agravio que lo haga refunfuñar constantemente, que se acostumbre a soñar despierto, a mentir, a masturbarse crónicamente, a orinarse en la cama, chuparse el pulgar compulsivamente, frotarse las ingles, etc. En caso contrario, es posible que su tendencia antisocial se manifieste periódicamente por medio de *trastornos de comportamiento*. Estos trastornos van siempre asociados con la esperanza y consisten en robar o en actividades agresivas y destructivas. Son de índole compulsiva.

Así, pues, el trastorno de carácter, tal como yo lo veo, se refiere de forma muy significativa a la deformación de la personalidad *intacta* resultante de los elementos antisociales que en ella se hallan. Es el elemento antisocial lo que determina la participación de la sociedad. La sociedad (la familia del niño, etc.) debe responder al desafío y debe *aprobar o desaprobar* el carácter y el trastorno de carácter.

He aquí, pues, el inicio de una descripción:

Los trastornos de carácter no son esquizofrenia. En el trastorno de carácter existe una enfermedad que se oculta en la personalidad *intacta*. En cierto modo y hasta cierto punto, los trastornos de carácter involucran activamente a la sociedad.

Los trastornos de carácter pueden dividirse con arreglo a:

El éxito o fracaso por parte del individuo en el intento que hace la personalidad total para ocultar el elemento de enfermedad. En este caso el éxito consiste en que la personalidad, pese a quedar empobrecida, se hace capaz de socializar la deformación del carácter con el fin de obtener beneficios secundarios o de encajarla con alguna costumbre social.

El fracaso significa que el empobrecimiento de la personalidad lleva consigo un fallo al instaurar una relación con

la sociedad como un todo y producido por el elemento de enfermedad que se halla oculto.

De hecho, la sociedad desempeña su papel en la determinación del destino de la persona aquejada de un trastorno de carácter, y lo hace de diversas maneras. Por ejemplo:

La sociedad tolera la enfermedad individual en cierto grado;

la sociedad tolera el fracaso de la aportación individual;

la sociedad tolera o incluso disfruta de las deformaciones del modo en que el individuo hace su aportación; o la sociedad responde al reto de la tendencia antisocial de un individuo, y su reacción se ve motivada por:

1. La venganza.
2. El deseo de socializar al individuo.
3. La comprensión y aplicación de la misma a la prevención.

El individuo con un trastorno de carácter puede sufrir de:

- a) Empobrecimiento de la personalidad, sentimiento de agravio, irrealidad, conciencia de la falta de una finalidad seria, etc.;
- b) Falta de socialización.

He aquí, pues, una base para la psicoterapia, ya que la psicoterapia está relacionada con el sufrimiento y necesidad de ayuda del individuo. Pero este sufrimiento, en lo que hace al trastorno de carácter, corresponde únicamente a las fases precoces de la enfermedad del individuo; los beneficios secundarios se hacen rápidamente cargo de la situación, mitigando el sufrimiento e interfiriéndose con el impulso individual de buscar ayuda o aceptar la ayuda que se le ofrece.

Debemos admitir que en lo que se refiere al «éxito» (ocultación y socialización del trastorno de carácter), la psicoterapia hace que el individuo enferme, ya que la enfermedad se halla entre la defensa y la salud del individuo. Por contra, en cuanto al «fracaso» de la ocultación del trastorno de carácter, si bien al principio puede que haya en el individuo el impulso de buscar ayuda, éste, debido a las reacciones de la sociedad, no lleva forzosamente al paciente al tratamiento de la enfermedad profunda.

La clave para el tratamiento del trastorno de carácter nos la proporciona el papel que juegue el medio ambiente en el caso de *curación natural*. El medio ambiente es capaz de «curar» los casos leves, ya que la causa de los mismos consistía en un fallo ambiental en el apoyo y protección del ego, fallo que se produjo en una fase de dependencia del individuo. Esto explica por qué los niños se curan regularmente de los trastornos incipientes de carácter que surgen a lo largo de la niñez gracias sencillamente al aprovechamiento de la vida en el hogar. A los padres se les ofrece una segunda y una tercera oportunidad de salvar a sus hijos enfermos pese a los fallos de dirección —inevitables en su mayor parte— que se producen en las etapas más precoces, cuando el pequeño se halla en estado de suma dependencia. Por consiguiente, la vida en familia es el factor que ofrece la mejor oportunidad de investigar la etiología del trastorno de carácter; y de hecho es la vida en familia, o su sustituto, lo que permite que el carácter del niño se forme positivamente.

#### La etiología del trastorno de carácter

Al considerar la etiología del trastorno de carácter es necesario dar por sentado tanto el proceso de maduración del niño, la esfera libre de conflictos del ego (Hartmann), y también el movimiento hacia adelante impulsado por la angustia (Klein), como la función del medio ambiente que posibilita los procesos de maduración. La provisión ambiental debe ser lo bastante «buena» si se espera que la maduración se haga real en el caso de un niño determinado.

Teniendo esto presente, uno puede decir que existen dos extremos de deformación y que ambos se relacionan con la fase de maduración del individuo en la que el fallo ambiental se impuso sobre la capacidad del ego para organizar defensas:

En un extremo se hallan las formaciones de síntomas *psiconeuróticos* que ocultan el ego (y que se instauran en relación con la angustia propia del complejo de Edipo). Aquí la enfermedad oculta consiste en un conflicto dentro del inconsciente personal del individuo.

En el otro extremo se encuentran las formaciones de síntomas *psicóticos* que ocultan el ego (escisión, disociaciones, soslayamiento de la realidad, despersonalización, regresión y dependencias omnipotentes, etc.). En este caso la enfermedad oculta se halla en la estructura del ego.

Sin embargo, la cuestión de la esencial participación de la sociedad no depende de la respuesta a esta pregunta: la enfermedad oculta ¿es psiconeurótica o psicótica? En efecto, en el trastorno de carácter hay otro elemento: la correcta percepción, por parte del individuo, de la primera infancia, de que al principio todo iba bien, o bastante bien, y que luego no todo iba bien. Dicho de otro modo: que en cierto momento, o durante una fase del desarrollo, se produjo un fallo real del apoyo del ego que detuvo el desarrollo emocional del individuo. La reacción del individuo ante este contratiempo ocupó el lugar del simple crecimiento. Los procesos de maduración se atascaron debido a un fallo en el medio ambiente posibilitador.

Si es correcta, esta teoría sobre la etiología del trastorno de carácter nos lleva a un replanteamiento del trastorno de carácter en su comienzo. El individuo situado dentro de esta categoría sigue adelante con dos cargas separadas. Una de éstas es, por supuesto, la carga que representa un proceso de maduración perturbado y, en algunos aspectos, impedido o aplazado. La otra carga es la esperanza, en ningún momento totalmente extinguida, de que el medio ambiente se dé cuenta del fallo específico que produjo los desperfectos y que tome las medidas necesarias para subsanarlo. En la inmensa mayoría de los casos, los padres, familiares o tutores del niño se dan cuenta del «chasco» (tan a menudo inevitable) sufrido por el niño y mediante un período de cuidados o mimos especiales, al que podríamos denominar «de cuidados mentales», logran que el pequeño se recupere del trauma.

Cuando la familia no arregla sus fallos, el niño sigue adelante con ciertos handicaps, ocupándose de:

- a) Organizarse para llevar una vida a pesar del impedimento emocional, y
- b) constantemente susceptible de vivir momentos de esperanza, momentos en que diríase que es posible obligar al medio ambiente a que efectúe una cura (de aquí: la interpretación o *acting-out*).

Entre el estado clínico del niño que ha sido dañado del modo que estamos viendo y la reanudación del desarrollo emocional de este mismo niño, y todo cuanto ello significa en términos de socialización, existe esta necesidad de hacer que la sociedad se dé cuenta y resarza. Detrás del desajuste o inadaptación de un niño hay siempre un fallo del medio ambiente, el cual no ha conseguido ajustarse a las necesidades

absolutas del pequeño en un momento de dependencia relativa. (Originariamente, semejante fallo es de crianza.) Luego cabe añadir algún fallo de la familia consistente en no saber curar los efectos causados por estos otros fallos; y luego podemos añadir el fallo de la sociedad al ocupar el lugar de la familia. Que quede bien claro que en este tipo de casos es posible demostrar que el fallo inicial tuvo lugar en un momento en que el desarrollo del niño había alcanzado un punto en que le permitía percibir el fallo y la naturaleza de la inadaptación o desajuste del medio ambiente.

Entonces el niño da muestras de una tendencia antisocial que, como ya he dicho, en la fase anterior al desarrollo de beneficios secundarios constituye siempre una manifestación de esperanza. Esta tendencia antisocial es susceptible de aparecer bajo dos formas:

- a) Dirigiendo las exigencias hacia el dinero, el tiempo, la preocupación etc., de la gente (lo cual se manifiesta mediante el robo);
- b) esperando ese grado de fortaleza, organización y «rehabilitación» estructural que es esencial para que el niño pueda descansar, relajarse, desintegrarse, sentirse seguro (lo cual se manifiesta mediante la destrucción y la severa dirección que la misma provoca).

Partiendo de esta teoría de la etiología del trastorno de carácter, puedo proceder a examinar la terapia.

### Indicaciones sobre la terapia

La terapia del trastorno de carácter tiene tres finalidades:

- a) Una disección hasta llegar a la enfermedad que permanece oculta y que aparece en la deformación de carácter. A guisa de preparación de la misma, puede transcurrir un período en el cual el individuo es invitado a convertirse en paciente, a estar enfermo, en lugar de esconder la enfermedad;
- b) El enfrentamiento con la tendencia antisocial que, desde el punto de vista del terapeuta, pone en evidencia el hecho de que en el paciente hay esperanza y a la que debe considerarse como un SOS, un *cri de coeur*, una señal indicando la necesidad de auxilio;

- c) un análisis que tenga en cuenta la deformación del ego como la explotación, por parte del paciente, de sus impulsos del id durante sus intentos de autocuración.

La tentativa de enfrentarse a la tendencia antisocial del paciente presenta dos aspectos:

Tolerar que el paciente reivindique unos derechos en términos de gozar del amor y la estabilidad de una persona.

La provisión de una estructura de apoyo al ego que resulte relativamente indestructible.

Según se desprende de esto, de vez en cuando el paciente estará actuando (*acting-out*), hecho que, mientras guarde relación con la transferencia, podrá ser dirigido e interpretado. Los problemas que se presentan en la terapia lo hacen en relación con una actuación (*acting-out*) antisocial ajena a toda la maquinaria terapéutica, esto es, que involucre a la sociedad.

En cuanto al tratamiento de la enfermedad oculta y de la deformación del ego, lo que hace falta es recurrir a la psicoterapia. Pero, al mismo tiempo, la tendencia antisocial, tal y como aparezca, no debe dejarse de lado. La finalidad de esta parte del tratamiento consiste en llegar al trauma originario. Esto debe hacerse en el transcurso de la psicoterapia o, en su defecto, durante la dirección especializada que se provea.

En esta tarea, los fallos del terapeuta o de aquellos que dirijan la vida del niño serán reales y reproducirán, en forma de recuerdo, los fallos originarios. Estos fallos son muy reales, especialmente en la medida en que el paciente sea objeto de regresión a la dependencia de la edad apropiada o, de otro modo, al recuerdo. El reconocimiento del fallo cometido por el analista o por el tutor permite al paciente enfadarse adecuadamente en vez de quedar traumatizado. *El paciente necesita remontarse, mediante el trauma de la transferencia, hasta alcanzar el estado de cosas que prevalecía antes del trauma originario.* (En algunos casos existe la posibilidad de que se llegue rápidamente al trauma de privación en la primera entrevista.) La reacción ante el fallo actual sólo tiene sentido en la medida en que este fallo actual sea el fallo ambiental originario desde el punto de vista del niño. Los procesos de maduración del paciente quedan libres mediante la reproducción en el tratamiento de los ejemplos que vayan surgiendo del fallo ambiental originario, así como mediante la experiencia de ira que el paciente sienta ante ellos. No hay que olvidar que

el paciente se halla en estado de dependencia y que, dentro del marco del tratamiento, necesita apoyo del ego y dirección ambiental (sostenimiento); además, la fase siguiente debe consistir en un período de crecimiento emocional en el cual el carácter vaya formándose positivamente y perdiendo sus deformaciones.

En los casos favorables la actuación (*acting-out*) propia de estos trastornos queda confinada a la transferencia, o cabe hacerla participar positivamente en la misma mediante la interpretación del desplazamiento, el simbolismo y la proyección. En un extremo se halla la curación «natural» y corriente que tiene lugar en el seno de la familia del niño. En el otro se encuentran los pacientes gravemente trastornados cuya actuación (*acting-out*) hace que el tratamiento a base de interpretación resulte imposible debido a que el trabajo se ve interrumpido por la reacción de la sociedad ante el robo y la destructividad.

En un caso moderadamente severo, la actuación (*acting-out*) puede dirigirse siempre y cuando el terapeuta comprenda su significado e importancia. Cabe decir que esta actuación constituye la alternativa a la desesperanza. La mayor parte del tiempo el paciente no alberga esperanzas de corregir el trauma originario y, por consiguiente, vive en un estado de relativa depresión o de disociaciones que disimulan el estado catóxico que constantemente lo amenaza. Sin embargo, cuando el paciente empieza a establecer una relación objetiva, o a catectar a una persona, entonces se pone en marcha una tendencia antisocial, una compulsión bien a reivindicar (robar) o bien a activar, mediante un comportamiento destructivo, una dirección rigurosa e incluso vindicativa.

En cada caso, si se espera que la psicoterapia tenga éxito, es necesario que se ayude al paciente a superar una o muchas de estas delicadas fases de comportamiento antisocial manifiesto. Por desgracia, es precisamente en estos momentos críticos cuando con frecuencia se interrumpe el tratamiento. El motivo de que se abandone el caso no es necesariamente que la situación se haya hecho intolerable, sino que, probablemente, se debe a que quienes lo llevan ignoran que estas fases de actuación (*acting-out*) son inherentes y que, de hecho, pueden tener un valor positivo.

En los casos graves, estas fases de la dirección o del tratamiento presentan unas dificultades tan grandes que la ley (la sociedad) se hace cargo de la situación, al mismo tiempo que la psicoterapia queda en suspenso. La venganza de la sociedad pasa a ocupar el sitio de la piedad y la comprensión, y el

individuo deja de sufrir y de ser un paciente para convertirse en un delincuente con manía persecutoria.

Es mi deseo llamar la atención sobre el *elemento positivo del trastorno de carácter*. Cuando el individuo que está tratando de asimilar cierto grado de tendencia antisocial no consigue alcanzar un trastorno de carácter, el hecho nos indica que el individuo en cuestión es propenso al colapso psicótico. El trastorno de carácter indica que la estructura del ego del individuo es capaz de sujetar las energías propias del impedimento de los procesos de maduración así como las anomalías de la interacción del individuo-niño y la familia. Hasta el momento en que los beneficios secundarios se conviertan en un rasgo de la personalidad, el individuo con trastornos de carácter se halla siempre expuesto a caer en la paranoia, la manía depresiva, la psicosis o la esquizofrenia.

Diremos, para resumir, que la exposición del tratamiento del trastorno de carácter podemos empezarla diciendo que dicho tratamiento es como el de cualquier otro trastorno psicológico: el psicoanálisis, si es que hay posibilidad de llevarlo a cabo. De ello se desprenden las siguientes consideraciones:

1. Puede que el psicoanálisis tenga éxito, pero el analista debe estar preparado a encontrarse con la actuación (*acting-out*) durante la transferencia, y debe comprender la importancia de la misma, y ser capaz de darle un valor positivo.
2. Puede que el análisis sea fructífero pero difícil debido a que la enfermedad oculta tenga rasgos psicóticos, de tal manera que el paciente tendrá que ponerse enfermo (psicótico, esquizoide) antes de empezar a recuperarse. Todos los recursos del analista serán necesarios para tratar los mecanismos primitivos de defensa que caracterizarán el caso.
3. Puede que el análisis esté dando resultados, pero, dado que la actuación (*acting-out*) no queda restringida a la relación de transferencia, el paciente puede escapar al alcance del analista debido a la reacción de la sociedad ante la tendencia antisocial del paciente o debido a la acción de la ley. En este particular hay lugar para muchas variaciones que obedecen a lo impredecible de la reacción de la sociedad, reacción que va desde la venganza sin paliativos hasta la expresión del deseo de dar al paciente la oportunidad de efectuar una socialización tardía.

4. En muchos casos, el trastorno de carácter incipiente es tratado con éxito en el hogar del niño mediante una fase o fases de dirección especial (consentimiento) o, en su lugar, por medio de cuidados o un control estricto marcadamente *personales* y a cargo de una persona que ame al niño. Extensión de este procedimiento lo constituye el tratamiento del trastorno incipiente o precoz de carácter sin recurrir a la psicoterapia, mediante la dirección en grupos creados para dar al niño la dirección especial que su propia familia no puede darle.
5. Cuando el paciente inicia el tratamiento, puede que ya haya en él una tendencia antisocial fija y manifiesta, así como una actitud endurecida que se ve alentada por los beneficios secundarios. En tales casos ni siquiera se suscita la cuestión del psicoanálisis, sino que se persigue brindar al paciente una dirección firme a cargo de personas comprensivas. Esto se hace a modo de *tratamiento*, sin esperar a tener que hacerlo a modo de *correctivo* por indicación de un tribunal de justicia. Si es posible, se añade la psicoterapia personal al tratamiento.

Finalmente:

6. El caso de trastorno de carácter puede presentarse como caso para los tribunales, al mismo tiempo que la reacción de la sociedad se ve representada por la orden de libertad condicional, o por el internamiento en un correccional u otro tipo de institución penal.

Puede suceder que un encierro a tiempo resulte un elemento positivo para la socialización del paciente, lo cual equivale a la curación natural que comúnmente tiene lugar en el seno de la familia del paciente. En este caso, la reacción de la sociedad constituye, para el paciente, la demostración de su «amor», es decir, de su buena disposición para «sostener» el ser no integrado del paciente, para responder con firmeza a las agresiones (con el fin de limitar los efectos de los episodios maníacos), para responder al odio con odio, proporcional y controlado. Esto último es lo mejor que algunos niños obtienen a guisa de dirección satisfactoria. Hay muchos niños antisociales que, dentro del estricto régimen del correccional, dejan de ser ineducables para convertirse en educables. El peligro que ello entraña es que, dados los beneficios obtenidos del



ambiente dictatorial que en ellos se respira, estos centros se conviertan en un criadero de dictadores, y que incluso lleguen a convencer a los educadores de que el mejor modo de tratar a los niños normales reside en someterlos a una estricta disciplina, bajo la cual el niño tenga ocupado cada uno de los minutos de la jornada. Esta creencia es equivocada.

### *Las jóvenes*

Todo cuanto he dicho es aplicable indistintamente a niños y niñas. No obstante, en la fase de la adolescencia la naturaleza del trastorno de carácter difiere forzosamente de uno a otro sexo. Así, la tendencia antisocial de las adolescentes suele manifestarse por medio de la prostitución, siendo la concepción de niños ilegítimos uno de los riesgos que comporta la actuación (*acting-out*). La prostitución ofrece beneficios secundarios. Uno de ellos es que las jóvenes se encuentran con que por el hecho de ser prostitutas aportan algo a la sociedad, cosa que les está negada de otro modo. Se tropiezan con muchos solitarios que buscan una relación más que el sexo, y que se muestran dispuestos a pagar por ella. Asimismo, estas jóvenes, esencialmente solitarias, establecen contacto con otras de su misma clase. El tratamiento de adolescentes antisociales que han empezado a experimentar los beneficios secundarios de la prostitución presenta dificultades insuperables. Tal vez la idea del tratamiento no tenga sentido en este contexto. En numerosos casos ya es demasiado tarde para ello. Lo mejor es abandonar todo empeño de curar la prostitución y en su lugar concentrarse en brindar a estas jóvenes alimentos, cobijo y la oportunidad de que se mantengan sanas y limpias.

### **Ejemplos clínicos**

#### *Un caso de tipo corriente*

Un chico en las postrimerías del período de latencia (al que vi por primera vez cuando contaba diez años) recibía tratamiento psicoanalítico de mí. Desde una edad muy precoz daba muestras de desasosiego y de propensión a los estallidos de rabia. De hecho, esto venía sucediendo desde poco tiempo después de nacer y mucho antes de ser destetado, a los ocho meses. Su madre era una neurótica que estaba siempre más o

menos deprimida. El chico era un ladrón y muy dado a los estallidos de agresividad. Su análisis marchaba bien y durante un año de sesiones diarias pude hacer gran cantidad de trabajo analítico. Sin embargo, a medida que su relación conmigo empezó a hacerse significativa, el chico se hizo excitable, se subió al tejado de la clínica, inundó sus dependencias y armó tal estruendo que fue necesario interrumpir el tratamiento. A veces yo mismo corría peligro; también forzó la portezuela de mi coche, aparcado delante de la clínica, y lo puso en marcha a escasa velocidad, utilizando el arranque automático para ello, con lo que no le hizo falta la llave de contacto. Al mismo tiempo empezó a robar de nuevo y a mostrarse agresivo fuera del marco del tratamiento. El tribunal de menores lo internó en un correccional precisamente en el momento en que el tratamiento psicoanalítico se hallaba en plena marcha. Tal vez de haber sido yo mucho más fuerte que él hubiese podido sortear esta fase con éxito, teniendo así la oportunidad de completar el análisis. Pero, tal como fueron las cosas, tuve que renunciar.

(A este chico las cosas le fueron moderadamente bien. Se hizo camionero, oficio que se adaptaba a su desasosiego. Llegaba catorce años en el mismo trabajo cuando llegó el momento de volverlo a examinar. Se casó y tuvo tres hijos. Su esposa se divorció de él, tras lo cual se mantuvo en contacto con su madre, de la que se obtuvieron los detalles para el nuevo examen.)

#### *Tres casos favorables*

Un chico de ocho años empezó a robar. Había sufrido una privación relativa (en su propio hogar) a los dos años cuando su madre concibió y contrajo una angustia patológica. Los padres habían sabido satisfacer las necesidades especiales de este muchacho y casi habían logrado la curación natural de su afección. Yo les ayudé en tan larga tarea haciendo que comprendieran hasta cierto punto lo que estaban realizando. En una consulta terapéutica, cuando el chico tenía ocho años, logré que el chico estableciese contacto con su privación, y entonces él se remontó a la relación objetal con la madre «buena» de su infancia. Como consecuencia de esto el muchacho dejó de robar.

Una niña de ocho años me fue traída porque robaba. Había sufrido una privación relativa en su propio hogar cuando

contaba entre cuatro y cinco años. Durante una de las sesiones psicoterapéuticas la niña retrocedió hasta el contacto con su madre «buena» en la primera infancia. Inmediatamente dejó de robar. Esta niña solía hacerse encima sus necesidades, pero esta manifestación secundaria de su tendencia antisocial persistió durante algún tiempo.

Un chico de trece años, alumno de un colegio particular muy alejado de su hogar, se dedicaba a robar en gran escala, al mismo tiempo que rasgaba las sábanas y causaba muchos problemas en la escuela, comprometiendo a sus condiscípulos y escribiendo obscenidades en las paredes de los excusados, etcétera. Durante la consulta terapéutica el chico me comunicó que había pasado por un período de tensión intolerable a los seis años, edad a la que fue enviado a un pensionado. Me fue posible disponer que este chico (el segundo de tres hermanos) pasase una temporada de «cuidados mentales» en su propia casa. El muchacho aprovechó dicha temporada para vivir una fase regresiva y luego asistió a una escuela diurna. Más tarde acudió a un pensionado próximo a su casa. Sus síntomas antisociales cesaron bruscamente después de esta única entrevista conmigo y, por lo que he podido seguir del caso, las cosas le han ido bien. Ya ha pasado por la universidad y se está estableciendo en la vida. En este caso resulta especialmente necesario decir que el paciente trajo consigo la comprensión de su caso, y que lo que precisaba era que los hechos fuesen reconocidos y que se hiciese algo que subsanase simbólicamente el fallo ambiental.

#### Comentario

En estos tres casos donde fue posible prestar ayuda antes de que los beneficios secundarios se hubiesen convertido en rasgo característico, mi propia actitud general en calidad de psiquiatra permitió a cada uno de los tres pacientes exponer una zona específica de privación relativa, y el hecho de que la misma fuese aceptada como real y verdadera les permitió remontarse sobre el vacío y empezar de nuevo una relación con objetos «buenos» que había estado bloqueada.

#### *Un caso situado en el límite entre el trastorno de carácter y la psicosis*

Hay un chico que está bajo mi cuidado desde hace algunos años. Yo sólo lo he visto una vez, ya que la mayor parte de los contactos los tengo con su madre en momentos de crisis. Muchos han tratado de ayudar directamente al muchacho, que cuenta ya veinte años, pero él no tarda en rechazar la ayuda.

El muchacho posee un elevado coeficiente de inteligencia, y todas las personas que, con su consentimiento, han podido enseñarle algo coinciden en destacar sus brillantes dotes de actor, poeta, pintor, músico, etc. Jamás ha durado mucho en ninguna escuela, pero sus esfuerzos autodidácticos lo han colocado en una posición ventajosa con respecto a los de su edad, ya desde su primera adolescencia, cuando supervisaba los deberes escolares de sus amigos, tarea que le permitió estar al corriente en materia educativa.

Durante el período de latencia fue hospitalizado y se le hizo un diagnóstico de esquizofrenia. En el hospital sufrió el «tratamiento» de los demás muchachos, sin que nunca llegase a aceptar su condición de paciente. A la larga se escapó y pasó un largo período sin recibir instrucción alguna. Solía quedarse tumbado en la cama, escuchando música lúgubre, o bien se encerraba en casa bajo llave, para que nadie pudiese llegar hasta él. Constantemente amenazaba con suicidarse, principalmente con motivo de sus violentos asuntos amorosos. En forma periódica organizaba una fiesta que duraba indefinidamente, y durante la cual a veces se causaban destrozos a la propiedad.

El muchacho vivía con su madre, a la que tenía constantemente preocupada, en un piso pequeño, lo cual no permitía el menor respiro, ya que él no salía apenas. Se negaba a ir a la escuela o al hospital y era lo bastante listo como para salirse siempre con la suya y mantenerse alejado de la jurisdicción de la ley.

En diversas ocasiones ayudé a la madre poniéndola en contacto con la policía, el departamento de libertad vigilada y otros servicios sociales y, finalmente, cuando el muchacho manifestó el deseo de matricularse en una escuela de humanidades, moví los hilos para que pudiese hacerlo. Se comprobó que llevaba mucha delantera a los de su edad, hecho que movió al profesorado a alentarle en gran manera. Pero dejó la escuela antes de tiempo y consiguió una beca para asistir a una buena academia de arte dramático. Al llegar a este punto decidió que su nariz no tenía la forma adecuada y se las arre-

gló para convencer a su madre para que pagase una operación de cirugía estética que convirtiese su nariz respingona en una nariz recta. Luego encontró otros obstáculos que se interponían entre él y el éxito y, pese a todo, no daba ninguna oportunidad para que los demás lo ayudasen. La situación persiste actualmente y, de hecho, el muchacho se encuentra en observación en un hospital mental, si bien ya encontrará la manera de salir de allí para instalarse en su casa una vez más.

La historia precoz de este muchacho nos proporciona la clave de la vertiente antisocial de su trastorno de carácter. En efecto, nació de una unión que se fue a pique poco después de su desafortunado comienzo, y su padre, poco después de separarse de la madre, fue víctima de la paranoia. El matrimonio se había celebrado muy poco después de una tragedia y de buen principio estaba condenado al fracaso, ya que la madre todavía no se había recuperado de la pérdida de su amado prometido que, a su modo de ver, había muerto a causa de un descuido del hombre con quien contrajo luego matrimonio y que fue el padre de su hijo, el paciente.

Al muchacho se le hubiese podido ayudar de pequeño, tal vez a los seis años, la edad que contaba cuando por primera vez fue examinado por un psiquiatra. Entonces él hubiese podido conducir al psiquiatra hasta el material de su privación relativa, y también entonces se le hubiese podido hablar del problema personal de su madre, explicándole el porqué de la ambivalencia que ella mostraba en sus relaciones con él. Pero en vez de ello el chico se vio internado en el pabellón de un hospital, y a partir de entonces fue endureciéndose hasta terminar convertido en un caso de trastorno de carácter, en una persona que siente la necesidad compulsiva de atormentar a su madre, a sus maestros y a sus amigos.

En esta serie de breves descripciones de casos he procurado no incluir ninguno que hubiese sido tratado mediante psicoanálisis.

*Los casos tratados simplemente a base de dirección* son innumerables, incluyendo todos los niños que, al verse privados de una u otra forma, son adoptados, criados por terceros o internados en residencias pequeñas que funcionan en calidad de instituciones terapéuticas bajo una dirección de índole personal. Describir un caso de éstos sería dar una falsa impresión. Lo que debe ponerse de relieve es que los casos incipientes de trastornos de carácter se tratan constantemente con buenos resultados, en especial en el hogar, en grupos so-

ciales de toda clase, y ello de forma completamente ajena a la psicoterapia.

Sin embargo, es el trabajo intensivo que se realiza en unos cuantos casos el que arroja luz sobre el problema del trastorno de carácter, al igual que sobre otros tipos de trastornos psicológicos, y es la labor de los grupos psicoanalíticos de diversos países lo que ha sentado las bases de un planteamiento teórico y lo que ha empezado a explicar a los grupos terapéuticos especializados qué es eso que se está haciendo en el seno de dichos grupos y que con tanta frecuencia produce buenos resultados en la prevención o en el tratamiento de los trastornos de carácter.

## Los casos de enfermedad mental<sup>1</sup> (1963)

Desde principios de siglo han ido en aumento los intentos de sacar la psiquiatría del estancamiento en que había caído. Los psiquiatras han trabajado mucho para substituir por métodos más humanos los procedimientos mecánicos que antes se empleaban para cuidar y tratar a los enfermos mentales. Luego vino la aplicación de la psicología dinámica a la psiquiatría. Es la *psicología* de la enfermedad mental lo que interesa a los psicoanalistas y a quienes trabajan en base a la psicología dinámica, categoría en la que se inscriben muchos asistentes sociales. Mi tarea consistirá en establecer este nexo entre la enfermedad mental y las fases del desarrollo emocional del individuo. Debo hacer notar que no podré ofrecerles pruebas positivas de los detalles de mi tesis.

En primer lugar, debo recordarles la clasificación psiquiátrica del trastorno mental. Trataré sumariamente los trastornos mentales nacidos de las anomalías físicas del cerebro, que es el aparato electrónico del que depende el funcionamiento de la mente. Este aparato puede ser defectuoso de diversas maneras: hereditariamente, congénitamente, debido a una enfermedad infecciosa, a causa de un tumor, o por culpa de algún proceso degenerativo como, por ejemplo, la arteriosclerosis. Asimismo, ciertos trastornos físicos de índole general afectan al cerebro o aparato electrónico: así, la mixedema, y el desequilibrio hormonal asociado con la menopausia. Por importantes que sean, debemos dejar a un lado estas condi-

1. Conferencia dada ante la Association of Social Workers, Londres, y publicada en «New Thinking for Changing Needs», por la Association of Social Workers, 1963.

deraciones con el fin de llegar a la zona del trastorno mental, que es materia propia de la psicología, de la psicología dinámica, de la inmadurez emocional.

También tendré que dar por sentado que ustedes conocen los efectos de las enfermedades somáticas sobre los estados mentales, así como la amenaza de una posible enfermedad somática. Ciertamente que el hecho de padecer cáncer o alguna afección cardíaca afecta la mentalidad de una persona. Lo único que nos interesa de momento es la psicología de estos efectos.

Así, pues, la clasificación empieza con las tres categorías siguientes:

- a) Enfermedades del cerebro con los consiguientes trastornos mentales;
- b) enfermedades somáticas que afecten las actitudes mentales;
- c) los trastornos mentales propiamente dichos, es decir, los trastornos que no dependen de ninguna enfermedad cerebral o física.

Partiendo de aquí dividimos el trastorno mental en psicosis y psicosis. No saquen apresuradamente la conclusión de que las personas psiconeuróticas están forzosamente menos enfermas que las psicóticas. Es preciso que analicemos la palabra «enfermas». Me permitirán que recurra a la definición que hizo mi malogrado amigo John Rickman: «La enfermedad mental consiste en no ser capaz de encontrar a nadie que pueda soportarnos.» Dicho de otro modo, la sociedad efectúa su propia aportación al significado de la palabra «enfermas», y no hay duda alguna de que ciertas personas psiconeuróticas hacen difícilísima la convivencia con ellas. Pese a ello, no suelen ser personas cuya locura pueda certificarse, lo cual supone una dificultad de la que me encargaré más adelante.

La salud es la madurez emocional, es decir la madurez emocional de la persona individual. La psiconeurosis se refiere al estado de la persona a la edad en que se dan los primeros pasos; a la provisión familiar, positiva o negativa; a la forma en que el período de latencia alivió o acentuó las tensiones que obraban en el individuo; y a la reagrupación, durante las diversas fases de la adolescencia, de los cambios de los impulsos instintivos, así como la organización de nuevas defensas contra la angustia que estaba «en proyecto» durante la primera infancia del individuo.

«Psiconeurosis» es el término que se utiliza para designar la enfermedad contraída en la fase del complejo de Edipo, la fase en que se experimentan relaciones entre tres personas *completas*. Los conflictos provocados por tales relaciones llevan a unas medidas defensivas que, de quedar organizadas en un estado relativamente rígido, se hacen merecedoras de la denominación de «psiconeurosis». Estas defensas son perfectamente conocidas. Evidentemente, la forma en que se desarrollan y fijan depende hasta cierto punto, tal vez en gran medida, de la historia del individuo con anterioridad a su llegada a la fase de relaciones triangulares entre personas completas.

Ahora bien, la psiconeurosis entraña represión, así como el inconsciente reprimido, que constituye un aspecto especial del inconsciente. Mientras que, por regla general, el inconsciente representa el almacén de las zonas más ricas del ser de una persona, el inconsciente reprimido es la carbonera donde (con gran coste para la economía mental) se encierra lo que resulta intolerable y que escapa a la capacidad individual de asimilación en calidad de parte del ser y de la experiencia personal. El inconsciente propiamente dicho se hace accesible en los sueños, y efectúa una aportación fundamental a la totalidad de las más significativas experiencias del individuo humano. Por el contrario, el inconsciente reprimido no puede utilizarse libremente, y solamente se manifiesta en forma de amenaza o como fuente de la formación reactiva (por ejemplo, el sentimentalismo como indicio de odio reprimido). Todo esto constituye la materia prima de la psicología dinámica. La represión es propia de la psiconeurosis del mismo modo que la escisión de la personalidad es propia de la psicosis.

La enfermedad psiconeurótica puede revestir gravedad, sin duda. Es más, este tipo de enfermedad es la desesperación del asistente social, dado que el inconsciente reprimido incumbe al psicoanalista. En contraste, y como trataré de demostrar, las enfermedades denominadas «psicosis», o «locura», brindan mayor oportunidad de acción para el asistente social, debido en parte a que tales trastornos ofrecen menor campo de maniobra para el psicoanalista, a no ser, claro está, que se salga momentáneamente de su sitio para convertirse en asistente social él mismo. (Este tema irá desarrollándose conjuntamente con mi disertación.)

Como ya he dicho, en la psiconeurosis una de las defensas tiene que ver con la regresión. Podemos comprobar cómo la persona enferma se ha retirado de la sexualidad genital y de

las relaciones triangulares entre personas completas, adoptando ciertas posiciones que corresponden a una etapa de su vida que antecede a la fase de las posiciones heterosexuales y homosexuales en las cuestiones interpersonales. En cierto modo, los puntos de fijación, los que se utilizan en estas defensas regresivas, dependen de las experiencias buenas y malas vividas en anteriores fases del desarrollo del individuo y, por supuesto, dependen también de los correspondientes factores ambientales, buenos y malos, existentes en dichas fases.

Podemos considerar que la psicosis es una enfermedad que tiene que ver más con las experiencias de fases anteriores que con las tensiones a nivel de relaciones interpersonales que conducen a unas defensas represivas. En los casos extremos, no ha habido un verdadero complejo de Edipo, ya que el individuo se hallaba tan atrapado en una fase anterior de su desarrollo que unas relaciones triangulares verdaderas y plóticas nunca llegaron a existir.

Por supuesto que encontrarán casos en los que puede demostrarse la presencia de una mezcla de normalidad, en lo que hace al complejo de Edipo, y de psicosis, representada ésta por el atascamiento en una fase anterior del desarrollo. Sin embargo, estos casos mixtos no nos interesan ahora, ya que tratamos de plantear en términos sencillos un asunto extremadamente complejo.

La psiconeurosis, pues, es propia de las defensas organizadas en torno a las angustias y conflictos de personas relativamente normales, es decir, de personas que, en todo caso, han llegado a la fase del complejo de Edipo. En un tratamiento psicoanalítico, el analista hace posible la disminución cuantitativa de la represión, y al finalizar el tratamiento las relaciones interpersonales adquieren una expresión y experiencia más plenas, disminuyendo el componente pregenital de la sexualidad.

El resto de las enfermedades mentales (es decir, todas menos la psiconeurosis) pertenecen a la evolución de la personalidad en la primera infancia y en la infancia, junto con la provisión ambiental que fracasa o triunfa en su función de posibilitar los procesos de maduración del individuo. Dicho de otro modo, la enfermedad mental que no sea la psiconeurosis reviste importancia para el asistente social, dado que concierne menos a las defensas organizadas del individuo que al fracaso del mismo en la búsqueda de la fuerza del ego, o la integración de la personalidad, que permita la formación de las defensas.

Ahora ya puedo volver mi atención a la clasificación de los tipos psiquiátricos, y hacerlo con tranquilidad, pues creo haber podido transmitirles la idea de que la locura es de la incumbencia de ustedes, del mismo modo que la psiconeurosis lo es de los analistas freudianamente ortodoxos. Además, la locura está relacionada con la vida cotidiana. En la locura en vez de la represión encontramos, a la inversa, los procesos de instauración de la personalidad y de diferenciación del ser. Esta es la materia prima de la locura y, por cierto, es lo que estoy tratando de describir principalmente. Los fallos en el proceso de maduración (en sí mismo materia de herencia) se ven, desde luego, frecuentemente relacionados con factores hereditarios y patológicos, pero lo importante es que tales fallos tienen mucha relación con fallos del medio ambiente posibilitador. Verán ustedes que es aquí donde le corresponde intervenir al asistente social, ya que el factor ambiental está dotado de una significación especial en la etiología de la locura. A este respecto, el presupuesto básico estriba en que la salud mental del individuo es oprimida en el campo de los cuidados de la primera infancia y de la infancia, campo que reaparece en la labor del asistente social. En la psicoterapia de la psiconeurosis, que en esencia es un trastorno del conflicto interno (es decir, de un conflicto que se desarrolla en el interior del ser intacto, integrado, personalizado y con relaciones objetales), estos fenómenos nacidos de los cuidados de la primera infancia y de la infancia aparecen en lo que llamamos «la neurosis de transferencia».

Regresemos a mi intento de agrupar en una clasificación psiquiátrica los trastornos mentales a excepción de la psiconeurosis. Desde el punto de vista de mi presentación, resultaría más sencillo tomar los dos extremos y colocar la psiconeurosis en uno y la esquizofrenia en el otro. Sin embargo, esto no lo puedo hacer, debido a los trastornos afectivos. Entre la psiconeurosis y la esquizofrenia se extiende todo el campo que se halla amparado por la palabra «depresión». Cuando digo «entre» me refiero realmente a que, en la etiología de estos trastornos, los puntos de origen de la depresión se hallan ubicados entre los puntos de origen de la psiconeurosis y los de la esquizofrenia. Me refiero igualmente a que abundan las coincidencias y yuxtaposiciones, a que no hay una diferenciación bien delimitada y a que, en la enfermedad psiquiátrica, es una equivocación etiquetar los trastornos siguiendo el procedimiento característico de clasificar las enfermedades en la medicina física. (Excluyo, por supuesto, las enfermedades

des del cerebro, que de hecho son enfermedades físicas con efectos psicológicos secundarios.)

Las depresiones constituyen un concepto muy amplio del trastorno mental. Los avances del psicoanálisis han aclarado gran parte de la psicología de la enfermedad depresiva, y asimismo han establecido la relación que hay entre la depresión y lo que en esencia es algo saludable: la capacidad para sentir aflicción y la capacidad para sentir inquietud. Por consiguiente, la gama de las depresiones abarca desde lo que es casi normal hasta lo que es casi psicótico. En el extremo normal de las depresiones se encuentran las enfermedades depresivas que implican madurez en el individuo, así como un grado de integración del ser. Aquí, al igual que en la psiconeurosis, a quien se necesita es al psicoanalista más que al asistente social, si bien hay una cosa que puede revestir gran importancia para el asistente social: que la depresión tiende a disiparse. Sin recurrir a la psicoterapia, el asistente social puede hacer mucho bien, dejando simplemente que la depresión siga su curso natural. Lo que en este caso es necesario es constatar que el historial del individuo ponga en evidencia el hecho de que la integración de su personalidad sea capaz de soportar la tensión de la enfermedad depresiva en la que interviene cierto tipo de conflicto. Hablando en términos generales, este conflicto tiene que ver con la tarea personal de asimilar los propios impulsos de agresión y destrucción. Al morir una persona amada, el proceso de aflicción es propio de la acción, dentro del individuo, del sentimiento de responsabilidad personal por muerte a causa de las ideas e impulsos destructivos que acompañan al amor. En este extremo de la balanza, la depresión se forma con arreglo a este patrón, que en la aflicción se hace más evidente; la diferencia estriba en que en la depresión existe un mayor grado de represión y los procesos tienen lugar a un nivel que es más inconsciente (en el sentido de estar reprimido) que en la aflicción.

Desde el punto de vista del psicoanalista, la psicoterapia de esta clase de depresión no deja de parecerse a la de la psiconeurosis, con la salvedad de que en la transferencia la dinámica más potente se halla en la relación bipersonal basada en lo que en principio fue la relación madre-hijo. La parte importante en la terapia analítica destinada al tratamiento de la depresión reside en la supervivencia del analista durante un período que se halla dominado por las ideas destructivas, y también en este aspecto el asistente social que ayuda a alguien a superar su depresión estará practicando una terapia

por el simple hecho de seguir existiendo en persona y por medio de la supervivencia.

Aliado con este tipo reactivo de enfermedad depresiva se halla algo que va asociado con la contracción, menopausal y de otros tipos, de las oportunidades constructivas y creadoras.

En el otro extremo de esta agrupación se halla la depresión psicótica en la que existen unos rasgos asociados que engarzan la enfermedad con la esquizofrenia. Puede haber cierto grado de despersonalización o de sentimientos de irrealidad. La depresión en este caso va también asociada con la pérdida, pero ésta es de tipo más confuso que en el caso de la depresión reactiva y se deriva de una fecha más precoz del desarrollo del individuo. La pérdida, por ejemplo, podría ser la de ciertos aspectos de la boca que desaparecen, desde el punto de vista del niño, junto con la madre y el seno, cuando se produce una separación en un momento en que el pequeño todavía no ha alcanzado una etapa del desarrollo emocional que le facilite el equipo adecuado para combatir tal pérdida. La misma pérdida de la madre, pero unos pocos meses más adelante, sería una pérdida de objeto, desprovista de este elemento suplementario que es la pérdida de parte del sujeto.

Por esta razón, es necesario categorizar dos formas de depresión: *depresión reactiva* y *depresión esquizoide*. En los casos extremos de la segunda categoría se nos presenta un cuadro clínico parecido al de la esquizofrenia, y de hecho no es posible trazar una línea definida que señale la separación entre una forma dada de enfermedad mental y las demás formas. Además, en la enfermedad de un individuo cabe esperar la presencia de mezclas y alternancias de toda clase. La alternancia constatable en un individuo dado se da entre una manifestación psiconeurótica y una enfermedad de tipo más psicótico (por ejemplo, una neurosis obsesiva que se desglase en una fase de depresión agitada para luego recobrar su naturaleza de neurosis obsesiva, etc.). En efecto, las enfermedades mentales no son dolencias como la tisis, la fiebre reumática o el escorbuto, sino que constituyen patrones de compromiso entre el éxito y el fracaso en el estado del desarrollo emocional del individuo. Así, la salud es madurez emocional, de acuerdo con la edad; mientras que la mala salud mental siempre lleva detrás un estancamiento del desarrollo emocional. La tendencia hacia la maduración persiste, y es la encargada de proveer el impulso hacia la curación, o hacia la autocuración si no se dispone de ayuda. Éste es el trasfondo del *proceso*

cuya aparición es enteramente previsible cuando se provee un medio ambiente posibilitador que esté perfectamente ajustado a las necesidades inmediatas de la fase de maduración en que se halle la persona. Es aquí donde el asistente social interviene constructivamente; de hecho, él cuenta con un poder que no tiene el psicoanalista, por cuanto este último imita su labor a la interpretación de los elementos conscientes que van surgiendo en la neurosis de transferencia, peculiar del tratamiento de la psiconeurosis.

Me permitirán poner de relieve otra vez que las enfermedades mentales no son iguales que las físicas, sino que constituyen un compromiso entre la inmadurez del individuo y las reacciones sociales que se produzcan, tanto en sentido positivo como negativo. De esta forma, el cuadro clínico del enfermo mental varía según la actitud ambiental, incluso cuando la enfermedad del paciente permanezca inalterable en lo fundamental. Así, por ejemplo, había una niña de trece años que se moría en su casa, porque rechazaba los alimentos, pero se mostraba normal e incluso feliz en un medio ambiente distinto.

En un extremo de la balanza, más allá de la depresión esquizoide, se encuentra la esquizofrenia propiamente dicha. En este caso el acento recae sobre ciertos fallos de la construcción de la personalidad. Ya les daré una relación de dichos fallos, pero antes debo aclarar que clínicamente es posible el buen funcionamiento de determinada zona de la personalidad incluso en un caso esquizoide grave, factor que puede inducir a engaño si no se tiene en cuenta. Esta complicación la veremos más adelante, cuando tratemos del ser falso.

Para comprender las enfermedades tipo esquizofrenia es necesario examinar los procesos de maduración conforme llevan consigo al niño en las fases precoces del desarrollo emocional. En tales momentos, en que son tantas las cosas que empiezan a desarrollarse y ninguna la que queda completa, las dos tendencias pueden denominarse con los términos *maduración y dependencia*. El medio ambiente es esencial, carácter que va perdiendo paulatinamente, de tal manera que cabría hablar de una dependencia doble que se transforma en dependencia sencilla.

El medio ambiente no hace que el niño crezca, ni siquiera determina la dirección del crecimiento. El medio ambiente, cuando es lo bastante «bueno», posibilita el proceso de maduración. Para ello la provisión ambiental se adapta, de forma sumamente sutil, a las necesidades cambiantes que van surgiendo de la maduración. Semejante adaptación sutil a las

necesidades del momento sólo puede proporcionarla una persona; una persona que, además, no tenga de momento otra preocupación y que esté «identificada con el pequeño» en tal medida que las necesidades de éste sean presentidas y satisfechas, como si fuese mediante un proceso natural.

Dentro del medio ambiente posibilitador, el pequeño forcejea en pos de varias metas, tres de las cuales son las siguientes:

integración;  
personalización;  
relaciones objetales.

La integración no tarda en adquirir complejidad y en incluir el concepto de tiempo. El proceso contrario es el de la desintegración, siendo ésta la palabra utilizada para denominar un tipo de enfermedad mental: la desintegración de la personalidad. En un grado más leve, lo contrario de la integración es la escisión, siendo este rasgo, la escisión, lo que caracteriza a la esquizofrenia, de ahí su nombre.

«Personalización» es una palabra que puede emplearse para dar nombre a la consecución de una relación íntima entre la psique y el cuerpo. Freud dijo que el ego se halla construido esencialmente sobre la funcionalidad del cuerpo; en esencia, el ego es un ego corporal o ego-cuerpo (es decir, no es cosa del intelecto). En el presente contexto estamos contemplando la consecución, en cada individuo, del nexo entre la psique y el soma. A veces la enfermedad psicósomática es poco más que el fortalecimiento de este nexo psicósomático ante el peligro de que el mismo se quiebre. La rotura de este nexo produce diversos estados clínicos que reciben el nombre de «despersonalización». También aquí lo contrario del desarrollo que observamos en el niño dependiente lo constituye un estado que reconocemos como enfermedad mental: la despersonalización, o bien el trastorno psicósomático que la oculta.

Nos encontraremos con lo mismo si examinamos las relaciones objetales y la vida instintiva. El niño adquiere capacidad para relacionarse con un objeto y para unir la idea del objeto con la percepción de la persona global de la madre. Esta capacidad para la relación objeto se desarrolla exclusivamente a resultas de una adaptación materna que sea lo bastante «buena». La teoría correspondiente resulta compleja y he tratado de describirla en otra parte (Winnicott, 1951). Esta capacidad no puede desarrollarse partiendo solamente de los



procesos de maduración; la «buena» adaptación por parte de la madre es imprescindible, y debe durar a lo largo de un período lo suficientemente prolongado; asimismo, la capacidad para la relación objetal puede perderse, parcial o totalmente. Al principio la relación se establece con un objeto subjetivo. Hay un largo trecho entre este punto y el desarrollo, y consiguiente instauración, de la capacidad para relacionarse con un objeto percibido objetivamente y al que se permite una existencia aparte, es decir, ajena al control omnipotente del individuo.

El éxito en esta faceta del desarrollo se halla íntimamente ligado a la capacidad personal para sentirse real. Sin embargo, esto hay que coordinarlo con la idea de sentirse real en el mundo y de sentir que el mundo es real. Hay que reconocer que la persona real no puede lograr una sensación de realidad en el mundo que sea comparable con la que se da en el mundo absolutamente privado de la relación del esquizofrénico con objetos subjetivos. Para las personas normales, la aproximación a esta clase de sensación es posible únicamente en el campo cultural. Lo contrario de la tendencia madurativa hacia la relación objetal es la descomprensión y pérdida de contacto con la realidad (compartida). Volvemos a encontrarnos ante unas palabras que sirven para designar la enfermedad mental.

A todo esto se suma una categoría completa formada por la enfermedad, la paranoia y los elementos persecutorios susceptibles de complicar la depresión y que, cuando se hallan dentro de la personalidad, suscitan el estado de hipocondría. No podemos hacer aquí una descripción de la paranoia, dado que no constituye una enfermedad por sí misma, sino que se trata de una complicación bien de la depresión o de la esquizofrenia. En el último análisis, el origen de los elementos persecutorios que complican la enfermedad depresiva lleva al paciente y al analista al sadismo oral no aceptado por el individuo, así como a sus efectos en el concepto imaginario que del ser psicossomático tiene el paciente. Con todo, puede que exista un origen más profundo de la paranoia, que es susceptible de ir asociada a la integración y a la instauración de un ser unitario: *Yo soy*.

Aquí podríamos dar cabida al concepto del ser verdadero y del ser falso. Es esencial incluir tal concepto en el intento de comprensión del cuadro clínico engañoso que presenta la mayor parte de los casos de enfermedad tipo esquizofrenia. Lo que se nos presenta es un ser falso, adaptado a lo que se espera de los diversos estratos del medio ambiente del individuo. En realidad, el ser sumiso o falso es una versión pato-

lógica de lo que, en la salud, llamamos «el aspecto cortés y socialmente adaptado de la personalidad sana». (En otro lugar [Winnicott, 1952] he escrito sobre el punto de origen del ser falso, relacionado con una adaptación que no es lo bastante «buena» en el proceso infantil de relación objetal.)

En la versión patológica de esto, el individuo termina por destruir el ser falso, tratando entonces de reafirmar su ser verdadero, si bien puede que esto no sea compatible con el hecho de vivir en el mundo, o con la vida. A menudo el colapso mental es un indicio de «salud» por cuanto implica que el individuo goza de capacidad para aprovechar el medio ambiente puesto a su alcance, con el fin de reinstaurar una existencia sobre una base que da la sensación de ser real. Naturalmente, esta estratagema dista mucho de salir bien en todas las ocasiones, y la sociedad se queda perpleja al ver cómo un ser sumiso, y tal vez valioso, destruye un buen porvenir al renunciar a toda una gama de ventajas evidentes en aras de otra ventaja oculta consistente en adquirir una sensación de realidad.

Queda por describir otro tipo de enfermedad: la psicopatía; para ello debemos examinar el crecimiento emocional del individuo en términos de dependencia.

Habrán observado que en mi forma de plantear estos temas no queda lugar para las enfermedades mentales que no guarden relación con la inmadurez del desarrollo, ligada probablemente con deformaciones debidas al intento hecho por el individuo para aprovechar el medio ambiente con vistas a la autocuración.

Atendiendo a la dependencia, cabe afirmar que, a fines de comparación, existen dos extremos y una zona intermedia. En un extremo, *donde la dependencia es satisfecha adecuadamente*, el niño logra establecer relaciones interpersonales entre personas completas y, además, es lo bastante sano o maduro como para sufrir y tratar los conflictos que son personales y propios de la realidad psíquica del individuo, o que se encuentran en el mundo interior de la persona. Aquí la enfermedad se denomina «psiconeurosis» y se mide por el grado de rigidez de las defensas personales organizadas para contener con la angustia presente en el sueño personal.

En el otro extremo se halla la enfermedad mental hospitalizable: la psicosis. Etiológicamente, esta enfermedad está ligada con el fallo ambiental, es decir con el fallo del medio ambiente en su misión de posibilitar los procesos de maduración en la fase de doble dependencia. El término «doble dependencia» entraña que la provisión ambiental escapó por

completo a la percepción y comprensión del niño. En este contexto al fallo en cuestión se le denomina «privación».

En la zona intermedia se encuentra el fallo o fracaso encima del éxito, fallo que, en el momento de producirse, fue percibido como tal por el niño. El niño contó con una provisión ambiental satisfactoria que luego cesó. La continuidad existencial propia del hecho de saber que existía tal provisión ambiental se vio substituida por una reacción ante el fallo del medio ambiente, y esta reacción truncó el sentimiento de continuidad existencial. El nombre que se da a semejante estado de cosas es el de *pérdida*.

Este es el punto de origen de la tendencia antisocial, y es aquí donde empieza lo que se apodera del niño siempre que empieza a sentirse esperanzado y que, al mismo tiempo, impone una actividad antisocial hasta que alguien se da cuenta del fallo del medio ambiente y trata de corregirlo. El fallo se produjo realmente en la historia del niño, y también es cierto que hubo un desajuste significativo con respecto a las necesidades esenciales de éste. Irónicamente, al niño que se siente obligado a plantear repetidamente su reivindicación a la sociedad se le tacha de «mal ajustado».

Esta tendencia antisocial es, naturalmente, muy común en sus manifestaciones más leves, ya que en cierto modo los padres deben fracasar con frecuencia en la satisfacción de necesidades esenciales. Sin embargo, tales fallos leves de ajuste son corregidos por los padres cuando el niño vive en familia. No obstante, los ejemplos más graves de decepción (fallo del apoyo del ego) dan al niño una tendencia antisocial y llevan al trastorno de carácter y a la delincuencia. Cuando las defensas se han endurecido y el desengaño es total, el niño que se ha visto afectado de esta manera va en camino de convertirse en psicópata, especializado en la violencia o en el robo, cuando no en ambas cosas a la vez. Asimismo, la habilidad necesaria para cometer el acto antisocial produce unos beneficios secundarios, con el resultado de que el niño pierde todo impulso de ser normal. Pero en muchos casos, de haber recurrido a un tratamiento en una fase precoz, antes de que los beneficios secundarios complicasen las cosas, hubiese sido posible hallar en las manifestaciones de la tendencia antisocial una llamada de auxilio dirigida a la sociedad, pidiéndole que reconociese su deuda y reinstaurase un medio ambiente dentro del cual el acto impulsivo del niño sería otra vez aceptable y sin riesgos, como ya lo fuera antes de producirse el desajuste ambiental.

Una vez el campo de la psiquiatría ha quedado cubierto de esta forma psicológica, en términos del desarrollo emocional del individuo, puedo pasar de tratar la enfermedad mental atendiendo a la respuesta o reacción suscitada por la ayuda. Con todo, debemos reconocer que hay casos que escapan a todo intento de auxilio del exterior. Puede ser que nos esforcemos hasta la muerte por dar ayuda allí donde ninguna ayuda es posible. Aparte de esto, sé positivamente que los psiquiatras y los psicoanalistas constantemente están remitiendo casos al cuidado del asistente social psiquiátrico sin otro motivo que su propia incapacidad para actuar en ellos. Yo lo hago, y me pregunto: ¿qué sentido hay en ello?

Bien, a mi modo de ver, hay razones por las que la situación puede aceptarse tal como está. En primer lugar llamaría la atención sobre la exposición que del funcionamiento de la agencia hizo Clare Winnicott (1962). El hecho de que ustedes representen la Ley de Salud Mental, o el Ministerio del Interior, o bien la sincera preocupación que la sociedad siente por sus hijos desposeídos, los coloca verdaderamente en una situación singular que les brinda un campo de actividades especial, máxime en lo que se refiere a los enfermos mentales no psiconeuróticos y a los casos precoces que dan muestras de tendencias antisociales.

Lógicamente, su función puede contemplarse atendiendo a la faceta de los cuidados de la infancia, es decir, atendiendo al medio ambiente posibilitador, a la posibilitación de los procesos de maduración. La integración reviste una importancia vital en este aspecto, y la labor que ustedes llevan a cabo sirve en gran parte para contrarrestar las fuerzas desintegradoras que actúan sobre los individuos, las familias y grupos sociales concretos.

Yo considero que todo asistente social es un terapeuta, si bien no el tipo de terapeuta que se encarga de la interpretación correcta y oportuna que dilucida la neurosis de transferencia. Háganlo si les place, pero su función más importante es la terapia del tipo que constantemente practican los padres al corregir los fallos relativos de la provisión ambiental. ¿Qué es lo que hacen estos padres? Pues exageran algunas de sus funciones y las mantienen así durante un tiempo, de hecho hasta que el niño la haya agotado y pueda ser «dado de alta» del cuidado especial que se le ha estado ofreciendo. Los cuidados especiales se hacen fastidiosos cuando dejan de ser necesarios.

Imaginen, por ejemplo, que son ustedes una especie de cesto humano. Las personas a quienes ustedes atienden depo-

sitan en él todas sus esperanzas y probabilidades. Para ellos esto representa un riesgo, por lo que ante todo tienen que someterlos a prueba para ver si son ustedes sensibles y dignos de confianza, o para ver si sabrán ustedes repetir las experiencias traumáticas que ellos vivieron en el pasado. En cierto sentido, son ustedes una sartén en la que la operación de freír se realiza hacia atrás, de tal manera que en realidad los huevos revueltos dejan de estar revueltos.

El cuidado de la infancia casi puede describirse en términos de sostenimiento, de un sostenimiento que empieza por ser algo inmensamente sencillo y que luego se va haciendo más y más complejo, sin que por ello deje de ser lo mismo: sostenimiento. Dicho de otro modo, la asistencia social se apoya en la provisión ambiental que hace posible el proceso de maduración del individuo. Se trata de algo que es a la vez sencillo y complejo, de una complejidad tan grande como la que la provisión ambiental adquiere rápidamente en el marco del cuidado de la infancia. Incluso es más complejo, ya que prolonga la provisión con el objeto de que cubra el cuidado de la familia y el cuidado de la pequeña unidad social. Su finalidad no es jamás la dirección de la vida o el desarrollo del individuo, sino que reside en hacer posibles las tendencias que funcionan dentro del individuo y que llevan a una evolución natural en base al crecimiento. Se trata de un crecimiento emocional que ha sido demorado y tal vez deformado, y, en condiciones apropiadas, las fuerzas que hubiesen conducido hasta él llevan ahora a desenmarañar el nudo.

Destacaremos una de las dificultades que ustedes se encuentran y la haremos objeto de especial consideración. Me refiero a los casos que caen clínicamente enfermos *debido a que encuentran en ustedes y en su labor un medio ambiente que les inspira confianza* y que, en lo que a ellos concierne, constituye prácticamente una invitación al colapso mental. En el campo de la delincuencia (la tendencia antisocial ligada a la pérdida) esto significa que al cobrar confianza en ustedes, el paciente se dedica al robo o a la destrucción, aprovechando la capacidad de ustedes para actuar firmemente, con el apoyo de su agencia. En el campo de la locura lo que sucede es que el paciente hace uso de la provisión especial que ustedes aportan, con el fin de llegar a la desintegración, falta de control o dependencia que son propias del período de la infancia (regresión a la dependencia). Este paciente se vuelve loco.

Esto lleva consigo el germen de la curación. Se trata de un proceso de autocuración al que le es necesaria su ayuda y que, en algunos casos, da buenos resultados. Se trata de una rela-

ción que solamente es posible en el marco que ustedes han demostrado ser capaces de aportar, dentro de su reducido campo profesional. A pesar de todo, puede que les sea difícil distinguir esto de los colapsos inevitables que sufrirán quienes no saben esperar la presencia de unas buenas condiciones y que simplemente no consiguen mantener la integración y el crecimiento emocional que ha alcanzado, o que parece que hayan alcanzado. Normalmente no resulta imposible hacer esta distinción.

Comprenderán ahora por qué empecé hablando de la psiconeurosis y del inconsciente reprimido. En general, la depresión no se ve aliviada por la provisión ambiental, por muy hábil y constante que ésta sea. Para ello hace falta el psicoanalista.

Sin embargo, los trastornos de índole más psicótica o demencial se producen en relación con los fracasos de la provisión ambiental, siendo posible tratarlos, a veces, con fortuna, mediante la aportación de una provisión ambiental nueva. En esto puede consistir su labor psiquiátrica de asistencia social. En el desempeño de su trabajo ustedes llevarán a cabo una serie de cosas que pueden describirse de la siguiente manera:

Se aplicarán a su misión.

Llegarán a conocer qué se siente al ser su paciente.

Se hacen dignos de su confianza en lo que respecta a la reducida esfera de su responsabilidad profesional.

Se comportarán profesionalmente.

Se ocuparán del problema de su paciente.

Aceptarán el papel de objeto subjetivo en la vida del paciente, al mismo tiempo que mantienen ambos pies firmemente en tierra.

Aceptarán el amor, e incluso el estado de enamoramiento sin arredrarse y sin interpretar (*acting-out*) su reacción.

Aceptarán el odio y responderán al mismo con firmeza más que con espíritu vengativo.

Tolerarán en su paciente la falta de lógica, de estabilidad, la suspicacia, la confusión, la debilidad, la mezquindad, etc. y considerarán que todas estas cosas desagradables son síntomas de aflicción. (En su vida privada estas mismas cosas los inducirían a mantener las distancias.)

No se asustarán, ni se dejarán dominar por sentimientos de culpabilidad, cuando su paciente se vuelva loco, se desintegre, salga corriendo a la calle en pijama, intente, y tal vez lo logre, suicidarse. Si los amenazan con el asesinato

llamarán a la policía no sólo en ayuda de ustedes, sino también en la del paciente. En todos estos casos de emergencia sabrán reconocer la llamada de auxilio que les lanza el paciente, o su grito de desesperación ante la pérdida de la esperanza de ser ayudados.

En todos estos aspectos, y dentro de su reducida esfera profesional, ustedes son personas cuyos sentimientos se hallan profundamente involucrados en el caso que les haya sido confiado, pero que al mismo tiempo se mantienen distanciadas por cuanto saben que no se les puede achacar la responsabilidad por la enfermedad del paciente, y porque saben también cuáles son los límites de su poder para alterar una situación crítica. Si logran que la situación no se descomponga, es posible que la crisis se resuelva por sí misma, y entonces será gracias a ustedes que se habrá logrado un resultado.

## Capítulo decimotercero

### El trastorno psiquiátrico en términos de los procesos infantiles de maduración<sup>1</sup> (1963)

Mi propósito es seguir el curso principal de la tesis freudiana según la cual, para conocer la etiología de la psiconeurosis, es preciso que nos remitamos al complejo de Edipo y, por consiguiente, a las relaciones interpersonales y triangulares que son propias de la edad en que el niño empieza a andar. Creo firmemente en esta teoría, y sobre ella he basado mi labor de cuarenta años; creo también, como la mayoría de los psicoanalistas, que la enseñanza de la técnica psicoanalítica debería hacerse atendiendo a los casos susceptibles de ser tratados con arreglo a la teoría clásica, es decir, con arreglo a una técnica creada precisamente para este fin: el análisis de los psiconeuróticos.

Nuestra misión de supervisar los estudios se ve notablemente facilitada cuando el estudiante se enfrenta con un caso «bueno»; de hecho, sólo con un caso «bueno» podemos hacer un buen análisis. Si el caso no es «bueno» (psiconeurótico) no hay forma de saber si el estudiante está aprendiendo bien o mal la técnica básica de nuestra profesión.

1. Conferencia enmarcada en el Dorothy Head Memorial y pronunciada ante la Philadelphia Psychiatric Society en el Institute of the Pennsylvania Hospital, Filadelfia, en octubre de 1963.

### Tipos disponibles de casos

Sin embargo, todos sabemos que en la práctica, una vez obtenido el título de analista, no podemos limitar nuestra labor al análisis de los psiconeuróticos. Para empezar, a medida que nuestro trabajo va haciéndose más profundo y concienzudo, descubrimos los elementos psicóticos (si me permiten la palabra) existentes en nuestros pacientes psiconeuróticos. Adelantándome un poco en el planteamiento de mi tesis, les diré que a veces las fijaciones pregenitales de nuestros pacientes psiconeuróticos se hallan presentes por derecho propio, no simplemente como fenómenos regresivos de la organización defensiva suscitada por las angustias correspondientes al complejo de Edipo propiamente dicho.

No siempre se puede hacer un diagnóstico correcto de buen principio. Hay depresiones reactivas que resultan ser más severas de lo que hubiese cabido imaginar; la histeria, en especial, tiende a denotar rasgos psicóticos a medida que el análisis sigue su curso. Tenemos, además, la existencia más que probada del «coco», que para el psicoanalista es el caso de personalidad aparentemente normal, aquella que yo personalmente denomino el «ser falso» y que, pese a su supuesta normalidad, debe investigarse a fondo para llegar al problema que intenta disimular. En estos casos de ser falso, lo que hace el tratamiento es convertir en enfermos a personas que parecen sanas, y hay veces en que no podemos hacer otra cosa que dejarlos permanentemente enfermos. ¿Quién sabe si, de no intervenir nosotros, no hubiesen empeorado, llegando tal vez al suicidio o, por el contrario, triunfando más y más en la vida a costa de un creciente sentimiento de su irrealidad ante sí mismos? Sucede también que como psicoterapeutas se nos pide que tratemos a personas francamente psicóticas, que tal vez aceptaremos a guisa de casos para la investigación. Pero, ¿qué hacer entonces? ¿Podemos aplicarles la técnica psicoanalítica?

### Aplicación más amplia de la técnica psicoanalítica

Personalmente creo que sí podemos, siempre y cuando aceptemos un cambio en la teoría de la etiología del trastorno. No siempre lograremos la curación, pero al menos sabremos que estamos haciendo un trabajo honrado.

### *La profundización de la tarea interpretativa*

Existe una gran complicación que debo superar para poder presentar mi opinión mediante un breve resumen. Se trata del hecho de que es posible realizar un trabajo más y más profundo, utilizando la técnica clásica, conociendo más y más sobre los mecanismos mentales y aplicando este conocimiento. Podría hablar en términos más sencillos sobre esta ampliación de la labor psicoanalítica, pero prefiero explicar en qué consiste.

El psicoanálisis clásico puede aplicarse a un caso psiconeurótico bien escogido sencillamente por medio de la interpretación de la ambivalencia tal y como aparece (si lo hace) en la neurosis de transferencia. (Los casos de este tipo van haciéndose infrecuentes, al menos en Inglaterra, ya que, al parecer, los pacientes ya han realizado esta clase de labor en sí mismos, por medio de sus lecturas y de la asimilación de la tendencia cultural generalizada, tal como se expresa abiertamente en multitud de novelas y obras teatrales, sin olvidar el replanteamiento que en nuestros días se hace de la obra de los viejos maestros (Shakespeare, Leonardo da Vinci, Beethoven, etc.).

A continuación viene el análisis de la depresión. Al diagnosticar la depresión, lo que hacemos es dar por sentadas la organización y la fortaleza del ego. El análisis de la depresión entraña la comprensión de los mecanismos mentales de introyección, así como la teoría de una realidad psíquica interior, localizada (en la fantasía del paciente) en el vientre o en la cabeza, o bien, de una forma u otra, dentro del ser. El objeto perdido es llevado a este lugar interior y allí se le somete al odio, hasta que el odio se agota; y la recuperación con respecto a los sentimientos de aflicción o depresión tiene lugar entonces, espontáneamente en el caso de la aflicción y a menudo también en el de la depresión reactiva.

En la práctica, esta extensión de la teoría conduce a nuevos avances a través del estudio del mundo de los fenómenos internos. Asimismo, el fin de una depresión puede presentarse como la evacuación de una oscura masa fecal, o como la extirpación quirúrgica de algún tumor, o bien mediante alguna elaboración onírica que simbólicamente equivalga a las mismas.

### *La realidad psíquica personal ubicada en el interior*

El análisis de la depresión y de la hipocondría conduce entonces a una extensión fundada en el estudio de la totalidad de las funciones del cuerpo, incluyendo la intestinal, y la introyección, al igual que la proyección, se convierten en mecanismos mentales que se originan en forma de elaboraciones de la ingestión y de la eliminación.

Freud, Abraham y Klein abrieron un mundo nuevo para el analista en ejercicio. La técnica del análisis no resultó afectada.

Actualmente, el analista no estudia sólo el odio y la agresión, sino también los resultados que los mismos producen en la realidad psíquica interior del paciente. A estos resultados podemos colocarles la etiqueta de «elementos benignos y persecutorios», elementos que necesitan ser dirigidos dentro de este mundo interior inalcanzable; en realidad, la depresión anímica pasa a ser un rasgo clínico que indica el oscurecimiento temporal de todos los fenómenos internos; el acto de recuperarse de la depresión viene a ser como la disipación rigurosamente controlada de la niebla, donde aquí y allí, dentro del mundo interior, es posible dejar que los elementos benignos y los persecutorios se encuentren y contiendan sin peligro.

### *Mecanismos de proyección y de introyección*

Ahora se abre ante nosotros un nuevo campo para la labor interpretativa debido al intercambio de los elementos que se acumulan en la realidad psíquica interior y en la realidad externa (o compartida). Esto forma un aspecto importante de la relación del individuo con el mundo, y debe ser aceptado el hecho de que su importancia es comparable con la de las relaciones objetales que tienen la funcionalidad del id por base.

Es más, la alternativa clínica entre la hipocondría y la manía persecutoria se hace gobernable en tanto que concepto, representando formas introyectadas y proyectadas de una misma cosa: el intento de controlar, y el fracaso sufrido al hacerlo, los elementos persecutorios presentes en el mundo interior y personal del individuo.

Partiendo de aquí, el analista, sin salirse de la técnica clásica, comprueba que es capaz de interpretar la forma en que los factores internos, benignos y persecutorios, depen-

den, en lo que respecta a su origen, de las experiencias instintivas en sus aspectos satisfactorios y no satisfactorios respectivamente.

### *Las relaciones objetales*

Del mismo modo, el analista profundiza más en su interpretación de las relaciones objetales del individuo. En dichas relaciones existen aspectos primitivos, entre los que se incluye la escisión del objeto, de manera que se evita la ambivalencia, y existe igualmente la escisión de la misma personalidad, escisión que tiene por fin hacer juego con la del objeto. Asimismo, la relación instintiva con un objeto parcial, o con lo que resulta inconcebible salvo en forma de objeto parcial, da origen a una serie de temores a la venganza o talión, temores que inducen al individuo a replegarse de las relaciones objetales. Todas estas cosas pueden verse en el material analítico, especialmente cuando el paciente se enfrenta a un material psicótico y es, en realidad, un caso límite.

Es necesario tratar de colocar todos estos factores dentro de la perspectiva de nuestra comprensión, empleando para ello la técnica analítica clásica, de manera que pueda llevarse a cabo la interpretación en el supuesto que el paciente esté preparado para interpretaciones de esta clase.

### *El estado del ego del paciente*

Tal vez en este punto de mi exposición sientan ustedes, como clínicos que son, alguna clase de tensión. Espero que así sea, dado que hay motivo para ello y, además, se trata de un motivo que puede explicarse.

En este punto surgen las siguientes preguntas: *¿En qué estado se halla el ego del paciente? ¿Qué grado de dependencia hay con respecto al apoyo del ego? ¿Cómo puede el analista saber qué grado de reacción intelectual, más que de sentimiento, será suscitado por las interpretaciones de esta clase en un momento dado? Si la interpretación resulta incomprendible, entonces, sea cual fuere el motivo, el paciente se siente desesperanzado, incluso puede que se sienta atacado, destruido y hasta aniquilado.*

De aquí pasaremos al estudio de la psicología del ego, a realizar una valoración de la estructuración y de la for-

taleza del ego, de su rigidez o flexibilidad, y de la dependencia del ego.

#### *El niño como receptor de cuidados*

Puede ser que en el análisis de casos límite seamos capaces de interpretar de un modo que cabría calificar de más y más profundo, pero al hacerlo nos vamos alejando cada vez más del estado de cosas propio del paciente en tanto que niño. Porque un niño es un niño que recibe cuidados, un ser dependiente, absolutamente dependiente al principio; y no es posible hablar de un niño sin que al mismo tiempo nos refiramos a su cuidado y a su madre.

#### *El cuidado de los niños y la salud mental*

Esto nos conduce en línea recta hasta mi tesis principal, consistente en que *creo que estamos siguiendo el pensamiento de Freud cuando establecemos un nexo directo entre la primera infancia* (es decir, el niño que recibe cuidados y se halla en estado de dependencia absoluta) y *los trastornos psiquiátricos más primitivos*, los que se agrupan bajo la palabra «esquizofrenia». La etiología del esquizofrénico nos hace retroceder, pero no hasta llegar al complejo de Edipo (al que nunca se llegó apropiada o totalmente), sino hasta la relación bipersonal, esto es, la relación del pequeño con la madre antes de que el padre o cualquier otro tercero hiciese su aparición en escena.

En efecto, retrocedemos hasta la vida del pequeño que se relaciona con objetos parciales, que se halla en estado de dependencia pero no es capaz de saberlo. La salud mental del individuo en relación con la ausencia de enfermedad psicótica es algo cuyos cimientos los están colocando conjuntamente la madre y el niño durante las fases más precoces del crecimiento y cuidado del pequeño.

#### *El ego en la infancia*

¿Cuáles son las principales cosas que tienen lugar en el crecimiento emocional del pequeño durante las primeras semanas y meses (y que se consolidan en fases posteriores)?

Tres de estas cosas son: La integración.  
La personalización.  
Las relaciones objetales.

El ego del pequeño es muy fuerte, pero solamente gracias al apoyo que le presta la madre «buena», capaz de dedicar todo su ser a adaptarse a las necesidades de su niño, retirándose de manera gradual de esta posición a medida que el pequeño necesita que ella se adapte menos y con menor intimidad. Sin este apoyo del ego, el ego del pequeño permanece sin formar, débil, fácilmente desorganizable, e incapaz de emprender su crecimiento siguiendo las pautas del proceso de maduración.

#### *La naturaleza del trastorno psiquiátrico*

Por lo común, la enfermedad psiquiátrica se describe por medio de una terminología que indica una serie de fracasos específicos sufridos por el paciente al tratar de instaurar estas y otras posiciones infantiles. Así, se nos dice que las personalidades «se desintegran», los pacientes «pierden la capacidad para habitar en sus cuerpos y para aceptar el límite que la piel les impone», y los pacientes «se hacen incapaces para relacionarse con los objetos». Se «sienten fíreales» en relación con el medio ambiente y «sienten que el medio ambiente es irreal».

Lo importante de esto: ¿en qué medida creen los analistas que los trastornos que ellos tratan pueden plantearse como fallos relativos que se producen exactamente allí donde los logros son la característica de la vida de todo niño sano?

#### *Las fuentes de mis ideas personales*

Esta forma de contemplar el desarrollo se deriva de la confluencia de varios tipos de experiencia. Por mi parte, en calidad de pediatra he tenido muchas oportunidades de observar a los niños y a sus madres, y he puesto especial empeño en hacer que innumerables madres me contasen la forma de vivir de sus hijos en las fases precoces, antes de que ellas perdiesen el contacto con estas cosas íntimas. (Si volviese a empezar mi carrera, trabajaría con niños prematuros, cosa que no me ha sido posible hacer.) Por otra parte, yo mismo fui objeto de análisis, con lo que tuve ocasión de

retroceder hasta mi olvidada infancia. Seguidamente vino el adiestramiento psicoanalítico, durante el cual los casos que traté me permitieron ver los mecanismos mentales de la primera infancia tal como aparecen en los sueños y en los síntomas. El análisis de niños me proporcionó una visión infantil de la infancia.

Luego hice el análisis de pacientes que resultaron ser casos límite, o que acudieron a mí para que les alterase la parte de locura que en ellos había. Es el trabajo con los pacientes límite el que me ha conducido (me gustase o no) hasta la condición humana en los primeros tiempos de la vida: me refiero a la vida precoz del individuo más que a los mecanismos mentales de la primera infancia.

### Ejemplo clínico

(La sesión del lunes, o sea la del día anterior a la sesión de la que les hablaré, tuvo una característica: la paciente, una mujer joven, se presentó en la consulta cargada de comestibles. Acababa de descubrir entusiasmada las tiendas próximas a mi consultorio. Esto fue una evolución natural del descubrimiento gradual que de su relación conmigo estaba haciendo durante la transferencia de lo que ella llama «su avidez». Ha llegado a decir incluso que el acudir a la consulta es como asistir a un banquete. Este hecho ha contado con una larga preparación en los informes de su anorexia, que se alterna con un grado extremo de libidinización de una comida que esté realmente bien preparada y servida.)

El martes, la señorita X se tumbó en el diván y, como de costumbre, se cubrió con una manta de los pies al mentón; permanecía echada de costado y de cara a mí. (Mi posición, durante el análisis de esta paciente, es la de sentado a un lado, pero a la altura de los almohadones.) No sucedió nada. Ella no daba muestras de sentirse angustiada, y yo tampoco. Charlábamos de cosas sin importancia, sin llegar a desarrollar ningún tema concreto. Finalmente, la señorita X se dio por satisfecha y, diciendo que había disfrutado mucho de la sesión, se dispuso a partir.

Éste es un análisis con un desarrollo muy regular del proceso analítico, y en modo alguno puede decirse que yo me sintiese desconcertado, si bien no sabía, ni podía saber, qué era exactamente lo que estaba sucediendo.

Al día siguiente, miércoles, la señorita X volvió a taparse como de costumbre, y aquel día charló por los codos, medio

disculpándose por la ausencia de material analizable. Sostuvimos una conversación sobre hípica, dándose la circunstancia de que ambos habíamos visto la retransmisión por televisión del mismo concurso de saltos. Tomé parte en la conversación de un modo natural, sin saber qué estaba pasando. Ella dijo que los ingleses se limitan a dejar que el caballo salte, y que cuando sale bien, como sucede a menudo, se debe simplemente a que el caballo es un ejemplar excelente. Los alemanes, por el contrario, lo calculan todo, sin olvidarse del número de pasos que deberá dar el caballo antes de llegar a cada una de las vallas. Al final se hizo evidente que lo que más la impresionaba en este tipo de competiciones era el entrenamiento de los caballos.

Esto me hizo aguzar los oídos, pues sé que la señorita X tiene intereses creados en lo que respecta al entrenamiento de analistas. Durante varios años tuvo un analista al que plantó al averiguar que no estaba adiestrado para su tarea, y luego leyó mucho sobre el tema antes de arriesgarse a un segundo análisis, para el que me escogió a mí. Pude comprobar que me había leído bastante, y que una vez se hubo decidido por mí prefirió esperar mucho tiempo antes que acudir a otro analista.

Así, pues, las tres cuartas partes de la sesión ya habían transcurrido cuando, en cuestión de pocos minutos, pudimos cumplir con el objetivo de la consulta, circunstancia que se da con frecuencia en el caso de esta paciente.

Entonces me contó un sueño referente a un pintor de cuya obra me había hablado una semana antes. Los cuadros de este artista son ciertamente muy buenos, aunque todavía no goza de renombre. En el sueño, la paciente iba a comprar un cuadro, quizás uno de los que viera en la exposición, pero el pintor había pintado muchos más cuadros, en los que se observaba un cambio de estilo. Sus cuadros originarios parecían hechos por un niño. La paciente prefería comprar uno pintado por un niño. Sin embargo, todos los cuadros recientes estaban calculados y eran sofisticados; además, el pintor no lograba recordar ninguno de los cuadros originarios. La paciente incluso le dibujó uno, sin que el artista lo recordase tampoco.

Al decirle yo que este sueño proseguía el tema de la técnica para los saltos a caballo, así como el tema del entrenamiento y la pérdida de la espontaneidad, ella se mostró inmediatamente de acuerdo, y complacida. Se puso a desarrollar el tema, diciendo que se trataba de un producto acabado



resultante de la conjunción de la promesa inicial y el aprendizaje de la técnica práctica.

Con esto salió a colación la idea de la sesión del día anterior, que, según manifestó ella, había sido importante, mejor dicho, crucial. Había pensado en ella por la noche y en aquel momento lo recordaba.

Las cosas sucedieron así: en su análisis con el otro analista había alcanzado rápidamente el punto en que a la sazón se encontraba el análisis que yo estaba realizando. Sin embargo, el otro analista no fue capaz de hacer que las cosas se desarrollasen. Cuando ella permanecía inmóvil, tumbada en el diván, por ejemplo, él le decía que se incorporase o recurriera a algún otro procedimiento; entonces ella perdía rápidamente el contacto con el proceso que se había puesto en marcha. Pasaron varios años antes de que se diese cuenta de que el problema residía en que la técnica de aquel analista no se adaptaba a su caso particular, descubriendo finalmente que el analista carecía de la formación adecuada. Y de haber sido un analista entrenado, tal vez no hubiese podido satisfacer las necesidades de esa paciente, necesidades que eran las de un caso psicótico (y eso a pesar de que no está tan enferma como muchos esquizofrénicos a los que había conocido, conviviendo con ellos y tratando de ayudarlos).

En la tranquila sesión que tuvo lugar ayer, la paciente llegó a este punto y superó cierta dificultad. Por una parte iba a sentirse aliviada al ver que mi análisis, que también había empezado bien, terminaría en otro fracaso; eso sería una lástima y terminaría en suicidio, pero era lo que la experiencia le había enseñado; además, ella es capaz de insensibilizarse, evitando así el dolor que le produciría esta experiencia de lo que en realidad espera. Incluso es capaz de sentirse fuerte por saber la verdad por adelantado.

Lo que sucedió en la consulta fue que comprendió que el analista no iba a fracasar como de costumbre, que el análisis proseguiría y ella tendría que aceptar todos los riesgos, dejando que los sentimientos se desarrollaran y tal vez sufriendo profundamente. Fue ésta la razón de que la sesión del martes le pareciese tan sumamente satisfactoria, haciéndole sentir gratitud.

Entonces hizo lo que acostumbra algunas veces, gracias a su singular intuición: me proporcionó una útil sugerencia sobre el papel del analista en el tratamiento de los pacientes que temen la desintegración. Señaló que tales pacientes sienten la necesidad absoluta de que el analista sea omnipotente. En esto se diferencian de los psiconeuróticos. Necesitan que

el analista sepa y les diga qué es lo que ellos, los pacientes, temen. Ellos ya lo saben de siempre, pero lo importante es que el analista también lo sepa y lo comunique. Puede que el paciente haga y diga cosas encaminadas a despistar al analista, sometiéndolo así a una prueba más con el fin de ver si es capaz de averiguar por sí solo lo fundamental.

Entre ambos añadimos a ello la siguiente explicación: Lo que debe asumir el analista es la omnipotencia y la omnisciencia del propio paciente para que éste, con alivio, pueda sufrir un colapso, resultar truncado, y experimentar, en su peor grado, la desintegración o la sensación de aniquilamiento.

Dire como corolario que el paciente esquizoide es fácil de engañar. Bastará con que cualquier curandero, charlatán o falso analista afirme conocerlo y ser capaz de curarlo; el paciente se lo creerá a pies juntillas. Ésta es la primera etapa, y la persona que tales cosas afirme quizá no haya recibido el más mínimo adiestramiento y, en verdad, sea un perfecto e ignorante imbécil, o un charlatán. Luego viene la puesta a prueba, momento en que se produce la desilusión del paciente y su replegamiento hacia una nueva fase de desesperanza, tan conocida para él que casi le resulta grata. Para conseguir que el paciente supere esta caída, el analista debe estar entrenado o hallarse en posesión de una teoría estructurada, unida a una personalidad madura y a una actitud firme con respecto al paciente y a su tratamiento. Puede ser que a algunos analistas les desagrada esta faceta de su labor, dado que para ello el talento, la inteligencia, son innecesarios.

Al día siguiente, jueves, la señorita X se retrasó quince minutos, cosa rarísima en ella. El autobús no había sido puntual, aunque la señorita X dijo que esa explicación no era satisfactoria, ya que había soñado que llegaba tarde a la sesión de aquel día. Interpreté que algo había cambiado y que la inducía a la ambivalencia en su relación conmigo y con el análisis. Estuvo de acuerdo con ello y añadió que, de hecho, sentía un ansia singular por acudir a la consulta, dado que estaba en verdad contenta con el análisis de los días anteriores. Evidentemente, tenía que haber algún factor que actuaba en contra de su deseo de acudir a la cita.

Lo que sucedió en el curso de la sesión vino a ser un nuevo planteamiento de las dificultades que nos aguardaban. Ibamos a encontrarnos con el hecho de que ella se mostraría extremadamente ávida. Discutimos el hecho y yo lo interpreté como indicio de la existencia de un elemento compulsivo en su apetito. (Ya hemos trabajado en este sentido.) Lo

que ella sabe que va a ser difícil es que yo logre gobernar el análisis cuando ella alcance toda su capacidad de afirmar sus derechos sobre mí y sobre todo lo que es mío. En esta fase hace su aparición el impulso de robar, y recordé que el lunes me había pedido prestado un libro.

Por otra parte, y así se lo indiqué, el día anterior me había recompensado sobre la marcha al hacer una útil alusión al papel del analista en el tratamiento de los pacientes esquizoides.

Teníamos a nuestra disposición abundante material referente al acto de comerse al analista (la tienda de comestibles, etcétera) y me alegré de no haberlo interpretado como sadismo oral entonces, ya que la interpretación significativa, que ahora se estaba haciendo aceptable, consistía en una avidez compulsiva por parte de la tendencia antisocial y que está relacionada con la pérdida.

### El niño dependiente

Al reformular la experiencia de la infancia, me encuentro con que debo hablar en términos de dependencia; de hecho, ahora me parece sospechoso todo planteamiento de los mecanismos mentales precoces que no tenga presente al niño atrapado en el comportamiento y la actitud de la madre.

### Las tendencias heredadas

Esto me lleva a una exposición de la primera infancia. En la infancia, el proceso de crecimiento corresponde al pequeño, siendo la suma de las tendencias heredadas, entre las que se incluye el *proceso de maduración*. El proceso de maduración del niño sólo tiene efecto en la medida en que exista un *medio ambiente que lo posibilite*. El estudio de tal medio ambiente es casi igual de importante, al principio, que el estudio del proceso individual de maduración. El proceso de maduración se caracteriza por el impulso hacia la *integración*, cuyo significado adquiere una creciente complejidad a medida que el pequeño va creciendo. La característica del medio ambiente posibilitador es la *adaptación*, que en principio es de casi un ciento por ciento y luego, gradualmente, va decayendo hacia la *desadaptación* con arreglo a los avances que va haciendo el pequeño en su marcha hacia la independencia.

Cuando el medio ambiente posibilitador es lo bastante «bueno» (lo cual siempre significa que existe una madre que al principio está totalmente entregada a la tarea de cuidar del niño y que gradualmente, sólo gradualmente, va reafirmando en tanto que persona independiente), entonces el proceso de maduración tiene su oportunidad. El resultado es que la personalidad infantil logra cierto grado de integración, al amparo primero del apoyo del ego (la adaptación de la madre) y luego, con el tiempo, de forma más y más independiente.

Como ya he dicho, en el transcurso de estas primeras semanas, meses, años, el pequeño adquiere también la capacidad para relacionarse con los objetos, habita en su propio cuerpo y en las funciones del mismo, y experimenta un sentimiento de «Yo soy», mostrándose dispuesto a enfrentarse a cuanto le espere.

Estos avances en el individuo, que se apoyan en los procesos de maduración, son lo que constituye la salud mental. Es a la antítesis o reverso de estos mismos procesos a lo que debemos dirigirnos para comprender los trastornos de la personalidad de tipo esquizoide.

### Modificaciones de la técnica

Me queda hablar de algo importante: la modificación de la técnica que hace falta cuando estamos tratando un caso límite. La base del tratamiento es la técnica clásica, con la particularidad de que la piedra angular de la técnica modificada la constituyen cosas que se dan por sentadas en el psicoanálisis de los psiconeuróticos.

En el psicoanálisis, el marco se acepta como cosa natural. El analista se porta bien, se entrega en bien del paciente durante la sesión analítica, haciendo caso omiso de todo lo que no sea fundamental, es decir, de todo salvo de los detalles de la neurosis de transferencia. El analista cree en el paciente, y cuando éste lo engaña, cree en los motivos por los que lo ha hecho.

Cuando el paciente psiconeurótico se refiere a estas cuestiones, el analista sabe que es debido a que el paciente encuentra, en el marco analítico, ciertos elementos dignos de confianza que ya había experimentado en el pasado. El psiconeurótico tiene una capacidad, basada en su experiencia anterior, para creer en el analista; sus suspicacias obedecen a la ambivalencia.

Lo que acabo de decir sobre los psiconeuróticos es igualmente aplicable a los depresivos, salvo en la medida en que en ellos estén presentes ciertas características esquizoides.

Cuando el psicoanalista trabaja con personas esquizoides (llame o no «psicoanálisis» a su labor), la interpretación clara y evidente pierde importancia, mientras que el mantenimiento de un marco adaptable al ego se hace esencial. La confiabilidad o estabilidad del marco es una experiencia primaria, no algo que se recuerda y revalida en la técnica del analista.

#### *Los riesgos de la dependencia*

La dependencia cobra una forma que es exactamente igual a la que tiene el niño en la relación niño-madre, sólo que tal vez el paciente tarde mucho en llegar a ella debido a las pruebas que debe efectuar a causa de la cautela suscitada por experiencias anteriores. No es difícil comprender lo penoso que para el paciente resulta el hallarse en estado de dependencia, a no ser, claro, que el paciente sea efectivamente un niño; y los riesgos que hay que correr para llevar a cabo la regresión a la dependencia son en verdad considerables. El riesgo estriba menos en la posibilidad de que el analista muera que en la posibilidad de que súbitamente deje de creer en la realidad e intensidad de la angustia primitiva del paciente: el miedo a la desintegración, el aniquilamiento o a caer para siempre y siempre.

#### *La función del sostenimiento*

Como podrán ver, el analista está *sosteniendo* al paciente, y a menudo esto se manifiesta mediante la comunicación, por medio de palabras y en el momento apropiado, de algo que viene a demostrar que el analista conoce y comprende cuál es la angustia más profunda que se está experimentando, o que aguarda ser experimentada. De vez en cuando, el sostenimiento debe adquirir alguna forma física, pero creo que ello se debe solamente a que el analista sufre un retraso en relación con la comprensión que utilizará para verbalizar lo que está pasando.

A veces nuestros hijos sufren dolor de oídos, por ejemplo, y de nada sirven las palabras de consuelo. Probablemente, también habrá veces en que el paciente psicótico necesita

ser físicamente sostenido, si bien, a la larga, lo necesario es la comprensión y la identificación.

#### *Comparación de técnicas*

Ante el caso *psiconeurótico* el analista debe interpretar el amor y el odio tal como aparecen en la neurosis de transferencia; es decir, haciendo que los sucesos actuales retrocedan a la infancia. Esto incumbe a las relaciones objetales del paciente.

Ante el caso *depresivo* el analista debe sobrevivir a la agresión que acompaña al amor. La depresión reactiva se parece mucho a la psiconeurosis, requiriendo la interpretación de la transferencia. Sin embargo, a la depresión le es necesaria la supervivencia del analista, pues ella da al paciente tiempo para reagrupar los elementos de su realidad interna de tal manera que también sobreviva el analista interno. Esta tarea es factible, dado que la *depresión implica fuerza del ego*, y nuestro diagnóstico de depresión implica que creemos al paciente capaz de enfrentarse con la culpabilidad y la ambivalencia, así como de aceptar los impulsos personales de agresividad sin que, contando con el tiempo suficiente, se produzca desorganización de la personalidad.

En el tratamiento de esquizoides el analista necesita saberlo todo en lo que se refiere a las interpretaciones que cabría hacer partiendo del material presentado; pero debe saber resistirse a realizar tales interpretaciones, que en tales casos son innecesarias pues la principal necesidad del paciente estriba en recibir apoyo del ego, o sostenimiento, ajeno a la comprensión o inteligencia. Al igual que la misión de la madre en el cuidado del pequeño, este «sostenimiento» reconoce tácitamente la tendencia que tiene el paciente a desintegrarse, a dejar de existir, a caer para siempre.

#### *La adaptación y la satisfacción de los impulsos del id*

Cabe decir a este respecto que cierta idea (albergada por algunos analistas) constituye una fuente de equívocos: la de que las palabras «adaptación a la necesidad» significan, en el marco del tratamiento de esquizoides y del cuidado infantil, lo mismo que la satisfacción de los impulsos del id. No se trata, en dicho marco, de satisfacer o frustrar los impulsos del id, sino que hay cosas más importantes que deben ser

atendidas, como es la prestación de apoyo del ego a los procesos del ego. Es únicamente bajo condiciones de adecuación del ego que los impulsos del id, sean satisfechos o frustrados, se convertirán en experiencias del individuo.

### Resumen

Los procesos que constituyen la enfermedad mental esquizofrénica son los procesos de maduración de la primera infancia, pero al revés.

## Capítulo decimocuarto

### Los cuidados hospitalarios como complemento de la psicoterapia intensiva en la adolescencia<sup>1</sup> (1963)

La adolescencia, que equivale a convertirse en adulto, es una de las fases de todo crecimiento sano. En ella se inscribe el período de pubertad, y también la socialización del muchacho o la muchacha. En este contexto, la palabra «socialización» no significa adaptación ni conformidad. Cuando en el marco de la salud el individuo se convierte en un adulto maduro, el hecho entraña que este individuo es capaz de identificarse con las figuras paternas y con algún aspecto de la sociedad, sin que por ello deba hacer un sacrificio excesivo de su impulso personal. Dicho de otro modo: el muchacho o la muchacha sabe ser esencialmente él mismo o ella misma sin ser antisocial a causa de ello. En la salud, el individuo se capacita para aceptar responsabilidades y para ayudar a mantener, modificar, e incluso cambiar radicalmente, el legado de la generación precedente. Inevitablemente, el individuo, ya adulto, transmitirá a su vez un legado a la generación que le siga en el eterno ciclo de la humanidad.

Así, pues, la adolescencia es una de las fases del proceso de crecimiento de todo chico y chica. Tanto en nuestras consideraciones teóricas como en nuestra labor práctica, debemos tener presente este factor mientras tratamos este otro:

1. Conferencia pronunciada en el McLean Hospital, Belmont, Massachusetts, Estados Unidos, como parte del simposio clínico titulado «The Individual and the Community: Current Perspectives in Rehabilitation», con motivo de la inauguración oficial del nuevo centro de rehabilitación, en octubre de 1963.

la enfermedad psiquiátrica en el muchacho o muchacha cuya edad lo sitúe en el grupo de los adolescentes o de los adultos jóvenes.

### Bosquejo de la adolescencia

La misma adolescencia es a veces un período tormentoso. El espíritu de desafío mezclado con la dependencia, a veces incluso con la extrema dependencia, hace que el cuadro de la adolescencia dé impresión de locura y confusión. Los padres, muy necesarios en esta etapa, caen en la confusión sobre cuál debe ser su papel. Puede suceder que se encuentren con que están gastándose el dinero sólo para que sus propios hijos se mofen de ellos. Tal vez comprueben que el único motivo por el que son necesarios es para poder dejarlos de lado, mientras que sus hijos adolescentes recurren a tíos, tías, e incluso extraños, en busca de amistad y consejo. Allí donde la familia esté ausente o enferma, será necesario que algún aspecto de la sociedad asuma la función familiar. A todo esto se añade la complicación de que el adolescente dispone de las técnicas propias de los adultos. El niño de cuatro años, inmerso en las angustias del complejo de Edipo, sueña con la muerte de su padre, pero el mismo individuo, a los catorce años, dispone de la facultad de matar. El suicidio es posible a esa edad. Las drogas no son imposibles de conseguir. La niña, que a los cuatro años se identificaba con su madre, y envidiaba su facultad de concebir, soñando con ladrones o con la muerte de la madre, ahora, a los catorce años, puede quedar embarazada ella misma, u ofrecer su cuerpo por dinero. La adolescente es susceptible de quedar en estado, aunque no en la fase de desear dar un niño a la persona amada, o de querer entregarse al cuidado del pequeño. Les digo todo esto sólo para recordarles, aunque no creo que haga falta, que la adolescencia no es cosa fácil (cf. Winnicott, 1962).

Si estamos de acuerdo en que el adolescente tiene un problema especial, cual es el de sus impulsos agresivos (y lo mismo sucede, aunque indirectamente, con la adolescente), estaremos igualmente de acuerdo en que el problema empeorará a causa de los avances de la física termonuclear. La mayoría de nosotros cree que no habrá guerras parciales, dado que toda guerra se convierte en guerra total y la guerra total es impensable. Aquí nos vemos inducidos a estudiar el valor de la guerra en su función de conceder licencia para matar. Quisiera entrecomillar la palabra «valor», ya que supongo que

todos nosotros odiamos la guerra y rogamos por la paz. Sin embargo, en calidad de psiquiatras o de psicólogos sociales, estamos obligados a medir el efecto que la paz permanente surte en la salud mental de la comunidad. El efecto de la idea de una paz permanente ejerce una fuerte presión sobre todo, excepto sobre la madurez emocional, cosa esta que constituye un logro más bien infrecuente. ¿Puede la adolescencia en general concentrar toda su agresividad en los deportes competitivos o peligrosos? ¿No sucederá que la sociedad apriete los tornillos a tales deportes, haciendo que incluso éstos sean considerados como cosas no respetables y hasta antisociales? Todavía no conocemos la respuesta a estas preguntas generales, pero lo que sí sabemos es que una guerra localizada, pese a la inmensa tragedia que provocaba, solía hacer algo positivo para aliviar las tensiones individuales, permitiendo que la paranoia permaneciese en estado potencial y dando un sentimiento de realidad a personas que no siempre se sienten reales cuando la paz reina suprema. En los muchachos, especialmente, la violencia es algo real, mientras que la vida sin complicaciones produce la amenaza de la despersonalización.

Ustedes habrán meditado mucho sobre estos problemas que son inherentes al proceso de crecimiento, y habrán encontrado la forma de plantear el importante papel que el hogar del niño puede desempeñar cuando funciona con eficacia. La institución de ustedes es en parte una forma substitutiva y organizada de hogar, el cual es a menudo lo bastante satisfactorio y, pese a todo, no del todo capaz de soportar la tensión específica que representa el cuidado de la enfermedad de uno de sus miembros durante un largo período.

Siguiendo con mi bosquejo de la adolescencia, que por atención a la brevedad he planteado dogmáticamente, les diré que sólo hay una forma de curar la adolescencia: el paso del tiempo y el paso del adolescente al estado de persona adulta. No debemos tratar de curar a los adolescentes como si sufriesen algún trastorno psiquiátrico. Suelo utilizar la expresión «murras adolescentes» para referirme a los años en que todo individuo no tiene otra opción que esperar, y además sin ser consciente de lo que está sucediendo. Durante esta etapa, el muchacho o muchacha no sabe si es homosexual, heterosexual o narcisista. No tiene una identidad instaurada, ni una forma segura de vida que moldee el futuro y dé sentido al hecho de trabajar en pos de la obtención de un título. No hay aún ninguna capacidad para identificarse con las figuras paternas sin pérdida de su identidad personal.

Además, el adolescente alberga una fiera intolerancia hacia la solución falsa. Si nosotros, en tanto que adultos, no ofrecemos ninguna solución falsa, ya estaremos aportando algo para el adolescente, por el hecho de enfrentarnos a los desafíos localizados o concretos que éste nos lance y por el hecho de satisfacer sus necesidades más agudas a medida que vayan surgiendo. Lo que debemos esperar es que la independencia desafiante se alterne con la regresión a la dependencia, y aguardar, haciendo tiempo en lugar de brindar distracciones y curaciones.

#### *La enfermedad durante la adolescencia*

Como es natural, durante esta fase del desarrollo nos encontramos con trastornos de todo tipo:

La psiconeurosis propiamente dicha.

La histeria, con cierto grado oculto de psicosis que causa problemas pero nunca llega a manifestarse claramente como locura.

Trastornos afectivos, con un fondo de depresión, entre los que se incluyen:

Las oscilaciones maniaco-depresivas.

La defensa maniaca (negación de la depresión).

La elación, y las complicaciones paranoides e hipochondríacas.

La personalidad con un ser falso y que amenaza con venirse abajo en época de exámenes.

El grupo de trastornos esquizoides. Entre ellos se halla la pérdida de la integración y de los procesos de maduración en general. Sus manifestaciones clínicas abarcan la falta de contacto con la realidad, la despersonalización, la escisión y la pérdida del sentido de la identidad.

Nos encontramos con que estamos tratando estos trastornos en pacientes situados en el período de pubertad del crecimiento, y que son adolescentes en la medida en que ello les es posible. Resulta difícil separar lo que está enfermo de lo que es normal en esta fase; asimismo, es difícil, en estos casos, saber si debemos ofrecer tratamientos en términos de cuidado y dirección o bien en términos de psicoterapia. Hablando en términos generales, ofrecemos psicoterapia a los pacientes que sienten necesidad de ella, o a los que es fácil

hacer ver la utilidad de la misma. En tales casos permanecemos vigilantes en espera del momento en que se hace necesaria la institucionalización o un tratamiento mental especial debido a que el paciente ha alcanzado un punto en el que el colapso se convierte en algo constructivo. Para los demás pacientes, los que carecen de comprensión, tratamos de proveer una serie de cuidados y atenciones mentales, esperando que los fenómenos regresivos aparezcan con el tiempo, siendo posible, en algunos casos, añadir la psicoterapia al tratamiento.

Si en las dependencias de este nuevo hospital lo que se pretende es posibilitar la interacción entre los cuidados y la psicoterapia, entonces se estará proveyendo justamente lo que hace falta y lo que, además, es difícil de proveer. ¿Por qué es difícil? Pues, brevemente, porque no sólo existen los celos profesionales entre el personal encargado de los cuidados y el personal que realiza la psicoterapia, debido a que cada grupo no alcanza a ver la utilidad del otro, sino que, además, algunos pacientes propenden a fomentar la escisión entre uno y otro grupo. A menudo el hecho refleja las tensiones existentes entre los padres del paciente, constituyendo una forma desplazada del temor que al paciente inspira el ayuntamiento de sus padres (en el sistema de fantasías inconscientes).

Es mucho lo que podría decirse acerca de la dirección o cuidado de los chicos y chicas aquejados de estos trastornos diversos. Déjenme escoger una sola: *se producirían suicidios*. Es necesario que las juntas de dirección aprendan a reconciliarse con la idea de que habrá suicidios, de que los pacientes dejarán de cumplir con su deber, de que, alguna que otra vez, se producirán estallidos de locura en los que habrá un elemento muy próximo al asesinato, que se romperán ventanas y se destruirán objetos. Los psiquiatras que ceden al chantaje ejercido por tales desastres no logran llevar a cabo lo que mejor resulta para el resto de pacientes puestos a su cuidado. Y lo mismo cabe decir del psiquiatra que cede ante la tendencia antisocial del paciente. Por supuesto que la destrucción en sí no sirve de nada y que precisamente nuestro objetivo reside en evitar la destrucción y el suicidio. Pero lo que hace falta es que la prevención la efectúen seres humanos, ya que los medios mecánicos de contención son inútiles. De esto se desprende que se producirán fallos, ya que los seres humanos en tanto que tales tienen limitadas su capacidad y voluntad de acción.

Habrán reparado en que he dejado fuera de mi clasificación aproximada un grupo de gran importancia: la tendencia antisocial, susceptible de empujar al chico o a la chica hacia la delincuencia y, andando el tiempo, hacia la reincidencia.

La denominación «tendencia antisocial» es útil porque establece un nexo entre este tipo de trastorno y lo que es normal, y con lo que al principio constituye una reacción ante alguna pérdida. Esta tendencia puede transformarse en una compulsión fútil, y entonces se llamará delincuente a quien la experimente.

He aquí un trastorno que no debe clasificarse al lado de las psiconeurosis, trastornos afectivos y esquizofrenia. Se trata de un trastorno fácilmente relacionable con los trastornos inherentes al síndrome adolescente de crecimiento. Los problemas especiales de dirección o gobierno son propios de la labor que se lleva a cabo en este campo. Me es imposible desarrollar el tema ahora, pero la idea fundamental del mismo es que la tendencia antisocial de un niño representa una esperanza (inconsciente) relacionada con la reparación de un trauma de pérdida (Winnicott, 1956).

#### *Interacción de los procesos de maduración y de los procesos patológicos*

Abordaremos ahora la gran dificultad que hace frente a todos quienes se dedican a la labor preventiva y curativa. En esta etapa del crecimiento individual es ciertamente difícil diagnosticar salud y normalidad, distinguiéndolas del trastorno psiquiátrico. La adolescencia altera la configuración de la enfermedad psiquiátrica.

Cojamos veinte adolescentes. Serán personalidades aisladas, pero se agruparán de forma más o menos compacta en virtud de algún interés que tengan en común, sea la canción pop, el twist, el jazz, alguna moda en el vestir, alguna faceta adolescente que sería poco honrado tratar de evitar. Al borde de todo grupo hay siempre un chico o chica depresivo que intenta suicidarse. Entonces el grupo entero da muestras de depresión y «está con» el que hace el intento. Otro romperá los cristales de una ventana sin motivo alguno. Entonces todo el grupo se coloca al lado del rompeventanas. Un tercero, en compañía de algunos compañeros, penetra con escaló en una tienda y roba cigarrillos, o hace algo que atrae la atención de la ley: el grupo en peso apoya al transgresor.

Y, pese a todo, cabe decir que, en conjunto, los chicos y chicas que forman el grupo en cuestión saldrán de esta fase sin haber tratado de suicidarse, sin haber cometido ningún asesinato, violencia o robo.

Resumiendo, a mi modo de ver, los adolescentes que atraviesan la fase de murria o depresión se valen de los individuos situados al borde de su grupo para convertir en realidad su propia sintomatología potencial. Me permitirán que les dé un ejemplo que ilustre los problemas inherentes al diagnóstico y a la dirección.

#### **Anotación al caso de un muchacho**

Haré referencia al caso de un muchacho que me fue enviado por primera vez a la edad de ocho años. A esa edad era posible observar en él la presencia de un sentimiento organizado de agravio que databa de cierta etapa de la dirección de su primera infancia y que estaba relacionada con la enfermedad mental, severa e ininterrumpida, que aquejaba a su madre. Se trató de aplicarle terapia en aquella fase, pero el intento fracasó, debido en parte a la enfermedad de la madre. Volvieron a mandármelo cuando contaba quince años. Durante la consulta pudo darme una clave de vital importancia sobre sus accesos de violencia. De hecho, había corrido el riesgo de tratar de asesinar a su padre. La aclaración se produjo bajo la forma de un sueño que el muchacho ilustró por medio de un dibujo. En el dibujo se veía la mano del muchacho acercándose a la mano de su novia. Entre las dos manos en el sueño aparecía una barrera de vidrio. La violencia que el chico tenía estaba relacionada con el intento de romper la barrera que se alzaba entre él y el mundo real, barrera que se hacía más real cuanto mayor era la intervención de los instintos en las relaciones objetales.

Referí este caso a un colega mío que dirige un hospital mental y que admitió al muchacho con mi diagnóstico de esquizofrenia. El muchacho fue adecuadamente tratado en el hospital y pronto pudo encajar en la comunidad. Digno de notar en este caso fue el hecho de que el hospital brindó al muchacho asilo temporal con respecto a la grave enfermedad mental de su madre. No hay duda de que el cambio inmediato que se produjo en él obedecía principalmente al hecho de haber hallado un hogar alternativo, hogar que, sin embargo, no podía durar mucho. Poco después de instalarse en el hospital, el paciente supo cortar el lazo que lo unía con

la citada novia, de la que dependía excesivamente. Antes de su ingreso en el hospital, constantemente lo encontraban llorando después de sostener interminables conversaciones con esta chica. El teléfono y sus hilos representaban lo mismo que la barrera de vidrio situada entre los dos representada en el sueño. Gracias a la presencia de algo que se interponía entre ellos, el muchacho era capaz de experimentar toda la intensidad de su amor y de su dependencia. La muchacha en cuestión había sido necesaria para desplazar a la madre enferma. El paciente mejoró después de cortar su apego por aquella chica, mejorando también sus relaciones con los demás miembros del grupo y con el personal del hospital.

Es aquí donde el caso de este muchacho parece venir a cuento en la alocución dirigida a este hospital<sup>2</sup> y en este momento, ya que el mismo ilustra las dificultades de que hablábamos antes. En el hospital el muchacho pudo aprovechar los excelentes departamentos de terapia a base de trabajo y de tareas artísticas. Se decidió por una labor sumamente creadora y original en el campo del modelado y de la pintura. Todo cuanto hacía revestía una significación notable. Sucede muy a menudo que los pacientes psicóticos y casi psicóticos logren buenos resultados al dedicarse a algún tipo de trabajo original en uno de los departamentos de rehabilitación. Lo malo fue que nuestro muchacho mejoró tanto y disfrutó en tal medida de la nueva relación con el mundo que se había forjado en el marco de aquella pequeña comunidad, que los doctores alteraron su diagnóstico. Llegaron a la conclusión de que se trataba de un caso de histeria y de cierta tendencia antisocial y que el factor externo que representaban las condiciones existentes en su hogar eran la causa principal de que se le creyese enfermo. Por consiguiente, el muchacho fue dado de alta, no sin que antes su médico se encargase de buscarle una buena escuela, donde las dificultades del muchacho fueron claramente expuestas ante el director. Cuando llevaba escasos meses en dicha escuela, el muchacho empezó a dar otra vez muestras de los síntomas por los que antes había sido internado en el hospital: violencia, destructividad e incapacidad para emprender una tarea en serio. Volvió a aplicársele el diagnóstico de esquizofrenia y se le sacó rápidamente de la escuela. En la actualidad, sus padres tratan de solucionar tan difícil situación organizándole un viaje de duración ilimitada alrededor

2. El McLean Hospital, Belmont, Massachusetts, Estados Unidos.

del mundo, en la esperanza de que a su regreso haya superado todas sus dificultades. Huelga decir que es probable que para entonces se haya metido en serios apuros, o que incluso haya causado graves daños a alguna otra persona.

Este caso fallido puede ser utilizado como ejemplo de que un buen departamento de rehabilitación puede alterar el cuadro clínico del paciente, dando la impresión de que éste ha mejorado hasta el punto de que el diagnóstico originario deja de ser válido. Ustedes, y su departamento de rehabilitación, serán conscientes de este peligro y no dejarán que los induzca a interpretaciones erróneas. Así, no se dejarán engañar por las excelentes producciones artísticas que en él se hagan y que, pese al hecho indudable de manifestar la salud potencial del paciente, no deben confundirse con la salud propiamente dicha.

### Resumen

He bosquejado algunas de las características de la adolescencia, comentando de paso la relación que existe entre las mismas y la sintomatología de los niños psiquiátricamente enfermos a la edad de la pubertad. Se describe un caso que da ejemplo de algunas de las dificultades propias de la dirección o tratamiento de los pacientes pertenecientes a este grupo, así como a la provisión de las instalaciones de rehabilitación como las que se inauguran hoy en este hospital.



## Dependencia en los cuidados de la primera infancia y de la niñez, y en el marco psicoanalítico<sup>1</sup> (1963)

Nada hay de nuevo en el concepto de dependencia, ya sea durante la primera infancia del individuo o en la transferencia que cobra fuerza al ponerse en marcha el tratamiento psicoanalítico. Lo que, a mi modo de ver, necesita ser replanteado de cuando en cuando es la relación que hay entre estos dos ejemplos de dependencia.

No hace falta que cite a Freud. La dependencia del paciente respecto del analista ha sido conocida y aceptada en todo momento, como queda demostrado, por ejemplo, en la desgana que siente el analista por encargarse de un nuevo paciente durante los primeros meses que siguen a unas largas vacaciones veraniegas. El analista teme, con razón, que la reacción que la pausa suscite en el paciente produzca unos cambios profundos que aún no son analizados. Empezaré desarrollando este tema.

Una vez una joven paciente tuvo que esperar varios meses antes de que yo pudiese empezar su tratamiento, y al principio sólo podía verla una vez por semana. Luego, justo cuando estaba a punto de emprender un viaje de un mes al extranjero, empecé a verla cada día. La reacción ante el análisis fue positiva, los avances se producían con rapidez, y comprobé que aquella joven independiente se convertía en

1. Escrito leído ante la Boston Psychoanalytic Society, en octubre de 1962, y publicado por primera vez en el «Int. J. Psycho-Anal.», 44, pp. 339-344.

sueños en una joven sumamente dependiente. En uno de sus sueños, la muchacha poseía una tortuga, pero su caparazón era tan blando que no quedaba duda alguna de que el animal sufría por estar desprovisto de protección. Así pues, en el sueño la muchacha mataba a la tortuga para ahorrarse el dolor intolerable que se cernía sobre ella. La tortuga representaba a la muchacha y su muerte era indicio de su tendencia suicida. Fue para curarse esta tendencia por lo que acudí a mí.

Lo malo fue que el análisis todavía no le había dado tiempo a afrontar las reacciones que produciría mi marcha, por lo que tuvo este sueño de suicidio, cayendo además clínicamente enferma, si bien de una manera vaga y ambigua. Antes de mi partida tuve el tiempo justo, pero sólo justo, de hacerle darse cuenta de la relación que había entre su reacción física y mi futuro alejamiento. Mi marcha reconstruía un episodio o serie de episodios traumáticos vividos por ella durante su primera infancia. Fue como si, por decirlo así, yo la estuviese sosteniendo y luego empezase a preocuparme por algún otro asunto, de tal modo que ella se sentía *aniquilada*. Esa fue la palabra que ella empleó. Quitándose la vida se haría con el control de su aniquilamiento mientras era dependiente y vulnerable. Dentro de su ser y de su cuerpo sanos, llenos de ansia de vivir, la paciente ha llevado siempre el recuerdo de que alguna vez sintió un impulso total hacia la muerte. La enfermedad física se produjo a guisa de localización en un órgano de su cuerpo de ese impulso total hacia la muerte. La muchacha se sintió desamparada ante ello hasta el momento en que yo pude interpretar lo que estaba sucediendo; entonces ella se sintió aliviada y dispuesta a dejarme partir de viaje. Por cierto que su enfermedad física se hizo menos amenazadora y empezó a curarse, debido en parte, como es natural, a que estaba recibiendo el tratamiento apropiado.

Suponiendo que hiciese falta hacerlo, este caso demostraría el peligro que se corre al menospreciar la dependencia de la transferencia. Lo sorprendente es que una interpretación sea susceptible de provocar un cambio, en vista de lo cual no nos queda más que suponer que la comprensión en profundidad, unida a una interpretación hecha en el momento oportuno, constituye una forma estable de adaptación. En el caso que hemos visto, por ejemplo, la paciente supo soportar mi ausencia porque sentía (a un nivel determinado) que no estaba siendo aniquilada, sino que, de forma positiva, su existencia era mantenida por el hecho de poseer realidad en

tanto que objeto de mi preocupación. Un poco más adelante en un estado de dependencia más completa, la verbalización no bastará, o podrá prescindirse de ella.

Habrán observado que, partiendo de semejante fragmento de análisis, podría emprender la marcha en dos direcciones. Una de ellas nos conduciría al análisis de las reacciones suscitadas por la pérdida y desde allí a la parte principal de lo que aprendemos con motivo de nuestro adiestramiento psicoanalítico. La otra nos lleva precisamente a lo que deseo comentar en este escrito: a la facultad que tenemos y que nos hace comprender la necesidad de no alejarnos del paciente cuando el análisis acaba de empezar. Se trata de la conciencia de la vulnerabilidad del ego del paciente, es decir, de la antítesis de la fuerza del ego. Son innumerables las formas en que satisfacemos las necesidades de nuestro paciente gracias a que sabemos más o menos cómo se siente y gracias a que sabemos encontrar en nosotros mismos el equivalente del paciente. Lo que tenemos en nosotros mismos podemos proyectarlo y encontrarlo en el paciente. Todo esto se lleva a cabo en silencio, y generalmente el paciente no se entera de nada cuando lo hacemos bien, pero sí se da cuenta del papel que desempeñamos cuando las cosas salen mal. Es cuando nosotros fracasamos en estos aspectos que el paciente reacciona ante lo imprevisible y sufre una interrupción de su continuidad existencial. A este tema le dedicaré atención especial más avanzado este escrito, al comentar el trabajo presentado por Zetzel en el Congreso de Ginebra (1956).

En líneas generales, mi objetivo consiste en establecer la relación entre la dependencia en la transferencia psicoanalítica y la dependencia que se da en diversas fases del desarrollo y del cuidado de la primera infancia y la niñez. Comprobarán ustedes que estoy metido en el empeño de valorar el factor externo, y espero que me permitan hacerlo sin que se plense que retrocedo a lo que, durante los últimos cuarenta años, ha representado el psicoanálisis en la psiquiatría infantil. El psicoanálisis ha sostenido la importancia del factor personal, los mecanismos involucrados en el crecimiento emocional del individuo, las tensiones y presiones internas que conducen a la instauración de la organización defensiva del individuo, así como el punto de vista según el cual la enfermedad psiconeurótica es la evidencia de una tensión intrapsíquica apoyada en los impulsos del id que amenazan el ego individual. Con esto volvemos a hallarnos ante la vulnerabilidad del ego y, por ende, ante la dependencia.

Resulta fácil ver por qué los psicoanalistas se han mostrado reacios a escribir sobre el factor ambiental, ya que a menudo hemos visto que los que deseaban ignorar o negar la importancia de las tensiones intrapsíquicas ponían principalmente de relieve los factores externos «malos» como fuente de la enfermedad psiquiátrica infantil. Sin embargo, el psicoanálisis ya está bien asentado en nuestros días y, por consiguiente, podemos permitirnos el lujo de examinar los factores externos, tanto los «buenos» como los «malos».

Si aceptamos el concepto de dependencia, entonces es que ya hemos empezado a examinar el factor externo y, en verdad, al decir que el analista debe ser adiestrado, lo que hacemos es afirmar que uno de los fundamentos del psicoanálisis ortodoxo es precisamente un factor externo: *el analista que sea lo bastante «bueno»*. Todo esto salta a la vista, y, sin embargo, todavía me encuentro con personas que o nunca mencionan este factor externo como si realmente fuese importante, o bien hablan constantemente del mismo, haciendo caso omiso de los factores internos del proceso. Tal como dijo Zetzel en un seminario celebrado recientemente: al principio Freud creía que todos los neuróticos habían sufrido traumas sexuales en la infancia, y luego comprobó que lo que habían experimentado eran deseos. Después, durante varios decenios, los escritos analíticos partían del presupuesto de que no existía nada que pudiera realmente considerarse un trauma sexual. Esto debemos tenerlo también presente.

Hasta aquí, dentro de este examen deliberado del factor externo, lo que he estado haciendo es establecer la relación entre la personalidad del analista, su capacidad para identificarse con el paciente, su bagaje técnico, etcétera, y, por otro lado, los múltiples detalles del cuidado infantil, así como, de forma más específica, el estado especial en que se halla la madre (y tal vez el padre también, aunque tenga menos oportunidades de demostrarlo) durante el breve período que abarca desde las últimas fases del embarazo hasta los primeros meses de vida del pequeño.

Atendiendo a la forma en que nos es enseñado, el psicoanálisis no se parece en nada al cuidado infantil. A decir verdad, los padres que interpretan el inconsciente de sus hijos lo pasan mal. Con todo, en la parte de nuestra labor analítica a que me estoy refiriendo aquí nada de lo que hacemos se halla completamente desligado del cuidado de la infancia. De hecho, en esta faceta de nuestra labor nos es dado aprender lo que debemos hacer gracias a que también

somos padres, hemos sido niños, observamos a las madres de niños muy pequeños o todavía por nacer, ponemos en correlación los fallos paternos con los subsiguientes estados clínicos de los niños enfermos. Si bien sabemos que la enfermedad psiconeurótica no la causan los padres, sabemos también que la salud mental del niño no puede quedar instaurada en ausencia de unos cuidados paternos o maternos que sean lo bastante buenos. Sabemos igualmente que la experiencia ambiental correctiva no cura directamente al paciente del mismo modo que el medio ambiente malo no es directamente responsable de la estructura de la enfermedad. A esto volveré a referirme al final del presente escrito.

Quisiera remitirles de nuevo al fragmento de material clínico con el que se abre este capítulo. En los mismísimos comienzos del análisis, la paciente aparecía representada, en el material onírico, por criaturas frágiles y, a menudo, lisias, y luego soñó con la tortuga de caparazón blando.<sup>2</sup> Habrán caído en que esto señala el camino hacia una regresión a la dependencia que inevitablemente se producirá. La paciente había estado sometida durante varios años a un tratamiento normal a cargo de un analista que rechazaba la regresión si ésta amenazaba con actuar (*acting-out*) y con provocar dependencia con respecto al analista. Así, pues, la paciente estaba más que «madura» para esta parte del procedimiento analítico total, aunque, por supuesto, necesitaba tanto como cualquier otra persona las interpretaciones acostumbradas que se hacen pertinentes de día a día, o de minuto a minuto.

Adentrándome un poco más en el problema interpretativo del análisis de este fragmento, creo que podré demostrar cuán enlazadas están estas dos cosas: los mecanismos intrapsíquicos y la dependencia, que por definición entraña el medio ambiente y su comportamiento.

En este caso dispuse de material suficiente para interpretar la reacción que mi alejamiento produjo en la paciente en términos de sadismo oral propio del amor reforzado por la ira, ira que iba dirigida hacia mí y hacia todas las demás personas que a lo largo de su vida se habían alejado de ella, incluyendo a la madre que la había destetado. Pude haber intervenido, de modo plenamente justificado en términos de lo que la paciente me había contado, pero entonces me hu-

2. Por cierto que igualmente podría ser un caballo al que fuese necesario sacrificar para que no escapase de un avión a fuerza de partir coces.

biese convertido en un mal analista que hacía buenas interpretaciones. Hubiese sido un mal analista debido a la forma en que el material me había sido entregado. En nuestra labor analítica, nos hallamos constantemente entregados a valorar y revalorar la fuerza del ego del paciente. El material me había sido entregado de una forma que indicaba que la paciente sabía que podía confiar en que yo no lo emplearía bruscamente. Se trata de una joven hipersensible a todas las drogas, a todas las enfermedades, a las más leves críticas que se le hagan, por lo que me cabe esperar que también será sensible a toda equivocación que yo cometa al calcular la fuerza de su ego. Hay algo que ocupa una posición central en su personalidad y que fácilmente percibe toda amenaza de aniquilamiento. Desde el punto de vista clínico, por supuesto, la paciente se vuelve dura y sumamente independiente, bien defendida, y junto a esto va una sensación de futilidad y de ser irreal.

De hecho su ego no es capaz de asimilar ninguna emoción fuerte. El odio, la excitación, el miedo..., cada uno de estos sentimientos se separa de igual manera, como si fuese un cuerpo extraño, y se localiza fácilmente en un órgano del cuerpo que entonces es preso de espasmos y tiende a auto-destruirse por medio de la perversión de su función fisiológica.

La aparición de los sueños regresivos y de dependencia obedece principalmente a que la paciente se ha dado cuenta de que yo no utilizo todo el material para fines interpretativos, sino que voy almacenándolo para usarlo en el momento oportuno y por el presente me contento con hacer preparativos para enfrentarme a la dependencia que se está acercando. Esta fase de dependencia será muy dolorosa para la paciente, y ella lo sabe, como sabe que correrá el riesgo de suicidarse. Pero, según ella misma dice, no hay otra salida. De hecho, sí la hay, dado que si su analista no es capaz de enfrentarse con su dependencia, de forma que la regresión se convierta en una experiencia terapéutica, la paciente caerá en la enfermedad psicósomática, enfermedad que produce el cuidado tan necesario pero que, por otra parte, no lleva a la comprensión ni al cuidado mental que realmente pueden efectuar una mejora. El analista necesita saber por qué, antes que vivir bajo la amenaza del aniquilamiento, la paciente o el paciente prefieren suicidarse.

Examinando este material desde esta perspectiva, llegaremos a un punto en el que estaremos hablando tanto del análisis como de la satisfacción de las necesidades de dependen-

cia. Una serie de «buenas» interpretaciones del contenido general de la sesión produciría ira o excitación, en un momento en que a esta paciente todavía no le es posible hacer frente a tales experiencias emocionales supremas. Así, pues, en lo que concierne a esta exposición del procedimiento analítico, estaría mal llevar a cabo la interpretación de, precisamente, las cosas relativas a la separación prematura.

En el curso de una conversación en la que hicimos planes para el futuro, comentando de paso la naturaleza de su enfermedad y los riesgos inherentes a la prosecución del tratamiento, yo dije:<sup>3</sup>

—De manera que aquí está usted, enferma, y podemos ver que la enfermedad física oculta debajo una reacción extrema ante mi alejamiento, aunque no puede usted sentir una conciencia directa del hecho que me atribuiría a mí el origen de su enfermedad, del mismo modo que otros la hicieron caer enferma cuando era usted un bebé, y que le permitiría sentirse enojada.

Ella respondió:

—Pero no lo estoy.

(De hecho, la paciente alberga una imagen idealizada de mí, de momento, y tiende a considerar perseguidores a los médicos.)

Así, pues, yo le dije:

—El camino está aquí, completamente despejado para su odio y su ira, pero la ira se niega a emprender la marcha por él.

La paciente me dijo que lo que había producido su rápida e involuntaria evolución hacia la dependencia era principalmente el hecho de que yo dejase que las cosas siguiesen su curso normal, esperando a ver qué nos traería cada sesión. En realidad, la pauta de las consultas solía ser la de comenzarlas como si ella viniese en plan de visita de cortesía. La paciente se acostaba en el diván y mostraba una conciencia intelectual muy clara de sí misma y de cuanto la rodeaba. Yo me limitaba a seguirle la corriente, produciéndose largos períodos de silencio. De pronto, hacia el final de cada sesión, la paciente recordaba un sueño, y entonces obtenía mi interpretación del mismo. Los sueños presentados de esta manera no eran muy ambiguos, y la resistencia del sueño solía residir en el material correspondiente a los cuarenta y cinco minutos que lo habían precedido, material que no servía para

3. Resultó claramente afectado por la altura intelectual de su método de presentación del material.

la interpretación. Lo que se sueña, recuerda y presenta se halla dentro de la capacidad de la fuerza y la estructura del ego.

Por consiguiente, esta paciente dependerá mucho de mí durante una etapa, y cabe esperar, por su bien y por el mío, que esta dependencia se mantenga dentro de los límites de la transferencia y del marco y sesiones analíticas. Pero, ¿cómo puede saberse por adelantado? ¿Cómo puede uno hacer esta clase de diagnóstico referente a la valoración de las necesidades?

En términos del *cuidado infantil*, me gustaría dar un ejemplo de la regresión al servicio del ego examinando las fases de consentimiento que, según los padres pueden comprobar, el niño necesita de vez en cuando; me refiero, claro está, a los padres que no consienten o miman a su pequeño a causa de sus propias angustias. Semejantes fases de consentimiento son muchas veces provechosas sin necesidad de la intervención del doctor o de la clínica pediátrica. Resulta difícil citar un caso sin que al hacerlo el mismo parezca raro; además, esas cosas son frecuentes en la vida familiar, cuando son los padres los encargados del cuidado de sus hijos. Durante unas pocas horas, días o semanas, dentro de un contexto especial, el niño es tratado como si su edad cronológica fuese inferior a la que en verdad tiene. A veces sucede esto cuando el pequeño se da un porrazo en la cabeza o se hace un corte en un dedo; en cuestión de segundos pasa de tener cuatro años, por ejemplo, a tener sólo dos, y se pone a chillar y a consolarse con la cabeza metida en el regazo de su madre. Luego, sin que apenas podamos darnos cuenta, o después de dormir un poco, el niño vuelve a comportarse como un niño ya crecido, incluso más que lo que le corresponde por edad.

Demos un vistazo al caso de un niño de dos años (Winnicott, 1963). A los veinte meses de edad reaccionaba muy mal ante la angustia que la madre experimentaba al concebir. Forma parte del patrón de la madre el sentir una angustia extrema al concebir. El niño dejó de utilizar el orinal y dejó de emplear palabras, produciéndose una detención de sus progresos. Cuando nació el bebé, el niño no mostró hostilidad alguna hacia su hermano, pero quería que lo bañasen como a él. Cuando llegaba la hora de dar el pecho al pequeño, el niño empezaba a chuparse el pulgar, cosa que anteriormente no hacía. Exigía muchas cosas especiales de la indulgencia de sus padres, y durante muchos meses, para poder dormir, tuvo que hacerlo en la cama de los padres. Su facultad de hablar se demoró.

Los padres respondieron satisfactoriamente a toda esta serie de cambios y exigencias, pero los vecinos decían que estaban consintiendo al pequeño, mimándolo. Andando el tiempo, el niño se libró de su regresión o replegamiento, y los padres pudieron poner fin a sus mimos cuando el niño contaba ocho años, después de que hubiese pasado por una fase en la que les robaba dinero.<sup>4</sup>

Los casos de este tipo son frecuentes en la psiquiatría infantil, según he podido comprobar, especialmente entre los pacientes particulares, dado que a veces nos traen niños con síntomas que hubiesen sido tachados de insignificantes en el ámbito de la medicina social. Parte importante de mi orientación hacia la psiquiatría infantil la ha constituido el hecho de reconocer que ante un caso semejante uno no piensa inmediatamente en el psicoanálisis, sino en prestar apoyo a estos padres para que puedan gobernar el infantilismo del pequeño o pequeños. Por supuesto, es posible que uno esté en situación de brindar ayuda psicoanalítica, mientras los padres se encargan del cuidado mental del paciente, pero resulta una tarea abrumadora aplicar un tratamiento psicoanalítico a estos casos si no existe una provisión paternal que cuide de satisfacer las necesidades del cuidado mental, ya que entonces el psicoanalista se encuentra con que el paciente no sólo sueña que el analista se hará cargo de él, llevándose-lo a su propia casa, sino que necesita realmente que así sea.

Como corolario a todo esto debo decir que cuando el psicoanálisis ortodoxo de un niño rinde buenos resultados, el analista debe reconocer que la mitad del éxito del tratamiento se debe a los padres y a su hogar, parientes, ayudantes, amigos, etc. No hace falta que lo reconozcamos en voz alta, pero sí que seamos honrados con respecto a la dependencia del paciente cuando formulemos nuestras teorías.

Me corresponde hablar ahora de la *relación entre el niño y la madre*, que ya hemos visto anteriormente y sobre la que tanto se ha escrito. Me gustaría llamar la atención sobre el papel que desempeña la madre durante la fase, al principio, en que la dependencia del pequeño es muy acusada. Si bien creo que mis lectores conocerán perfectamente cuanto a esta relación se refiere, quisiera dar un nuevo repaso al argumento en que se fundamenta con el fin de poder discutirlo.

A este respecto quisiera remitirlos a un escrito de Zetzel (1956). No hace falta que reúna todos los hilos que llevaron a

4. La señorita Freud se ha ocupado del tema de la regresión del ego en un trabajo aparecido en el «*Messenger Bulletin*» (1963).

la formulación de esta interesante revisión de los «conceptos en boga sobre la transferencia». Bastará con que extraiga del trabajo de Zetzel los párrafos que hacen referencia a mis propios trabajos. Uno de ellos dice:

«Otros analistas, el doctor Winnicott, por ejemplo, atribuyen la psicosis principalmente a severas experiencias traumáticas, especialmente de pérdida durante la primera infancia. Con arreglo a este punto de vista, la regresión profunda brinda la oportunidad de satisfacer, en la situación de transferencia, necesidades primitivas que no habían sido atendidas en la oportuna fase del desarrollo. Sugerencias parecidas nos las han propuesto Margolin y otros...»

Me alegro de esta oportunidad de ocuparme de esta descripción de mi actitud para con este tema, ya que el mismo reviste gran importancia debido a que una de las facetas en las que el psicoanálisis está desarrollándose es la del tratamiento de los casos límite, así como el intento de formular una teoría de la enfermedad psicótica, especialmente de la esquizofrenia.

Ante todo me preguntaré si es cierto que la psicosis la atribuyo principalmente a experiencias traumáticas, cuyo origen reside en parte en alguna pérdida sufrida durante la primera infancia. Comprendo perfectamente que haya dado semejante impresión, y en el curso de los últimos diez años he cambiado la forma de presentar mi opinión. Sin embargo, es preciso hacer algunas correcciones. He declarado categóricamente que en la etiología de la enfermedad psicótica, y en especial en la de la esquizofrenia (salvo en la medida en que intervengan elementos hereditarios), hay que observar un fracaso en el proceso global de cuidado de la infancia. En uno de mis escritos llegué a decir lo siguiente: «La psicosis es una enfermedad producida por la deficiencia ambiental.» Zetzel emplea la expresión «severas experiencias traumáticas», palabras que entrañan que algo malo está sucediendo, algo que parece malo desde el punto de vista del observador. Las deficiencias a las que me estoy refiriendo consisten en fallos de la provisión básica, como, por ejemplo, que yo me vaya de viaje a los Estados Unidos cuando mi paciente todavía no está preparada para las reacciones que en ella provocará mi partida. En otros escritos he explorado detalladamente los tipos de fallo que comprende el fallo de la provisión básica. Lo principal de ellos es que resultan imprevisibles; el niño no puede explicárselos a sí mismo en términos de proyección, ya que todavía no ha alcanzado el nivel de estructuración del ego que lo haría posible, por lo que su re-

sultado es el *aniquilamiento* del individuo cuya continuidad existencial se ve interrumpida.

De hecho, las madres que no están enfermas evitan este tipo de fallo en el cuidado del pequeño.

Bajo el título de «Preocupación primaria maternal» me he referido a los inmensos cambios que se producen en las mujeres en trance de ser madres, y es mi opinión que este fenómeno, se le llame como se le llame, es esencial para el bienestar del niño. Es esencial porque sin él no hay nadie que se identifique lo suficiente con el niño como para saber lo que éste necesita, perdiéndose así la ración fundamental de adaptación. Se entiende que no me estoy refiriendo simplemente a la adaptación en términos de satisfacción de los impulsos del id.

Una ración fundamental de provisión ambiental posibilita los importantísimos *desarrollos de la maduración* que tienen lugar en las primeras semanas y meses. Todo fallo de la adaptación constituye entonces un factor traumático que dificulta los procesos integrativos que conducen a la instauración en el individuo de un ser que sigue siendo, que adquiere una existencia psicósomática, y que desarrolla una capacidad para las relaciones objetales.

Por consiguiente, el planteamiento de mi punto de vista incluiría lo siguiente:

1. Es en la enfermedad psiconeurótica donde encontramos los conflictos que son verdaderamente propios o personales del individuo, y que están relativamente libres de elementos ambientales determinantes. Hace falta estar bastante sano para alcanzar la enfermedad psiconeurótica durante la edad de los primeros pasos, por no hablar de la salud a este respecto.
2. Es en las fases precoces cuando se colocan los elementos de la salud mental del individuo, hecho en el que intervienen:
  - a) los procesos de maduración, que son tendencias heredadas, y
  - b) las condiciones ambientales que son necesarias para que los procesos de maduración cobren realidad.

De esta manera, el fallo de la provisión ambiental básica obra en detrimento de los procesos de maduración, o impide que contribuyan al crecimiento emocional del individuo, siendo este fallo de los proce-

sos de maduración, de la integración, etc., lo que constituye la mala salud que denominamos «psicóticas». A este fallo (privación) de la provisión ambiental no se le suele llamar «pérdida», de ahí que me sea necesario corregir los términos en que Zetzel hace referencia a mi trabajo.

3. La formulación de este planteamiento se ve complicada por la existencia de una posición intermedia en la cual la provisión ambiental falla después de ser buena al principio. Es buena por cuanto permite un grado considerable de organización del ego, pero luego falla en una fase anterior a aquella en la que el individuo instaura un medio ambiente interno, es decir, se independiza. A esto es a lo que se le suele llamar «pérdida». Se trata de algo que no conduce a la psicosis, pero que hace que en el individuo se desarrolle una «tendencia antisocial», que a su vez es susceptible de producir un trastorno de carácter que convierta el niño en delincuente y recidivante.

Este planteamiento peca por exceso de simplicidad y convendría matizarlo tal y como ya lo he hecho en otros escritos, pero no es posible aquí. Sin embargo, quisiera referirme brevemente a unos cuantos de los efectos que sobre nuestra forma de pensar ejerce esta actitud hacia el trastorno mental.

1. Uno de ellos es que en las psicosis —pero no en las psiconeurosis— donde debemos esperar que surjan ejemplos de autocuración. Algún acontecimiento ambiental, tal vez una amistad, puede corregir el fallo de la provisión fundamental, apartando el obstáculo que impedía la maduración en algún sentido. En todo caso, a veces es el mismo niño enfermo quien, en el marco de la psiquiatría infantil, puede ser capacitado, por medio de una psicoterapia de snack-bar, para que empiece a crecer. Por el contrario, en el tratamiento de las psiconeurosis uno desea siempre poder proveer un tratamiento psicoanalítico.
2. El segundo estriba en que no basta con la experiencia correctiva. Ciertamente no hay ningún analista que se proponga proveer una experiencia correctiva por medio de la transferencia, ya que eso sería una afirmación cuyos términos se contradicen. La transferencia con todos sus detalles se produce a través

del proceso psicoanalítico e inconsciente del paciente, y su desarrollo depende de la interpretación que es siempre relativa al material presentado al analista.

Por supuesto, el ejercicio de una buena técnica psicoanalítica puede ser una experiencia correctiva por sí misma. Así, por ejemplo, puede que un paciente dado obtenga en el análisis, por primera vez, toda la atención de otra persona, por limitada que sea dicha atención a causa de los cincuenta minutos que normalmente dura la sesión. Puede suceder también que por primera vez establezca contacto con alguien capaz de ser objetivo, etcétera.

Pero aun así, la provisión correctiva no es nunca suficiente. ¿Qué cosa es, pues, suficiente para que mejoren algunos de nuestros pacientes? A la larga, el paciente aprovecha los fallos del analista, a menudo insignificantes y tal vez inducidos por el paciente, o bien el paciente produce elementos ilusorios de transferencia (Little, 1958), viéndonos nosotros obligados a soportar que se nos entienda mal en un contexto limitado. El factor operante es que el paciente odia al analista por el fallo que originariamente se produjo en forma de factor ambiental, ajeno a la zona de control omnipotente por parte del pequeño, pero que *ahora* es exhibido en la transferencia.

Así, pues, en definitiva triunfamos gracias al fracaso, es decir, al fracaso al estilo del paciente. El hecho dista mucho de la teoría simplista de la curación por medio de la experiencia correctiva. De esta manera, la regresión puede ser puesta al servicio del ego si es atendida por el analista y convertida en una nueva dependencia en cuyo marco el paciente hace que el factor externo «malo» se desplace a la zona de su propio control omnipotente, y a la zona gobernada por los mecanismos de proyección e introyección.

Finalmente, en lo que se refiere a la paciente de quien les hablé antes, no debo fallar en los aspectos de cuidado infantil de su tratamiento hasta una fase posterior en la que *ella me haga fallar* en aspectos determinados por su historia pasada. Lo que temo es que al darme a mí mismo la experiencia de un mes en el extranjero ya pueda haber fallado prematuramente, uniéndome así a los factores variables e imprevisibles de la primera infancia y nifex de la paciente, de tal modo que pueda decirse que realmente la he hecho poner enferma, como hicieron los factores externos imprevisibles en su infancia.

21-0000

BIBLIOGRAFÍA



I  
LIBROS Y ESCRITOS QUE SE CITAN EN EL TEXTO

- ABRAHAM, Karl (1916), *The First Preenatal Stage of the Libido*, «Selected Papers of Karl Abraham», Hogarth, Londres, 1927.
- (1924) *A Short Study of the Development of the Libido, Viewed in the Light of Mental Disorders*, *ibid.*
- ACKERMAN, N. (1953), *Psychiatric Disorders in Children-Diagnosis and Aetiology in our Time*, en «Current Problems in Psychiatric Diagnosis», ed. Hoch y Zubin, Grune & Stratton, Nueva York.
- AICHORN, A. (1925), *Wayward Youth*, Viking, Nueva York, 1935.
- BALINT, M. (1951), *On Love and Hate*, en «Primary Love and Psycho-Analytic Technique», Hogarth, Londres, 1952.
- (1958) *The Three Areas of the Mind*, «Int. J. Psycho-Anal.», p. 39.
- BION, W. (1959), *Attacks on Linking*, «Int. J. Psycho-Anal.», p. 40.
- (1926a) *The Theory of Thinking*, «Int. J. Psycho-Anal.», p. 43.
- (1926b) *Learning from Experience*, Heinemann, Londres.
- BORNSTEIN, B. (1951), *On Latency*, «Psychoanalytic Study of the Child», p. 6.
- BOWLBY, J. (1958), *Psycho-Analysis and Child Care*, en «Psycho-Analysis and Contemporary Thought», ed. J. D. Sutherland, Hogarth, Londres.
- (1960) *Separation Anxiety*, «Int. J. Psycho-Anal.», p. 41.
- BURLINGHAM, D., y FREUD, A. (1944), *Infants without Families*, Allen & Unwin, Londres; Int. Univ. Press, Nueva York.
- ERIKSON, E. (1950), *Childhood and Society*, Imago, Londres; Norton, Nueva York.
- (1958) *Young Man Luther*, Faber, Londres.
- (1961) *The Roots of Virtue*, en «The Humanist Frame», ed. J. Huxley, Allen & Unwin, Londres.
- FENICHEL, O. (1945), *The Theory of Neurosis*, Norton, Nueva York.
- FERENCZI, S. (1931), *Child Analysis in the Analysis of Adults*, «Final Contributions to Psycho-Analysis», Hogarth, Londres, 1955.
- FORDHAM, M. (1960), *Contribution to Symposium on «Counter-Transference»*, «Brit. J. Med. Psychol.», p. 33.
- FREUD, A. (1936), *The Ego and the Mechanism of Defence*, Hogarth, Londres, 1937.
- (1946) *The Psycho-Analytical Treatment of Children*, Imago, Londres.
- (1953) *Some Remarks on Infant Observations*. «Psychoanalytic Study of the Child», p. 8.
- (1963) *Regression as a Principle in Mental Development*, Menninger Clinic, p. 27.

- FREUD, S. (1905a), *Three Essays on the Theory of Sexuality*, Standard Edition, p. 7.  
 — (1905b) *On Psychotherapy*, Standard Edition, p. 7.  
 — (1909) *The Analysis of a Phobia in a Five-Year-Old Boy*, Standard Edition, p. 10.  
 — (1911) *Formulations on the Two Principles of Mental Functioning*, Standard Edition, p. 12.  
 — (1914) *On Narcissism*, Standard Edition, p. 14.  
 — (1915) *Some Character-Types met with in Psycho-Analytic Work*, Standard Edition, p. 14.  
 — (1917) *Mourning and Melancholia*, Standard Edition, p. 14.  
 — (1920) *Beyond the Pleasure Principle*, Standard Edition, p. 18.  
 — (1926) *Inhibitions, Symptoms and Anxiety*, Standard Edition, p. 20.  
 — (1937) *Analysis Terminable and Interminable*, Standard Edition, p. 23.  
 GILLESPIE, W. (1944), *The Psychoneuroses*, «J. ment. Sci.», p. 90.  
 GLOVER, E. (1949), *The Position of Psycho-Analysis in Great Britain*, «British Medical Bulletin», p. 6.  
 — (1956) *On the Early Development of Mind, Imago*, Londres.  
 GREENACRE, P. (1958), *Early Physical Determinants in the Development of the Sense of Identity*, «J. Amer. Psychoanal. Assoc.», p. 6.  
 GUNTROP, H. (1961), *Personality Structure and Human Interaction*, Hogarth, Londres.  
 HARTMANN, H. (1939), *Ego Psychology and the Problem of Adaptation*, Imago, Londres, 1958.  
 — (1954) *Contribution to Discussion of «Problems of Infantile Neurosis»*, «Psychoanalytic Study of the Child», p. 9.  
 HOCH, P., y ZUBIN, J. (1953), *Current Problems in Psychiatric Diagnosis*, Grune & Stratton, Nueva York.  
 HOFFER, W. (1955), *Psychoanalysis: Practical and Research Aspects*, Williams & Wilkins, Baltimore.  
 JAMES, H. M. (1962), *Infantile Narcissistic Trauma*, «Int. J. Psycho-Anal.», p. 43.  
 KLEIN, M. (1932), *The Psycho-Analysis of Children*, Hogarth, Londres.  
 — (1935) *Contribution to the Psychogenesis of Manic Depressive States*, en «Contributions to Psycho-Analysis, 1921-1945», Hogarth, Londres.  
 — (1940) *Mourning and its Relation to Manic Depressive States*, *ibid.*  
 — (1946) *Notes on Some Schizoid Mechanisms*, en «Developments in Psycho-Analysis», ed. J. Riviere, Hogarth, Londres.  
 — (1948) «Contributions to Psycho-Analysis, 1921-1945» Hogarth, Londres.  
 — (1961) *Narrative of a Child Analysis*, Hogarth, Londres.  
 KRIS, E. (1950), *Notes on the Development and on Some Current*

- Problems of Psychoanalytic Child Psychology*, «Psychoanalytic Study of the Child», p. 5.  
 — (1951) *Opening Remarks on Psychoanalytic Child Psychology*, «Psychoanalytic Study of the Child», p. 6.  
 LAING, R. D. (1960), *The Divided Self*, Tavistock, Londres.  
 — (1961) *The Self and Others*, Tavistock, Londres.  
 LITTLE, M. (1958), *On Delusional Transference (Transference Psychosis)*, «Int. J. Psycho-Anal.», p. 39.  
 MENNINGER, K., y otros (1963), *The Vital Balance*, Basic Books, Nueva York.  
 MONCHAUX, C. de (1962), *Thinking and Negative Hallucination*, «Int. J. Psycho-Anal.», p. 43.  
 RIBBLE, M. (1943), *The Rights of Infants*, Columbia Univer. Press, Nueva York.  
 RICKMAN, J. (1928), *The Development of the Psycho-Analytical Theory of the Psychoes, 1893-1926*. «Int. J. Psycho-Anal.», Suppl. 2, Baillière, Londres.  
 SEARLES, H. F. (1959), *The Effort to Drive the Other Person Crazy - An Element in the Aetiology and Psychotherapy of Schizophrenia*, «Brit. J. Med. Psychol.», p. 32.  
 — (1960) *The Nonhuman Environment*, Int. Univ. Press, Nueva York.  
 SECHEHAYE, M. (1951), *Symbolic Realisation*, Int. Univ. Press, Nueva York.  
 STRACHEY, J. (1934), *The Nature of the Therapeutic Action of Psycho-Analysis*, «Int. J. Psycho-Anal.», p. 15.  
 WHEELIS, A. (1958), *The Quest for Identity*, Norton, Nueva York.  
 WICKES, F. G. (1938), *The Inner World of Man*, Farrar & Rinehart, Nueva York; Methuen, Londres, 1950.  
 WINNICOTT, C. (1954), *Casework Techniques in the Child Care Services*, «Child Care and Social Work», Codicote Press, 1964.  
 — (1962) *Casework and Agency Function*, *ibid.*  
 WINNICOTT, D. W. (1936), *Appetite and Emotional Disorder*, «Collected Papers».  
 — (1941) *The Observation of Infants in a Set Situation*, *ibid.*  
 — (1945) *Primitive Emotional Development*, *ibid.*  
 — (1947) *Hate in the Counter-Transference*, *ibid.*  
 — (1948) *Reparation in Respect of Mother's Organized Defence against Depression*, *ibid.*  
 — (1949a) *The Ordinary Devoted Mother and der Baby*. Nueve charlas radiofónicas. Publicadas de nuevo en «The Child and the Family», Tavistock, Londres, 1957.  
 — (1949b) *Birth Memories, Birth Trauma, and Anxiety*, «Collected Papers».  
 — (1949c) *Mind and its Relation to the Psyche-Soma*, *ibid.*  
 — (1951) *Transitional Objects and Transitional Phenomena*, *ibid.*  
 — (1952) *Psychoses and Child Care*, *ibid.*  
 — (1953) *Symptom Tolerance in Paediatrics: A Case History*, *ibid.*  
 — (1954a) *Withdrawal and Regression*, *ibid.*

- (1954b) *The Depressive Position in Normal Emotional Development*, *ibid.*
- (1954c) *Metapsychological and Clinical Aspects of Regression within the Psycho-Analytical Set-up*, *ibid.*
- (1956a) *Primary Maternal Preoccupation*, *ibid.*
- (1956b) *The Antisocial Tendency*, *ibid.*
- (1958) *Through Paediatrics to Psycho-Analysis*, «Collected Papers», Tavistock, Londres.
- (1962) *The Family and Individual Development*, «Adolescence», Tavistock, Londres, 1965.
- (1963) *Regression as Therapy Illustrated by the Case of a Boy whose Pathological Dependence was Adequately Met by the Parents*, «Brit. J. Med. Psychol.», p. 36.
- ZEITZEL, E. (1956), *Current Concepts of Transference*, «Int. J. Psycho-Anal.», p. 37.

## II

D. W. WINNICOTT: OBRAS PUBLICADAS  
1926-1964

Nota del editor: La presente bibliografía enumera la lista completa de los escritos de Winnicott. Los artículos se hallan catalogados con arreglo al año en que fueron publicados por primera vez. Las fechas que están entre paréntesis se refieren a la fecha en que tales artículos fueron *presentados*. Las reediciones y traducciones de los artículos se indican de acuerdo con el año de su primera publicación, sin que se repitan. Las *reseñas* han sido incluidas cuando ello era posible, pero existen otras de las que no tenemos datos. La bibliografía se divide en dos secciones: la sección A incluye solamente los libros; la sección B es la bibliografía completa.

M. M. R. K.

## Sección A

*Clinical Notes on Disorders of Childhood*, Heinemann, Londres, 1931.

*The Child and the Family: First Relationships*, Tavistock, Londres, 1957, incluye:

*A Man Looks at Motherhood* (1949)  
*Getting to Know your Baby* (1944)  
*The Baby as a Going Concern* (1949)  
*Infant Feeding* (1944)  
*Where the Food Goes* (1949)  
*The End of the Digestive Process* (1949)  
*The Baby as a Person* (1949)  
*Close-Up of Mother Feeding Baby* (1949)  
*Why Do Babies Cry?* (1944)  
*The World in Small Doses* (1949)  
*The Innate Morality of the Baby* (1949)  
*Weaning* (1949)  
*Knowing and Learning* (1950)  
*Instincts and Normal Difficulties* (1950)  
*What About Father?* (1944)  
*Their Standards any Yours* (1944)  
*Young Children and Other People* (1949)  
*What Do We Mean by a Normal Child?* (1946)  
*The Only Child* (1945)  
*Twins* (1945).

*Stealing and Telling Lies* (1949)  
*Visiting Children in Hospital* (1951)  
*On Adoption* (1955)  
*First Experiments in Independence* (1955)  
*Support for Normal Parents* (1944)  
*The Mother's Contribution to Society* (1957)

*The Child and the Outside World: Studies in Developing Relationships*, Tavistock, Londres, 1957, incluye:

*Needs of the Under-Fives in a Changing Society* (1954)  
*The Child's Needs and the Role of the Mother in the Early Stages* (1951)  
*On Influencing and Being Influenced* (1941)  
*Educational Diagnosis* (1946)  
*Shyness and Nervous Disorders in Children* (1938)  
*Sex Education in Schools* (1949)  
*Pitfalls in Adoption* (1954)  
*Two Adopted Children* (1953)  
*Children in the War* (1940)  
*The Deprived Mother* (1940)  
*The Evacuated Child* (1945)  
*The Return of the Evacuated Child* (1945)  
*Home Again* (1945)  
*Residential Management as Treatment for Difficult Children* (1947)  
*Children's Hostels in War and Peace* (1948)  
*Towards an Objective Study of Human Nature* (1945)  
*Further Thoughts on Babies as Persons* (1947)  
*Breast Feeding* (1945)  
*Why Children Play* (1942)  
*The Child and Sex* (1947)  
*Aggression* (1939)  
*The Impulse to Steal* (1949)  
*Some Psychological Aspects of Juvenile Delinquency* (1946)

*Collected Papers: Through Paediatrics to Psycho-Analysis*, Tavistock, Londres; Basic Books, Nueva York, 1958, incluye:

*A Note on Normality and Anxiety* (1931)  
*Fidgetiness* (1931)  
*Appetite and Emotional Disorder* (1936)  
*The Observation of Infants in a Ser Situation* (1941)  
*Child Department Consultations* (1942)  
*Ocular Psychoneuroses of Childhood* (1944)  
*Reparation in Respect of Mother's Organized Defence against Depression* (1948)  
*Anxiety Associated with Insecurity* (1952)  
*Symptom Tolerance in Paediatrics: a Case History* (1953)  
*The Manic Defence* (1935)  
*Primitive Emotional Development* (1945)  
*Paediatrics in Psychiatry* (1948)  
*Birth Memories, Birth Trauma, and Anxiety* (1949)  
*Hate in the Counter-Transference* (1947)  
*Aggression in Relation to Emotional Development* (1950)  
*Psychoses and Child Care* (1952)

*A Case Managed at Home* (1955)  
*Transitional Objects and Transitional Phenomena* (1951)  
*Mind and its Relation to the Psyche-Soma* (1949)  
*Withdrawal and Regression* (1954)  
*The Depressive Position in Normal Emotional Development* (1954)  
*Metapsychological and Clinical Aspects of Regression within the Psycho-Analytical Set-Up* (1954)  
*Clinical Varieties of Transference* (1955)  
*Primary Maternal Preoccupation* (1956)  
*The Antisocial Tendency* (1956)  
*Paediatrics and Childhood Neurosis* (1956)

*The Child, the Family, and the Outside World*, Penguin Books, Harmondsworth, Pelican Book A668, 1964, incluye:

*A Man Looks at Motherhood* (1949)  
*Getting to Know your Baby* (1944)  
*The Baby as a Going Concern* (1949)  
*Infant Feeding* (1944)  
*Where the Food Goes* (1949)  
*The End of the Digestive Process* (1949)  
*Close-Up of Mother Feeding Baby* (1949)  
*Breast Feeding* (1945)  
*Why Do Babies Cry?* (1944)  
*The World in Small Doses* (1949)  
*The Baby as a Person* (1949)  
*Weaning* (1949)  
*Further Thoughts on Babies as Persons* (1947)  
*The Innate Morality of the Baby* (1949)  
*Instincts and Normal Difficulties* (1950)  
*Young Children and Other People* (1949)  
*What About Father?* (1944)  
*Their Standards and Yours* (1944)  
*What Do We Mean by a Normal Child?* (1946)  
*The Only Child* (1945)  
*Twins* (1945)  
*Why Children Play* (1942)  
*The Child and Sex* (1947)  
*Stealing and Telling Lies* (1949)  
*First Experiments in Independence* (1955)  
*Support for Normal Parents* (1944)  
*Needs of the Under-Fives* (1954)  
*Mother, Teacher, and the Child's Needs* (1953)  
*On Influencing and Being Influenced* (1941)  
*Educational Diagnosis* (1946)  
*Shyness and Nervous Disorders in Children* (1938)  
*Sex Education in Schools* (1949)  
*Visiting Children in Hospital* (1951)  
*Aspects of Juvenile Delinquency* (1946)  
*Roots of Aggression* (1964)

*The Family and Individual Development*, Tavistock, Londres, 1964, incluye:

- The First Year of Life: Modern Views on the Emotional Development* (1958)  
*The Relationship of a Mother to Her Baby at the Beginning* (1960)  
*Growth and Development in Immaturity* (1950)  
*On Security* (charla radiofónica, 1960)  
*The Five-Year-Old* (charla radiofónica, 1962)  
*Integrating and Disruptive Factors in Family Life* (1957)  
*The Family Affected by Depressive Illness in one or both Parents* (1958)  
*The Effect of Psychotic Parents on the Emotional Development of the Child* (1959)  
*The Effect of Psychosis on Family Life* (1960)  
*Adolescence* (1961)  
*The Family and Emotional Maturity* (1960)  
*Theoretical Statement of the Field of Child Psychiatry* (1958)  
*The Contribution of Psycho-Analysis to Midwifery* (1957)  
*Advising Parents* (1957)  
*Case-work with Mentally Ill Children* (1959)  
*The Deprived Child and How He Can Be Compensated for Loss of Family Life* (1950)  
*Group Influences and the Maladjusted Child: The School Aspect* (1955)  
*Some Thoughts on the Meaning of the Word Democracy* (1950)

El proceso de maduración en el niño (*The Maturation Process and the Facilitating Environment*) (El presente volumen).

#### Sección B

- 1926
1. *Varicella, Encephalitis and Vaccinia Encephalitis*, «Brit. J. Children's Dis.», vol. XXIII.
- 1928
2. *The Only Child*, en «The Mind of the Growing Child» (conferencias dadas ante la National Society of Day Nurseries), ed. Viscountess Erleigh, Faber, Londres.
- 1930
3. *Short Communication on Enuresis*, «St. Bartholomew's Hosp. J.», abril, 1930.
  4. *Pathological Sleeping* (relación de un caso), «Proc. Roy. Soc. Med.», vol. XXIII.
- 1931
5. *Pre-Systolic Murmur, Possibly Not Due to Mitral Stenosis* (relación de un caso), «Proc. Roy. Soc. Med.», vol. XXIV.

6. *Clinical Notes on Disorders of Childhood*, Heinemann, Londres. (Véase la Sección A.)
  7. *Fidgetiness*, en 6, 116.
  8. *A Note on Normality and Anxiety*, en 6, 116.
- 1934
9. *The Difficult Child*, «J. State Medicine», vol. XLII.
  10. *Papular Urticaria and the Dynamics of Skin Sensation*, «Brit. J. Children's Dis.», vol. XXXI.
- 1936
11. *Discussion* (con R. S. Addis y R. Miller) on *Enuresis*, «Proc. Roy. Soc. Med.», vol. XXIX.
- 1938
12. *Skin Changes in Relationship to Emotional Disorder*, «St. John's Hosp. Derm. Soc. Report.», 1938.
  13. *Shyness and Nervous Disorders in Children*, «The New Era in Home and School», p. 19. También en 108, 158.
  14. *Notes on a Little Boy*, «The New Era in Home and School», vol. XIX.
  15. Reseña: *Child Psychiatry*, por Leo Kanner, Md., Thomas, Baltimore, 1935; Bailliére, Londres, 1937, «Int. J. Psycho-Anal.», vol. XIX.
- 1939
16. *The Psychology of Juvenile Rheumatism*, en «A Survey of Child Psychiatry», ed. R. G. Gordon, Oxford Univ. Press, Londres.
- 1940
17. *Children in the War* (charla radiofónica, 1939), «The New Era in Home and School», vol. XXI. También en 108.
  18. *The Deprived Mother* (charla radiofónica, 1939), «The New Era in Home and School», vol. XXI. También en 108.
  19. *Children and their Mothers*, «The New Era in Home and School», vol. XXI.
- 1941
20. *The Observation of Infants in a Set Situation*, «Int. J. Psycho-Anal.», vol. XXII. También en 116.
  21. *On Influencing and Being Influenced*, «The New Era in Home and School», vol. XXII. También en 108, 158.
- 1942
22. *Child Department Consultations*, «Int. J. Psycho-Anal.», volumen XXIII. También en 116.

23. *Why Children Play*, «The New Era in Home and School», vol. XXIII. También en 108, 158.
- 1943
24. *Delinquency Research*, «The New Era in Home and School», vol. XXIV.
25. *The Magistrate, the Psychiatrist and the Clinic* (correspondencia cruzada con R. North), «The New Era in Home and School», vol. XXIV.
- 1944
26. *The Problem of Homeless Children* (con Clare Britton), «Children's Communities», Monograph, núm. 1. También en «The New Era in Home and School», vol. XXV.
27. *Ocular Psychoneuroses*, «Trans. Ophthalmological Soc.», volumen XLIV.
- 1945
28. *Getting to Know Your Baby* (seis charlas radiofónicas), Heinemann, Londres. También en «The New Era in Home and School», vol. XXVI, y en 100, 158.
29. *Getting to Know Your Baby*. En 28, 100, 158.
30. *Why Do Babies Cry?* En 28, 100, 158.
31. *Infant Feeding*. En 28, 100, 158.
32. *What about Father?* En 28, 100, 158.
33. *Their Standards and Yours*. En 28, 100, 158.
34. *Support for Normal Parents*. En 28, 100, 158.
35. *Talking about Psychology*, «The New Era in Home and School», vol. XXVI. Reeditado bajo el título *What is Psycho-Analysis?*, «The New Era in Home and School», 1952, volumen XXXIII. También bajo el título *Towards an Objective Study of Human Nature*, en 108.
36. *Thinking and the Unconscious*, «The Liberal Magazine», marzo de 1945.
37. *Primitive Emotional Development*, «Int. J. Psycho-Anal.», vol. XXVI. También en 116. Traducción española: *Desarrollo emocional primitivo*, «Rev. de Psicoanal.», 1948, p. 5.
38. *Five Broadcast Talks* en 108.
39. *The Evacuated Child*. En 38, 108.
40. *The Return of the Evacuated Child*. En 38, 108.
41. *Home Again*. En 38, 108.
42. *The Only Child*. En 38, 100, 158.
43. *Twins*. En 38, 100, 158.
- 1946
44. *What Do We Mean by a Normal Child?*, «The New Era in Home and School», vol. XXVII. También en 100, 158.
45. *Some Psychological Aspects of Juvenile Delinquency*, «The New Era in Home and School», vol. XXVII. También en 108 y bajo el título *Aspects of Juvenile Delinquency* en 158.

46. *Educational Diagnosis*, «Nat. Froebel Foundation Bull.», núm. 41. También en 108, 158.
- 1947
47. *The Child and Sex*, «The Fractitioner», vol. CLVIII. También en 108, 158.
48. *Babies Are Persons*, «The New Era in Home and School», vol. XVIII. Reeditado con el título de *Further Thoughts on Babies as Persons* en 108, 158.
49. *Physical Therapy of Mental Disorder*, «Brit. Med. J.», mayo de 1947.
50. *Residential Management as Treatment for Difficult Children* (con Clare Britton), «Human Relations», vol. I. También en 108.
- 1948
51. *Children's Hostels in War and Peace*, «Brit. J. Med. Psychol.», vol. XXI. También en 108.
52. *Obituary: Susan Isaacs*, «Nature», vol. CLXII.
53. *Pediatrics and Psychiatry*, «Brit. J. Med. Psychol.», vol. XXI. También en 116.
- 1949
54. *Sex Education in Schools*, «Medical Press», vol. CCXXII. También en 108, 158.
55. *Hate in the Counter-Transference*, «Int. J. Psycho-Anal.», vol. XXX. También en 116.
56. *Young Children and Other People*, «Young Children», volumen I. También en 100, 158.
57. *Leucotomy*, «Brit. Med. Student's J.», vol. III.
58. *The Ordinary Devoted Mother and Her Baby* (nueve charlas radiofónicas, edición privada). Reeditadas en 100, 158.
59. Introducción a *The Ordinary Devoted Mother and Her Baby*. Reeditadas con el título *A Man Looks at Motherhood* en 100, 158.
60. *The Baby as a Going Concern*. En 58, 100, 158.
61. *Where the Food Goes*. En 58, 100, 158.
62. *The End of the Digestive Process*. En 58, 100, 158.
63. *The Baby as a Person*. En 58, 100, 158. También en «Child-Family Dig.», febrero de 1953.
64. *Close-Up of Mother Feeding Baby*. En 58, 100, 158.
65. *The World in Small Doses*. En 58, 100, 158.
66. *The Innate Morality of the Baby*. En 58, 100, 158.
67. *Weaning*. En 58, 100, 158.
68. Reseña: *Art versus Illness*, por Adrian HILL, Allen & Unwin, Londres, «Brit. J. Med. Psychol.», vol. XXII.
- 1950
69. Reseña: *Infancy of Speech and the Speech of Infancy*, por Leopold STEIN, Methuen, Londres, 1949, «Brit. J. Med. Psychol.», vol. XXIII.

70. *Some Thoughts on the Meaning of the Word Democracy*, «Human Relations», vol. III. También en 163.

## 1951

71. *The Foundation of Mental Health*, «Brit. med. J.», junio de 1951.
72. Reseña: *Papers on Psycho-Analysis*, por Ernest JONES, quinta edición, Baillière, Londres, 1948, «Brit. J. med. Psychol.», vol. XXIV.
73. Reseña: *Infant Feeding and Feeding Difficulties*, por P. R. EVANS y R. MACKEITH, Churchill, Londres, «Brit. J. med. Psychol.», vol. XXIV.
74. «The Times», correspondencia sobre el cuidado de los niños pequeños. «Nursery Journal», vol. XLI.
75. Crítica: *On Not Being Able to Paint*, por Joanna FIELD, Heinemann, Londres, 1950, «Brit. J. med. Psychol.», vol. XXXIV.

## 1952

76. *Visiting Children in Hospital* (dos charlas radiofónicas por la BBC, 1951), «Child-Family Digest», octubre de 1952; «The New Era in Home and School», vol. XXXIII. También en 100, 158.

## 1953

77. *Psychoses and Child Care*, «Brit. J. med. Psychol.», vol. XXVI. También en 116.
78. *Symptom Tolerance in Paediatrics*, «Proc. Roy. Soc. Med.», vol. XLVI. También en 116.
79. *Transitional Objects and Transitional Phenomena*, «Int. J. Psycho-Anal.», vol. XXXIV. También en 116. Traducción francesa: *Objects transitionnels et phénomènes transitionnels*, en «La Psychanalyse», vol. V, Presses Univ., París, 1959.
80. Reseña: *Psycho-Analysis and Child Psychiatry*, por Edward GLOVER, Imago, Londres, «Brit. med. J.», septiembre de 1953.
81. Reseña: *Maternal Care and Mental Health*, por John BOWLBY, OMS, Ginebra, 1951, «Brit. J. med. Psychol.», vol. XXVI.
82. Reseña: *Direct Analysis*, por John N. ROSEN, Grune & Stratton, Nueva York, «Brit. J. Psychol.», vol. XLIV.
83. Reseña: *Twins; A Study of Three Pairs of Identical Twins*, por Dorothy BURLINGHAM, Imago, Londres, 1952, «The New Era in Home and School», vol. XXXIV.
84. Reseña (con M. M. R. KHAN): *Psychoanalytic Studies of the Personality*, Tavistock, Londres, 1952, «Int. J. Psycho-Anal.», vol. XXXIV.
85. (Con otros miembros del grupo) *The Child's Needs and the Role of the Mother in the Early Stages* (UNESCO, núm. 9 en la serie «Problems in Education»). También en 108 y con el título *Mother, Teacher and the Child's Needs* en 158.

## 1954

86. Reseña: *Aggression and its Interpretation*, por Lydia JACKSON, Methuen, Londres, «Brit. med. J.», junio de 1954.
87. *Pitfalls in Adoption*, «Medical Press», vol. CCXXXII. También en 108.
88. *Two Adopted Children* (charla pronunciada ante la Assoc. Child Care Officers, 1953), «Case Conference», vol. I. También en 108.
89. *Mind and its Relation to the Psyche-Soma*, «Brit. J. med. Psychol.», vol. XXVII. También en 116.
90. *The Needs of the Under-Fives in a Changing Society*, «The Nursery Journal», vol. XLIV. También en 108 y con el título *The Needs of the Under-Fives* en 158.
91. Reseña: *Clinical Management of Behavior Disorders in Children*, por H. y R. M. BAKWIN, Saunders, Filadelfia, 1953, «Brit. med. J.», agosto de 1954.

## 1955

92. *Régression et repli*, «Rev. franç. psychanal.», vol. XIX. Traducción alemana: *Zustände von Entrückung und Regression*, «Psyche», 1956, vol. X. En inglés: *Withdrawal and Regression*, en 116.
93. Prólogo a *Any Wife or Any Husband*, por Joan GRAHAM MALLESON, Heinemann, Londres.
94. *Metapsychological and Clinical Aspects of Regression within the Psycho-Analytical Set-Up*, «Int. J. Psycho-Anal.», volumen XXXVI. También en 116.
95. *Childhood Psychosis: A Case Managed at Home*, «Case Conference», vol. II. También en 116.
96. *The Depressive Position in Normal Emotional Development*, «Brit. J. med. Psychol.», vol. XXVIII. También en 116.
97. *Adopted Children in Adolescence* (alocución dirigida a la Asamblea Permanente de la Societies Registered for Adoption), «Report of Residential Conference», julio de 1955.

## 1956

98. *On Transference*, «Int. J. Psycho-Anal.», vol. XXXVII. Recitado con el título *Clinical Varieties of Transference* en 116.

## 1957

99. *The Contribution of Psycho-Analysis to Midwifery*, «Nursing Mirror», mayo de 1957. También en 163.
100. *The Child and the Family. First Relationships*, Tavistock, Londres, (véase la sección A). Edición norteamericana: *Mother and Child (A Primer of First Relationships)*, Basic Books, Nueva York.
101. *Knowing and Learning* (charla radiofónica, 1950). En 100.
102. *Instincts and Normal Difficulties* (charla radiofónica, 1950). En 100, 158.

103. *Stealing and Telling Lies* (1949). En 100, 158.  
 104. *On Adoption* (charla radiofónica, 1955). En 100.  
 105. *First Experiments in Independence* (1955). En 100, 158.  
 106. *The Mother's Contribution to Society*. En 100.  
 107. *Health Education through Broadcasting*, «Mother and Child», vol. xxviii.  
 108. *The Child and the Outside World. Studies in Developing Relationships*, Tavistock, Londres (véase la sección A).  
 109. *The Impulse to Steal* (1949). En 108.  
 110. *Breast Feeding* (1945, corregida en 1954). En 108, 158.  
 111. *Aggression* (1939). En 108.
- 1958
112. *Twins* (charla radiofónica, 1945), «Family Doctor», febrero de 1958.  
 113. Reseña: *The Doctor, His Patient and the Illness*, por Michael BALINT, Pitman, Londres, 1957, «Int. J. Psycho-Anal.», volumen xxxix.  
 114. *Child Psychiatry*, en «Modern Trends in Paediatrics», ed. A. HOLZEL y J. P. M. TIZARD, Butterworth, Londres, edición modificada y titulada *Theoretical Statement of the Field of Child Psychiatry*. En 163.  
 115. *The Capacity to Be Alone*, «Int. J. Psycho-Anal.», vol. xxxiv. También en 176. Traducción alemana: *Über die Fähigkeit, allein zu sein*, «Psyche», 1958, vol. xxii. Traducción española: *La capacidad para estar solo*, «Rev. de Psicoanal.», 1959, vol. xvi; «Rev. Uruguaya de Psicoanal.», 1963, vol. v.  
 116. *Collected Papers. Through Paediatrics to Psycho-Analysis*, Tavistock, Londres; Basic Books, Nueva York (véase la sección A).  
 117. *Appetite and Emotional Disorder*, 1936. En 116.  
 118. *Reparation in Respect of Mother's Organized Defence against Depression* (1948, corregida 1954). En 116.  
 119. *Anxiety Associated with Insecurity* (1952). En 116.  
 120. *The Manic Defence* (1935). En 116.  
 121. *Birth Memories, Birth Trauma, and Anxiety* (1949). En 116.  
 122. *Aggression in Relation to Emotional Development* (1950-1955). En 116.  
 123. *Primary Maternal Preoccupation* (1956). En 116. Traducción alemana: *Primäre Mutterinlichkeit*, «Psyche» (1960), vol. xiv.  
 124. *The Antisocial Tendency* (1956). En 116.  
 125. *Paediatrics and Childhood Neurosis*. En 116.  
 126. *Ernest Jones*, «Int. J. Psycho-Anal.», vol. xxxix.  
 127. *New Advances in Psycho-Analysis*. Traducción turca: *Psikana-lizde Herlemeler*, «Tripta Yenilikler», vol. iv.  
 128. *Child Analysis*, «A Criança Portuguesa», vol. xvii. También, con el título *Child Analysis in the Latency Period*, en 176.  
 129. *Modern Views on the Emotional Development in the First Year of Life*, «Medical Press», marzo de 1958. Reeditado con

- el título *The First Year of Life* en 163. Traducción italiana: *Il Primo Anno di Vita*, «Infanzia Anormale» (1959), volumen xxx. Traducción alemana: *Über die emotionelle Entwicklung im ersten Lebensjahr*, «Psyche», 1960, vol. xiv. Traducción francesa: *La Première année de la vie*, «Rev. franç. psychanal.», 1962, vol. xxvi. Traducción turca: *Hayatin İlk Yılı*, «Tripta Yenilikler», 1962, vol. vii. Traducción española: *Primer Año de Vida-Desarrollo Emocional*, «R. de Pediatría», 1961, vol. vii.
130. *Discussion sur la contribution de l'observation directe de l'enfant à la psychanalyse*, «Rev. franç. psychanal.», vol. xxii. En inglés: *On the Contribution of Direct Child Observation to Psychoanalysis*, en 176.  
 131. *Psycho-Analysis and the Sense of Guilt*, en «Psycho-Analysis and Contemporary Thoughts», ed. J. D. Sutherland, Hogarth, Londres. También en 176.
- 1959
132. Reseña: *Envy and Gratitude*, por Melanie KLEIN, Tavistock, Londres, 1957, «Case Conference», vol. v.
- 1960
133. *Counter-Transference*, «Brit. J. med. Psychol.», vol. xxxiii. También en 176.  
 134. *String*, «J. Ch. Psychol. Psychiat.», vol. i. También, con el título *String: A Technique of Communication*, en 176.  
 135. *The Theory of Parent-Infant Relationship*, «Int. J. Psycho-Anal.», vol. xli. También en 176. Traducción francesa: *La Théorie de la relation parent-nourisson*, «Rev. franç. psychanal.», 1961, vol. xxv.
- 1961
136. *Integrating and Disruptive Factors in Family Life*, «Canad. Med. Assoc. J.», abril de 1961. En 163.  
 137. Reseña: *The Purpose and Practice of Medicine*, por James SPENCE, Oxford Univ. Press, Londres, 1960, «Brit. med. J.», febrero de 1961.  
 138. *The Effect of Psychotic Parents on the Emotional Development of the Child*, «Brit. J. Psychiatric Soc. Work», volumen vi. En 163.  
 139. *The Paediatric Department of Psychology*, «St. Mary's Hosp. Gaz.», vol. lxxvii.
- 1962
140. Reseña: *Psychologie du premier age*, por M. BERGERON, Presses Univ., París, 1961, «Arch. Dis. Childhood», vol. xxxvii.  
 141. Reseña: *Un Cas de psychose infantile*, por S. LEMOVICI y J. McDougall, Presses Univ., París, 1960, «J. Ch. Psychol. Psychiat.», vol. iii.



142. *The Child Psychiatric Interview*, «St. Mary's Hosp. Gaz.», vol. LXVIII.
143. *The Theory of the Parent-Infant Relationship: Further Remarks*, «Int. J. Psycho-Anal.», vol. XLIII. Traducción francesa: *La Théorie de la relation parent-enfant: remarques complémentaires*, «Rev. franç. psychanal.», 1963, vol. XXVII.
144. Reseña: *Letters of Sigmund Freud, 1873-1939*, ed. E. Freud, Hogarth, Londres, «Brit. J. Psychol.», vol. LIII.
145. *Adolescence*, «The New Era in Home and School», vol. XLIII. También en 163. Reeditada y modificada con el título *Struggling through the Doldrums*, «New Society», abril de 1963.

## 1963

146. Reseña: *Schizophrenia in Children*, por William GOLDFARB, Mass., Cambridge, Harvard Univ. Press, 1961, «Brit. J. Psychiatric Soc. Work», vol. VII.
147. *Dependence in Infant-Care, in Child-Care, and in the Psycho-Analytic Setting*, «Int. J. Psycho-Anal.», vol. XLIV. También en 176.
148. *The Young Child at Home and at School*, en «Moral Education in a Changing Society», ed. W. R. Niblett, Faber, Londres. También en 176, con el título *Morals and Education*.
149. *The Development of the Capacity for Concern*, «Bull. Menninger Clin.», vol. XXVII. También en 176.
150. *Regression as Therapy Illustrated by the Case of a Boy whose Pathological Dependence was Adequately Met by the Parents*, «Brit. J. med. Psychol.», vol. XXXVI.
151. *The Mentally Ill in Your Caseload*, en «New Thinking for Changing Needs», Assoc. Social Workers, Londres. También en 176.
152. *A Psychotherapeutic Consultation: a Case of Stammering*, mal titulado *The Antisocial Tendency Illustrated by a Case*, «A Criança Portuguesa», vol. XXI.
153. *Training for Child Psychiatry*, «J. Ch. Psychol. Psychiat.», vol. IV. También en 176.
154. Reseña: *The Nonhuman Environment*, por Harold F. SEARLES, Int. Univ. Press., Nueva York, «Int. J. Psycho-Anal.», volumen XLIV.

## 1964

155. Reseña: *Heal the Hurt Children*, por Hertha RIESE, Chicago Univ. Press, 1963, «New Society», enero de 1964.
156. *Correspondence: Love or Skill?* «New Society», febrero de 1964.
157. Reseña: *Memories, Dreams, Reflections*, por C. G. JUNG, Collins and Routledge, Londres, 1963, «Int. J. Psycho-Anal.», vol. XLV.
158. *The Child, The Family, and the Outside World*, Harmonds-

worth, Penguin Books, Pelican Book A668. (Véase la sección A.)

159. *The Roots of Aggression*, 1964. En 158.
160. *The Value of Depression*, 1963, «Brit. J. Psychiatric Soc. Work.», versión abreviada y titulada *Strength out of Misery*, «The Observer», 31 de mayo de 1964.
161. *Youth Will not Sleep*, «New Society», 28 de mayo de 1964. «Atlas» 8.
162. *Deductions drawn from a Psychotherapeutic Interview with an Adolescent*, «Report of the 20th Child Guidance Inter-Clinic Conference, 1964», National Association for Mental Health.

## 1965

163. *The Family and Individual Development*, Tavistock, Londres, 1965. (Véase la Sección A.)
164. *The Relationship of a Mother to Her Baby at the Beginning*, 1960. En 163.
165. *Growth and Development in Immaturity*, 1950. En 163.
166. *On Security*, 1960. En 163.
167. *The Five-Year-Old*, 1962. En 163.
168. *The Family Affected by Depressive Illness in one or both Parents*, 1958. En 163.
169. *The Effect of Psychosis on Family Life*, 1960. En 163.
170. *The Family and Emotional Maturity*, 1960. En 163.
171. *Theoretical Statement of the Field of Child-Psychiatry*, 1958. En 163.
172. *Advising Parents*, 1957. En 163.
173. *Casework with Mentally Ill Children*, 1959. En 163.
174. *The Deprived Child and How He Can Be Compensated for Loss of Family Life*, 1950. En 163.
175. *Group Influences and the Maladjusted Child: The School Aspect*, 1955. En 163.
176. *El Proceso de Maduración en el niño (The Maturational Processes and the Facilitating Environment)*. (El presente volumen.) (Véase en la sección A.)
177. *La integración del ego en el desarrollo del niño*, 1962. En 176.
178. *Proveer para el niño en la salud y en las crisis*, 1962. En 176.
179. *Desde la dependencia hasta la independencia en el desarrollo del niño*, 1963. En 176.
180. *Clasificación: ¿Existe una aportación psicoanalítica a la clasificación psiquiátrica?*, 1959. En 176.
181. *Deformación del ego en términos de un ser verdadero y falso*, 1960. En 176.
182. *Los designios del tratamiento psicoanalítico*, 1962. En 176.
183. *Mi punto de vista personal sobre la aportación kleiniana a la teoría del desarrollo emocional en las primeras fases*, 1962. En 176.
184. *La comunicación y la falta de comunicación como conductas al estudio de ciertos pares antitéticos*, 1963. En 176.

185. *Psicoterapia de los trastornos de carácter*, 1963. En 176.  
 186. *El trastorno psiquiátrico en términos de los procesos infantiles de maduración*, 1963. En 176.  
 187. *Los cuidados hospitalarios como complemento de la psicoterapia intensiva en la adolescencia*, 1963. En 176.  
 188. *Child Therapy*, en «Modern Perspectives in Child Psychiatry», ed. J. Howells, Oliver & Boyd.  
 189. *The Value of the Therapeutic Consultation*, en «Foundations of Child Psychiatry», ed. E. Miller, Pergamon Press.  
 190. *The Antisocial Tendency*, en «Criminal Behaviour and New Directions in Criminal Law Administration», ed. R. Slovenko, Charles Thomas Publishing Co., EEUU de América.

<i>Nota preliminar</i> . . . . .	5
<i>Introducción</i> . . . . .	7
<i>Nota de agradecimiento</i> . . . . .	9

## PRIMERA PARTE: ESCRITOS SOBRE EL DESARROLLO

1. El psicoanálisis y el sentimiento de culpabilidad . . . . .	13
-2. La capacidad para estar a solas . . . . .	31
-3. La teoría de la relación paterno-filial . . . . .	41
4. La integración del ego en el desarrollo del niño . . . . .	65
5. Proveer para el niño en la salud y en las crisis . . . . .	75
6. El desarrollo de la capacidad para la inquietud . . . . .	87
-7. De la dependencia a la independencia en el desarrollo del individuo . . . . .	99
8. La moral y la educación . . . . .	111

## SEGUNDA PARTE: TEORÍA Y TÉCNICA

1. Sobre la aportación que la observación directa del niño representa para el psicoanálisis . . . . .	129
2. Análisis del niño durante el período de latencia . . . . .	137
3. Clasificación: ¿Existe una aportación psicoanalítica a la clasificación psiquiátrica? . . . . .	149
4. Deformación del ego en términos de un ser verdadero y falso . . . . .	169
5. El cordel: Técnica de comunicación . . . . .	185
6. Contratransferencia . . . . .	191
7. Los designios del tratamiento psicoanalítico . . . . .	201
8. Mi punto de vista personal sobre la aportación kleiniana . . . . .	207
9. La comunicación y la falta de comunicación como conductores al estudio de ciertos pares antitéticos . . . . .	217
10. El aprendizaje de la psiquiatría infantil . . . . .	235
11. Psicoterapia de los trastornos de carácter . . . . .	247
12. Los casos de enfermedad mental . . . . .	265
13. El trastorno psiquiátrico en términos de los procesos infantiles de maduración . . . . .	281
14. Los cuidados hospitalarios como complemento de la psicoterapia intensiva en la adolescencia . . . . .	297
-15. Dependencia en los cuidados de la primera infancia y de la niñez, y en el marco psicoanalítico . . . . .	307

## BIBLIOGRAFÍA

1. Libros y escritos que se citan en el texto . . . . .	323
2. D. W. Winnicott: Obras publicadas . . . . .	327

Colección

Laia /paperback

Literatura (narrativa, poesía, crítica literaria...), política (nacional e internacional), urbanismo, documentos, pedagogía, psicología, sociología, filosofía, historia, reportaje...

23. LA AGONÍA DE LA UNIVERSIDAD FRANQUISTA, Equipo Límite.
24. FRENTE POLISARIO: LA ÚLTIMA GUERRILLA, Rafael Wirth/Soledad Balaguer.
25. CALVO SERER: EL EXILIO Y EL REINO, José Martí Gómez/Josep Ramoneda.
26. EL ENCUENTRO, M. Azcárate, J. M. Díez Alegría, M. Jordà, J. M. Llanos, J. J. Rodríguez Ugarte.
27. LA SALUD, EXIGENCIA POPULAR, N. Acarín, R. Espasa, J. Vergés, M. Campo.
28. SANTIAGO CARRILLO: MAÑANA ESPAÑA, Max Gallo y Regis Debray. 3.ª edición.
29. CRISTIANOS EN EL PARTIDO, COMUNISTAS EN LA IGLESIA, Alfonso Comín.
30. CHINA: OTRA CALIDAD DE VIDA, W. Burchett.
31. EL FENÓMENO ESTALINIANO, Jean Elleinstein.
32. MEMORIA DE LA MELANCOLÍA, María Teresa León. 2.ª edición.
33. MISERIA Y DEPENDENCIA CIENTÍFICA EN ESPAÑA, Joan Senent-Josa.
34. SERVICIO NACIONAL DE SALUD, N. Acarín, R. Espasa, C. Sans, J. Vergés.
35. INTEGRACIÓN CAPITALISTA Y RUPTURA OBRERA, Paul Mattick.
36. EL MEDICAMENTO Y SU ENTORNO, J. Altimiras, J. Bonal, P. Cánovas, R. Gisbert.
37. DIARIO DE LA CIA, Philip Agee.
38. LA CONQUISTA DE LA CIUDADELA, Günter Herburger.
39. URUGUAY VENCERÁ, Zelmar Michelini.
40. EL COMPROMISO EN LA POESÍA DE LA GUERRA CIVIL ESPAÑOLA, Natalia Calamai.
41. DÍAS Y NOCHES DE AMOR Y DE GUERRA, Eduardo Galeano.
42. PRAGA, DIEZ AÑOS DESPUÉS (1968-1978), Jiri Hajek.
43. GUILLERMO TELL, UNA HISTORIA EJEMPLAR, Max Frisch.
44. ACERO DE MADRID, José Herrera Petere.
45. EL PODER MILITAR EN ESPAÑA, Vicenç Fisas. Prólogo de José Fortes Bouzán.
46. LA PEDAGOGÍA FREINET POR QUIENES LA PRATICAN, Autores diversos
47. LA BATALLA DE PUEBLA, J. I. González Faus, J. Jiménez, J. Sobrino, L. Boff, L. A. Gómez de Souza, C. Boff, G. Gutiérrez, J. M. Alemany.
48. MEMORIAS ANDALUZAS, Paco Montes Marmolejo.
49. PODER Y OPOSICIÓN EN LAS SOCIEDADES POSTREVOLUCIONARIAS, K. S. Karol, R. Rossanda, D. Singer, L. Pliusc, G. Girardet, F. Marek, J. Pelikan, E. Masi, E. Baluka, Ch. Bettelheim, B. Weil, F. Fortini, I. Mészáros, E. Giovannini, R. Villari, H. Terzian, L. Magri, B. Trentin, A. Comin, L. Althusser, F. Claudín, L. Covolo, F. Cerutti, R. Linhart, K. Pomian.
50. UN SOCIALISMO POR INVENTAR, Lucio Lombardo Radice.
51. JUAN PABLO WOJTYLA. CRÓNICA INSÓLITA DE UN PAPA. Stefano de Andreis, Marcella Leone (4.ª edición).
52. COMUNISMO EN LIBERTAD. RECUENTO Y PERSPECTIVAS DESDE LA MARGINACIÓN. Robert Havemann.
53. LA LUCHA ANTIFASCISTA, Giorgio Amendola. (Entrevista a cargo de Piero Melograni).