

D. W. Winnicott

La
naturaleza
humana

Título original: *Human Nature*
Free Association Books, London, 1988.
© The Winnicott Trust, 1988
ISBN 0-946960-96-8

Traducción de Jorge Piatigorsky

Cubierta de Gustavo Macri

INVENTARIO '12
CIHBYP
1ª edición, 1993



SISTEMA DE
BIBLIOTECAS

U. A. S. L. P.

SAD-4869
Inv. 246
1, 92
98

Impreso en la Argentina - Printed in Argentina
Queda hecho el depósito que previene la ley 11.723

© Copyright de todas las ediciones en castellano por

Editorial Paidós SAICF
Defensa 599, Buenos Aires

Ediciones Paidós Ibérica S.A.
Mariano Cubí 92, Barcelona

Editorial Paidós Mexicana S.A.
Rubén Darío 118, México D.F.

La reproducción total o parcial de este libro, en cualquier forma que sea, idéntica o modificada, escrita a máquina, por el sistema "multigraph", miemógrafo, impreso, por fotocopia, fotoduplicación, etc., no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.

ISBN 950-12-4160-2

INVENTARIO '09
CIHBYP

INVENTARIO '11
CIHBYP

INDICE

Prefacio de <i>Clare Winnicott</i>	9
Nota de los editores	11
Reconocimiento	15
Introducción	17

Parte I

EXAMEN DEL NIÑO HUMANO: SOMA, PSIQUE, MENTE

Introducción	23
1. El psique-soma y la mente	29
2. Mala salud	33
3. Interrelación de la enfermedad corporal y el trastorno psicológico	39
4. El campo psicossomático	49

Parte II

EL DESARROLLO EMOCIONAL DEL SER HUMANO

Introducción	57
1. Relaciones interpersonales	61
2. El concepto de salud cuando se utiliza la teoría de los instintos	81

Parte III
ESTABLECIMIENTO DEL ESTADO UNITARIO

Introducción. Desarrollo emocional característico de la infancia	101
1. La posición depresiva	105
2. Desarrollo del tema del mundo interno	125
3. Diversos tipos de material psicoterapéutico	131
4. Angustia hipocondríaca	139

Parte IV
DE LA TEORIA DE LOS INSTINTOS A LA TEORIA DEL YO

Introducción: Desarrollo emocional primitivo	143
1. Establecimiento de la relación con la realidad externa	145
2. Integración	165
3. Residencia de la psique en el cuerpo	173
4. Los estados más tempranos	179
5. Un estado de ser primario: las etapas pre-primitivas	185
6. Caos	191
7. La función intelectual	195
8. Retraimiento y regresión	197
9. La experiencia del nacimiento	199
10. Ambiente	211
11. Reconsideración del trastorno psicossomático	221
Apéndice	227
Bibliografía	233
Índice analítico	235

PREFACIO

Clare Winnicott

En 1936, Susan Isaacs invitó a Donald Winnicott a pronunciar una serie de conferencias sobre el crecimiento y el desarrollo humanos para un curso avanzado de docentes veteranos que trabajaban con niños pequeños, curso que se dictó en la Universidad de Londres. En 1954, cuando ya había empezado a escribir este libro, llevaba también varios años (desde 1947) dictando conferencias en forma regular a asistentes sociales universitarios. Estas oportunidades de dar clases con regularidad, que continuaron hasta su muerte, en 1971, eran muy valoradas por él, porque le proporcionaban un constante incentivo para aclarar su propia comprensión de las cosas y modificar sus ideas a la luz de su interacción con los alumnos y de su experiencia. Sería justo decir que su actividad como conferencista formó parte integral de su desarrollo, y se sentía hondamente agradecido a Susan Isaacs, cuya confianza en él fue el primer paso para que pudiera participar en dicha actividad.

Winnicott fue creando una manera especial de comunicar a los alumnos el material de cada conferencia, y año tras año ellos renunciaban a tomar apuntes para involucrarse con él en el proceso efectivo de crecimiento y desarrollo. En otras palabras, aprendían sin ser enseñados. Las

clases de Winnicott podían ser informales y en apariencia no estructuradas, pero la única razón de ello era que se basaban en un núcleo central de conocimientos integrados y en un esquema, cuidadosamente formulado de las etapas del desarrollo humano que los estudiantes estaban en condiciones de comprender. Todos los que asistieron a ellas recordarán los diagramas que velozmente trazaba en el pizarrón como una característica esencial de su modalidad de comunicación.

El objetivo original de este libro fue *brindar los apuntes que los estudiantes no podían tomar*, y poner dichas notas al alcance de todos los estudiosos de la naturaleza humana. El primer borrador del libro se inició y terminó en un lapso comparativamente breve en el verano de 1954, pero desde entonces y hasta el momento de la muerte del autor estuvo siempre sometido a su repaso y revisión.

NOTA DE LOS EDITORES

Plan del Libro

Winnicott preparó dos sinopsis de su libro sobre la naturaleza humana. La primera lleva por fecha agosto de 1954, y sabemos por Clare Winnicott que a la sazón el libro ya estaba escrito en su mayor parte; la segunda data de alrededor de 1967. Se las reproduce a ambas en el "Apéndice" que figura al final del presente volumen.

Puede apreciarse que el contenido de éste se atiene bastante estrictamente a las tres primeras partes de la Sinopsis I, aunque el orden de los escritos es algo diferente; por ejemplo, ni la sección planeada sobre "Estudio de las secuencias", que iba a incluir la fantasía, la realidad interna y los sueños, ni la de los "Objetos y fenómenos transicionales", se materializaron según ese plan, muy probablemente porque ya había tocado esos temas en capítulos anteriores. También se apreciará en la Sinopsis I que el plan primitivo de Winnicott incluía dos partes adicionales, con capítulos sobre la tendencia antisocial y las diversas etapas desde el período de latencia hasta la madurez, que en verdad nunca fueron escritos —aunque hay pruebas de que iba a iniciar la parte siguiente del libro con un trabajo titulado "Investigación de la delincuencia", que se publicó en 1943 en la revista *New Era in Home and School*.

La Sinopsis II posiblemente tuvo como propósito servir de guía para una revisión del libro. Puede advertirse que las Partes I y II de la obra, tal como quedaron, están bastante exactamente sintetizadas en dicha sinopsis, aunque al parecer Winnicott tenía la intención de reducir la actual Parte II (que se ocupa de las relaciones interpersonales y la teoría de los instintos); y de los últimos ocho capítulos de la actual Parte IV, sólo se enumera allí el vinculado al "ambiente".

LOS TITULOS

Los títulos de las partes, capítulos y secciones que aparecen en el presente volumen coinciden casi en su totalidad con los que se encontraron en el manuscrito. En las rarísimas ocasiones en que agregamos un título de sección en bien de la congruencia, consultamos las sinopsis.

EL TEXTO

El texto quedó tal cual estaba. Se incorporaron las correcciones manuscritas de Winnicott o de su secretaria, Joyce Coles; pero en los pocos lugares en que añadimos una letra o una palabra, ésta aparece entre corchetes, lo mismo que todas las notas o agregados a las notas que hemos hecho.

ANOTACIONES PARA LA REVISION

Junto con el manuscrito se hallaron una serie de anotaciones, de puño y letra de Winnicott, donde se indicaba en qué lugares y de qué manera deseaba modificar ciertas secciones del libro. En su mayoría estaban escritas en pequeños trozos de papel con el número de la página a la que se referían; de vez en cuando aparecían al margen en

el propio manuscrito. Todas ellas fueron incluidas como notas al pie del texto en el sitio en que Winnicott se proponía hacer la modificación.

*Christopher Bollas
Madeleine Davis
Ray Shepherd*

RECONOCIMIENTO

Queremos expresar nuestra gratitud a Judith Issroff por haber podido utilizar su trabajo sobre ciertos detalles bibliográficos y sobre el índice.

El propio manuscrito. Todas ellas fueron hechas como notas al pie del texto en el sitio en que Winick se proponía hacer la modificación. En el caso de las modificaciones de tipo de formato, como las de los títulos y de los capítulos, se hicieron en el manuscrito original. En el caso de las modificaciones de tipo de contenido, como las de los capítulos de la Parte IV, sólo se hicieron en el manuscrito original.

LOS TÍTULOS

Los títulos de los capítulos y párrafos y secciones y subsecciones en el presente volumen coinciden con los del manuscrito original en su totalidad. El único cambio que se hizo en el manuscrito original fue el agregado de los títulos de los capítulos de la Parte IV, sólo se hicieron en el manuscrito original.

EL TEXTO

El texto queda tal cual estaba. Se interpretaron las modificaciones manuscritas de Winick a la luz de su secretario, Juan Calvo, pero no se hicieron en el manuscrito original. En el caso de las modificaciones de tipo de formato, como las de los capítulos de la Parte IV, sólo se hicieron en el manuscrito original.

AGRADECIMIENTOS PARA LOS REVISORES

Como con el manuscrito se hallaron una serie de errata, de tipo de letra y de Winick, se hicieron en el manuscrito original. En el caso de las modificaciones de tipo de formato, como las de los capítulos de la Parte IV, sólo se hicieron en el manuscrito original.

El presente manuscrito es el resultado de un trabajo de investigación que se hizo en el manuscrito original. En el caso de las modificaciones de tipo de formato, como las de los capítulos de la Parte IV, sólo se hicieron en el manuscrito original.

El presente manuscrito es el resultado de un trabajo de investigación que se hizo en el manuscrito original. En el caso de las modificaciones de tipo de formato, como las de los capítulos de la Parte IV, sólo se hicieron en el manuscrito original.

El presente manuscrito es el resultado de un trabajo de investigación que se hizo en el manuscrito original. En el caso de las modificaciones de tipo de formato, como las de los capítulos de la Parte IV, sólo se hicieron en el manuscrito original.

El presente manuscrito es el resultado de un trabajo de investigación que se hizo en el manuscrito original. En el caso de las modificaciones de tipo de formato, como las de los capítulos de la Parte IV, sólo se hicieron en el manuscrito original.

INTRODUCCION

La tarea consiste en estudiar la naturaleza humana. En el momento mismo de comenzar a escribir este libro me doy cuenta perfectamente de la envergadura de esta empresa. La naturaleza humana es casi todo lo que tenemos.

A pesar de que lo sé, es mi propósito atenerme al título y formular una enunciación de este tema en la que se reúnan los diversos tipos de experiencias que he tenido: lo que aprendí de mis maestros y de mis experiencias clínicas. Tal vez de este modo logre hacer una descripción personal, y por ende comprensiblemente limitada, de un tema que no tiene límites.

Es más fácil para un médico, y más habitual, que escriba sobre la enfermedad. A través del estudio de la enfermedad accedemos al estudio de muchas cosas importantes sobre la salud. No obstante, la premisa del médico, según la cual la salud consiste en una relativa ausencia de enfermedad, no es suficientemente buena. La palabra "salud" tiene un significado propio positivo, de modo tal que la ausencia de enfermedad no es otra cosa que el punto de partida de una vida sana.

Consideraré que mi lector es un profesional que hace estudios de posgrado, y confiaré en que ya cuente con cierta cantidad de lecturas sobre la psicología de tipo dinámico y

haya tenido experiencias personales, tanto de trabajo como de la vida y el vivir.

El lector tiene derecho a saber cómo es que pude llegar a escribir sobre psicología. Mi vida profesional estuvo dedicada a la pediatría. Mis colegas pediatras se especializaron, en su mayoría, en el aspecto físico, en tanto que yo fui encauzándome gradualmente hacia una especialización en lo psicológico. Jamás abandoné la pediatría general, ya que a mi juicio la psiquiatría infantil forma parte esencial de aquélla. Lamentablemente, la psiquiatría de adultos debe ser separada de la práctica clínica y quirúrgica, pero esta división no tiene por qué producirse en lo tocante a los bebés y los niños.

Por dificultades personales llegué al psicoanálisis en una temprana etapa de mi trabajo como médico de niños. Pronto comencé a darme cuenta de que el psicoanálisis de niños tenía cabida como terapia y también como método de investigación. En 1927 entré en contacto con Melanie Klein y su aplicación de los métodos de Freud a la terapia de niños, y más adelante descubrí que Aichhorn, Anna Freud, Alice Balint y otros habían comenzado a aplicar de diversas maneras el psicoanálisis a los problemas infantiles, y tuve oportunidad de aprender de Anna Freud, quien vino a establecerse a Londres.

Pasé a ser alumno del Instituto de Psicoanálisis, y tras completar mi formación como analista y luego como analista de niños, pude emprender el análisis de adultos y de niños en casi todos los tipos de casos y en cualquier grupo etario. Sin embargo, la experiencia de un analista nunca es más que la de una sola persona; un analista sólo puede llevar a cabo alrededor de setenta análisis. Dada la naturaleza de mi práctica profesional, pude sortear esta dificultad de la limitación de la casuística, ya que tuve a mi cargo gran cantidad de pacientes ambulatorios y emprendí innumerables psicoterapias breves, ocupándome además de los problemas del manejo de pacientes.

En las primeras etapas de mi carrera evité los casos antisociales organizados, extraordinariamente arduos, pero durante la guerra* me vi obligado a tener en cuenta esta clase de trastornos a raíz de la labor que tuve el privilegio de realizar en Oxfordshire con niños evacuados de sus hogares.

Más o menos por esa misma época me fue tentando poco a poco el tratamiento del tipo de pacientes adultos más psicóticos, y comprobé que podía aprender mucho acerca de la psicología de la temprana infancia a partir de las profundas regresiones de los adultos en el curso del tratamiento psicoanalítico, gran parte de lo cual no podía conocerse por observación directa de bebés, ni aun por el análisis de niños de dos años y medio. Este trabajo psicoanalítico con adultos de tipo psicótico resultó extremadamente arduo y absorbente en materia de tiempo, y en modo alguno siempre se alcanzaba el éxito. A un caso que culminó trágicamente le dediqué 2500 horas de mi vida profesional sin esperanza de ser remunerado. No obstante, esta labor me enseñó más que cualquier otra.

Como ligazón entre todo esto, tuve siempre una constante necesidad de aconsejar a los padres que venían a la consulta, y dar esta clase de consejos ha sido para mí lo más difícil.

Por último, debo mencionar el estímulo que recibí de la enseñanza y las audiciones radiales.

* Se refiere a la Segunda Guerra Mundial. (T.)

INTRODUCCION

He resuelto examinar la naturaleza humana a través de un estudio del niño. Si bien el adulto sano continúa creciendo, desarrollándose y cambiando hasta el momento de la muerte, hay una pauta que se discierne ya en el niño y que persistirá, así como el rostro sigue siendo el mismo a lo largo de toda la vida del individuo.

Ahora bien: ¿dónde encontraremos al niño?

El cuerpo del niño pertenece al pediatra.

El alma pertenece al ministro de una religión.

La psique pertenece al especialista en psicología dinámica.

El intelecto pertenece al psicólogo.

La mente pertenece al filósofo.

La psiquiatría se arroga el trastorno mental.

La herencia pertenece al especialista en genética.

La ecología se arroga el interés por el medio social.

La ciencia social estudia el medio familiar y la relación que mantiene tanto con la sociedad como con el niño.

La economía examina las presiones y tensiones debidas a las necesidades en pugna.

El derecho intercede para regular y humanizar la venganza pública por la conducta antisocial.

En contraste con la multiplicidad de estas diversas pretensiones, el animal humano individual es unitario y ofrece una temática central, y a nosotros nos incumbe

tratar de reunir en una sola enunciación compleja los diversos comentarios que pueden hacerse desde estos múltiples puntos de vista.

No es forzoso adoptar, para la descripción de los seres humanos, un método único; más bien es conveniente familiarizarse con el empleo de todos y cada uno de los abordajes.

Al escoger un enfoque evolutivo para estudiar la naturaleza humana por ser el que puede servir de eje a estos distintos puntos de vista, espero poner en claro que, primero, a partir de una fusión primaria del individuo con el ambiente, emerge algo, la pretensión del individuo de ser capaz de estar en un mundo que lo desconoce; luego, el fortalecimiento del self como entidad, como una continuidad del ser, como un lugar en el cual y desde el cual [emerge] el self como unidad, como algo ligado al cuerpo y que depende del cuidado físico; luego el incipiente percatamiento (que ya implica la existencia de una mente) de la dependencia, así como de la confiabilidad de la madre y de su amor, que al bebé le llega como un cuidado físico y una íntima adaptación a su necesidad; luego la aceptación personal de las funciones y los instintos con su apogeo, del gradual reconocimiento de la madre como otro ser humano, y junto con esto el pasaje de la crueldad a la preocupación por el otro; luego un reconocimiento de un tercero y del amor complicado por el odio, y del conflicto emocional; todo esto enriquecido por la elaboración imaginativa de cada función y el crecimiento de la psique al par que el del cuerpo; asimismo, la especialización de la capacidad intelectual, que depende de la dotación cerebral; y, además, el gradual desarrollo de la independencia respecto de los factores ambientales, que a la larga lleva a la socialización.

Podría empezarse desde el comienzo y avanzar poco a poco hacia adelante, pero esto implicaría empezar desde lo oscuro y desconocido para sólo más tarde alcanzar lo que es consabido. En este estudio del desarrollo comenzaremos

con el niño de 4 años e iremos hacia atrás, hasta llegar a los inicios del individuo.

Permítaseme decir algo sobre la salud física. La salud del cuerpo implica un funcionamiento físico propio de la edad del niño, y la ausencia de enfermedad. El pediatra asume como suya la tarea de la evaluación y medición de la salud corporal, o sea, de la salud corporal en tanto el funcionamiento del cuerpo no se ve perturbado por las emociones, el conflicto emocional y la evitación de la emoción penosa.

Desde el momento de la concepción hasta la pubertad, hay un crecimiento y un desarrollo continuos y sostenidos de las funciones, y a nadie se le ocurre juzgar el desarrollo físico de un niño si no es de acuerdo con su edad.

Si suponemos que el cuidado del niño ha sido satisfactorio, puede decirse que existe un ritmo de desarrollo estándar. Siempre se están elaborando diagramas de medición. Podemos emplear los datos reunidos y seleccionados sin dejar de tener en cuenta, empero, las amplias variaciones individuales dentro del concepto de salud.

La pediatría se estableció principalmente sobre la base del estudio de las enfermedades físicas propias de la niñez, considerando la salud como la ausencia de enfermedad. Hace no mucho el raquitismo era corriente, así como muchos otros trastornos debidos a una deficiente alimentación; la neumonía era un problema constante y con frecuencia desembocaba en empiema, cuadro que ahora casi nunca se ve en un hospital de Londres; en las clínicas de niños a menudo se diagnosticaba la sífilis congénita, difícil de tratar; las infecciones óseas agudas tenían que tratarse mediante drásticas operaciones quirúrgicas y curaciones posteriores dolorosas. Pero en treinta años este panorama cambió por completo.

Hace un siglo el estado de cosas era todavía peor: había una confusión casi total en lo tocante al diagnóstico y la causa de las enfermedades, y la primera tarea que debió

abordar la antigua generación de pediatras fue la clasificación de las entidades nosológicas. En esos días no había mucho tiempo ni lugar para ocuparse de la salud como tal, ni para estudiar las dificultades que asediaban al niño físicamente sano por el hecho de crecer en una sociedad compuesta por seres humanos.

Hoy, gracias al avance del diagnóstico y tratamiento del trastorno físico, encontramos médicos plenamente capacitados para tratar las afecciones corporales y que también atienden el modo como el funcionamiento del cuerpo es perturbado por cosas tales como la angustia, así como por un manejo hogareño deficiente.¹

Una nueva generación de estudiantes de medicina exige ser instruida en psicología. ¿Hacia dónde se volverán para ello? Sus maestros de pediatría pueden no tener comprensión alguna de la psicología. En mi opinión, existe el peligro real de que sobreestimen los aspectos más superficiales de la psicología infantil, acusando de todo ora al factor externo, ora a la herencia. Las entidades nosológicas psiquiátricas son reunidas y descritas con una falsa claridad, se presta indebida reverencia a los tests de rendimiento o de personalidad, y el aspecto alegre de un niño es aceptado con harta ligereza como un signo de desarrollo emocional sano.

¿Qué puede ofrecer el psicoanalista? No brinda ninguna solución sencilla, sino que enfrenta en cambio al joven pediatra, que ya cuenta treinta años de edad, está casado

¹ Quisiera mencionar a Guthrie, autor de *Functional Nervous Disorders in Childhood* (1907), no porque haya llegado a grandes alturas sino porque fue un pionero al que le debo el haber disfrutado del clima especial del Hospital de Niños de Paddington Green, que hizo posible mi designación allí en 1923. Después de la trágica muerte de Guthrie, me tocó llevar adelante la labor de su departamento en el hospital, y en ese momento no me di cuenta de que si yo fui designado para integrar el cuerpo de consultores del hospital fue por mi inclinación a lo psicológico en pediatría.

y tiene familia, con un nuevo tema tanto o más considerable que la fisiología. Por otra parte, sostiene que el pediatra, si quiere alcanzar en psiquiatría infantil una posición comparable al alto nivel que tiene en la pediatría física, debe someterse a un análisis personal así como a una formación especial.

Esto es duro, pero no hay manera de eludirlo, y jamás la habrá. El pediatra vacila ante este albur y prefiere seguir adhiriendo a la pediatría física, aunque para encontrar suficientes enfermedades físicas que deba curar y prevenir tenga que ir muy lejos. No obstante, se acerca el momento en que ya no será necesaria una expansión de la pediatría física en este país, y en que un creciente número de jóvenes pediatras se verán forzados a practicar la psiquiatría infantil. Anhele que llegue ese día, y lo he anhelado durante tres décadas; pero se corre el peligro de que se pretenda eludir el aspecto penoso de este nuevo avance y se procure sortearlo; de que se reformulen las teorías para dar a entender que el trastorno psiquiátrico es un producto, no del conflicto emocional, sino de la herencia, la constitución, el desequilibrio endocrino y el manejo burdo del niño. Ahora bien, lo cierto es que la vida en sí es difícil, y la psicología se ocupa de los problemas inherentes al desarrollo individual y al proceso de socialización; por los demás, en psicología infantil debemos hacer frente a las luchas por las que pasamos nosotros mismos, aunque en su mayoría las hayamos olvidado o nunca hayamos sido conscientes de ellas.

1. EL PSIQUE-SOMA Y LA MENTE

Un ser humano es una muestra cronológica de la naturaleza humana. La persona entera es física si se la ve desde cierto ángulo, psicológica si se la ve desde otro. Existen el soma y la psique. Existe también una compleja evolución de la interrelación de ambos y una organización de tal relación, proveniente de lo que llamamos la mente. El funcionamiento intelectual, como la psique, tiene su base somática en ciertas partes del cerebro.

Como observadores de la naturaleza humana podemos discernir el cuerpo, la psique y el funcionamiento mental.

No caeremos en la trampa que nos tiende el uso común de los términos "mental" y "físico". Estos términos no describen fenómenos opuestos. Lo opuesto son el soma y la psique; la mente es de un orden especial que le es propio, y debe considerársela un caso especial del funcionamiento del psique-soma.¹

Debe señalarse que es posible considerar la naturaleza humana de las tres formas indicadas, y estudiar las causas de la división de intereses. Sería particularmente interesante inquirir por los primerísimos estadios de la dicotomía psique-soma en el bebé, y por los inicios de la actividad mental.

¹ Véase Winnicott, D. W., "Mind and its Relation to the Psyche-Soma" (1949).

La salud del cuerpo implica una herencia suficientemente buena y una crianza suficientemente buena. En la salud, el cuerpo funciona al nivel correcto para su edad. Se hace frente a los accidentes y a las fallas ambientales, de modo tal que con el tiempo sus efectos adversos desaparecen. Con el correr del tiempo el desarrollo avanza y poco a poco —ni demasiado pronto ni demasiado tarde— el bebé se convierte en un hombre o en una mujer. En su debido momento llega a la mediana edad, con nuevos cambios que son apropiados para ella, y a la postre la vejez refrena las diversas funciones, hasta que sobreviene la muerte natural como sello final de la salud.

SALUD DE LA PSIQUE

De modo análogo, la salud de la psique debe evaluarse en función del crecimiento emocional, y es una cuestión de madurez. El ser humano sano es emocionalmente maduro según la edad que tenga en cada momento. La madurez involucra gradualmente al individuo con su ambiente y lo vuelve responsable de éste.

Así como la madurez física es un asunto extremadamente complejo si se toma en cuenta la fisiología en su totalidad (por ejemplo, la bioquímica del tono muscular), también lo es la madurez emocional. El principal propósito de este libro será indicar gradualmente la comprobada complejidad del desarrollo emocional, que pese a ello puede ser investigado por el método científico.

INTELECTO Y SALUD

El desarrollo intelectual no es comparable al de la psique y el soma. La expresión "salud intelectual" no tiene sentido.

El intelecto, como la psique, depende del funcionamien-

to de un particular órgano del cuerpo, el cerebro (o ciertas partes de éste). Por lo tanto, la base del intelecto es la calidad del cerebro, pero el intelecto sólo puede describirse en términos cuantitativos a menos que el cerebro esté deformado o distorsionado por una enfermedad física. Desde el punto de vista del desarrollo, el intelecto no puede estar enfermo, ni bien puede ser explotado por una psique enferma. La psique, en cambio, puede estar enferma en sí misma, o sea, distorsionada por fallas en el desarrollo emocional, pese a que exista como base de su funcionamiento un cerebro sano. La parte del cerebro de la que depende la capacidad intelectual es mucho más variable que aquella de la cual depende la psique, y en la evolución de la raza sobrevino más tardíamente. La herencia o el azar brindan un cerebro cuya capacidad de funcionamiento es mayor o menor que el promedio, o bien el azar, la enfermedad o los accidentes (por ej., una lesión durante el parto) brindan un cerebro deficiente o dañado, o bien un proceso infeccioso en la niñez (meningitis, encefalitis) o un tumor provocan interferencias residuales fragmentarias en el funcionamiento cerebral, o en el tratamiento del trastorno mental (según se lo denomina), el neurocirujano corta de forma deliberada el cerebro a fin de alterar defensas muy fuertemente organizadas contra la locura, que en sí mismas constituyen un estado clínico penoso. De cualquiera de estas maneras, se afecta al intelecto o se modifican los procesos mentales, aunque el resto del cuerpo (fuera del cerebro) puede permanecer sano. Pero en todos estos casos debe evaluarse la salud o enfermedad de la psique. En un extremo, un niño con un coeficiente de inteligencia de 80 puede tener el cuerpo sano y evidenciar un desarrollo emocional sano también: de hecho se convierte en una persona interesante y valiosa, de buen carácter y ánimo estable, capaz incluso de ser un buen esposo y padre o madre. En el otro extremo, un niño de intelecto excepcional (CI de 140 o más), aunque quizá sea talentoso y valioso, si sufre un trastorno en su desarrollo emocional puede que-

dar gravemente enfermo y ser capaz de sufrir un derrumbe psicótico, o tendrá un carácter inestable y es poco probable que llegue a convertirse en un ciudadano con un hogar y familia propios.

Hoy es bien sabido que en niños relativamente sanos el coeficiente de inteligencia, tal como se lo elabora en la actualidad, con una consideración exacta de la edad cronológica, permanece más o menos constante. Este es otro modo de decir que el intelecto depende, en lo fundamental, de la dotación de tejido cerebral del individuo. Describir las formas en que el CI no permanece constante no es sino enumerar las distorsiones en el uso del intelecto debidas por un lado a perturbaciones del desarrollo emocional y por el otro a la superposición de una lesión en los tejidos cerebrales.

En cualquier grupo de niños deficientes puede haber algunos cuyo cerebro les permitiría tener una capacidad promedio o aun superior al promedio, y para los cuales el diagnóstico correcto es el de psicosis infantil. La deficiencia mental es, pues, un síntoma de una temprana perturbación del crecimiento emocional. Este tipo de defectos es muy frecuente.

En contraste con ello, el clínico se encuentra con niños de intelecto demasiado exigido y víctima de la angustia, también como consecuencia de un trastorno emocional (peligro de confusión), y cuyo CI, elevado en los tests, disminuye cuando el temor del niño al caos se vuelve menos inminente a raíz de una psicoterapia o de una buena manipulación de su ambiente.

Por consiguiente, el intelecto no es igual al cuerpo o a la psique; es de una índole distinta, y con respecto a él no puede decirse que la salud es madurez y que la madurez es salud. En verdad, no existe ningún vínculo directo entre los conceptos de salud y de intelecto. En la salud la mente opera al nivel del funcionamiento cerebral porque el desarrollo emocional del individuo ha sido satisfactorio.

Todo esto tendrá que ser examinado detenidamente.

2. MALA SALUD

A esta altura es útil considerar la mala salud de manera amplia. Puede formularse una enunciación bastante simple de las enfermedades y trastornos tanto del soma como

MALA SALUD SOMATICA				
Hereditaria	las evidencias aparecen después de nacer o más tarde			
	las evidencias aparecen antes de nacer o en el parto			
Congénita	durante el trabajo de parto			
	anormalidad que causa dificultades en el nacimiento			
	al nacer			
	accidentes del parto			
Ingesta deficiente (defectos en la eliminación)	calorías, oligoelementos, vitaminas	Persecución (falta de la crianza)	Todos los grados intermedios	Auto-inducida
Accidente	puro azar	"	"	"
	guerra	"	"	"
Infestación	puro azar	"	"	"
Infeción				
(No comprendido aún)	Neoplasias Ciertas enfermedades, probablemente infecciones (reumatismo agudo, corea, etc.)			

de la psique; la interacción de ambos es complicada, pero cabe intentar una descripción basada en la aceptación de esta dicotomía.

Esto abarca la mala salud con excepción de una vasta categoría: el funcionamiento de tejidos corporales perturbado por diversos estados psicológicos.

Tal vez resulte sorprendente que una enunciación tan simple pueda abarcar en su totalidad la tarea del pediatra somático, en especial porque en la práctica esa tarea es tan pesada y requiere tan vastos conocimientos.

MALA SALUD DE LA PSIQUE

No puede hacerse una enunciación simple de la mala salud de la psique, salvo que desde el punto de vista clínico siempre se trata de un trastorno del desarrollo emocional, aun cuando sea causado netamente por factores ambientales adversos.¹

Si se da por sentada la salud corporal (incluido el funcionamiento del tejido cerebral), es posible clasificar la mala salud psíquica en neurosis y psicosis. En el caso de la neurosis, las dificultades surgieron en primer lugar en las relaciones interpersonales propias de la vida familiar, cuando el niño tenía entre 2 y 5 años. En ese período el niño es capaz de ser una persona total entre personas totales, y está sujeto a las poderosas experiencias instintivas basadas en el amor entre las personas. En la neurosis, el desarrollo emocional del niño (o adulto) en las primeras etapas estuvo dentro de los límites normales.

¹ Nota para la revisión: Agregar una enunciación de la salud que tenga en cuenta la libertad respecto de la rigidez de las defensas.

¿Te gusta él o ella? Sí = salud
¿Te aburres? Sí = mala salud

Psicosis es el nombre dado a los estados mórbidos que comenzaron a aparecer en fecha más temprana, o sea, antes de que el niño se convirtiese en una persona total relacionada con personas totales.

Esta clasificación burda tiene una utilidad limitada, y tan pronto se somete a un examen más atento a los estados clínicos psicóticos, surge la necesidad de un método más sutil. En este momento basta llamar la atención sobre el valor de tomar en cuenta el punto de origen de las perturbaciones del desarrollo emocional, tratando al mismo tiempo de utilizar la terminología psiquiátrica aceptada.

Así pues:

Tipo	ESTADO CLÍNICO	ORIGEN
NEUROSIS	Organizaciones defensivas contra la angustia: fobias, histeria de conversión, neurosis obsesiva, etc.	Angustia proveniente de la vida instintiva, como la que se da entre las personas.
PSICOSIS	Maníaco-depresiva Depresión Defensas antidepresivas	Preocupación por el amor cruel. Reacción ante la pérdida de objetos.
PERSECUCIÓN: desde dentro	Hipocondría desde afuera Defensa mediante paranoia reitramiento al mundo interno	Preocupación por los resultados de la agresión.
ESQUIZOFRENIA	Defensa por escisión Por desintegración Por pérdida del sentido de realidad Por pérdida de contacto	Falla de una adaptación activa de la madre en una etapa temprana.

Una enunciación aproximada como ésta ofrece al estudiante una plataforma de lanzamiento para estudiar la enfermedad de la psique en términos de la psiquiatría del adulto. No obstante, es más lógico abordar la psiquiatría del adulto a partir de un estudio íntimo de la psiquiatría del niño.

A despecho de nuestras buenas intenciones, comprobaremos que necesitamos establecer una nueva clasificación, y en definitiva no quedaremos satisfechos.²

Clínicamente, ni siquiera los niños enfermos están todo el tiempo angustiados o todo el tiempo locos. De ordinario nos enfrentamos con defensas organizadas con éxito frente a la angustia, y al hacer el diagnóstico nos preocupa el tipo de defensa, así como el éxito o fracaso que logre ésta. También importa conocer el tipo de angustia que amenaza; por ejemplo, las defensas pueden erigirse contra el temor a la pérdida del pene, o a la pérdida de alguna función importante asociada a un instinto; asimismo, pueden ser defensas contra la depresión, vale decir, contra una desesperanza correspondiente a sentimientos de culpa que en sí mismos son inconscientes o están vinculados con cuestiones inconscientes; y también pueden ser defensas contra el temor a la falta de contacto con la realidad externa o contra el temor a la desintegración caótica.

Todo esto exigirá un examen más detenido, pero lo cierto es que existe cierto justificativo para clasificar aproximadamente los trastornos emocionales secundarios de los niños según el tipo de enfermedad que probablemente tengan si, en condiciones de estrés, han de sufrir un derrumbe y se tornarán francamente enfermos. Dicha clasificación me permite hacer un examen preliminar de la interacción de los trastornos físicos y psiquiátricos, luego

² Nota para la revisión: Bosquejar un retorno a la clasificación bajo una nueva forma: o sea, dependencia + familia y provisión social; hacer frente / no hacer frente.

de lo cual retomaré el estudio detallado del crecimiento emocional. Por el momento debo omitir las fallas ambientales en diversas etapas, tema que tendrá que ser objeto asimismo de una consideración detallada más adelante en este libro. Además, no podemos incluir en esta etapa el tipo de sintomatología antisocial.

3. INTERRELACION DE LA ENFERMEDAD CORPORAL Y EL TRASTORNO PSICOLOGICO

EFFECTOS DEL CUERPO Y SU SALUD SOBRE LA PSIQUE

Herencia

En el examen de la herencia no hay mucha cabida para la confusión. Presumiblemente toda herencia es física, por más que el resultado sea psicológico (por ej., una tendencia al temperamento depresivo o histérico transmitida de padres a hijos). La base de la psique es el soma, y en la evolución éste vino primero; la psique comienza como una elaboración imaginativa del funcionamiento físico, siendo su misión más importante la de ligar las experiencias y potencialidades del pasado con el percataamiento del momento actual y la expectativa respecto del futuro. Así cobra existencia el self. Por supuesto, la psique no tiene existencia aparte del cerebro y del funcionamiento de éste.

La herencia de los rasgos de personalidad y de las tendencias a ciertos tipos y trastornos psiquiátricos pertenece a lo físico, y fija límites a la psicoterapia. Estos límites carecen comparativamente de importancia en el tratamiento del trastorno neurótico, son más importantes en el tratamiento del trastorno psicótico, y tienen máxima importancia en el psicoanálisis de los sanos, o sea, de

quienes (por definición) se hallan más próximos a ser aquello para lo cual vinieron dotados al mundo.

Debe señalarse que ciertas tendencias heredadas a la enfermedad aparecen en la clínica en fecha tardía, de modo tal que si bien son heredadas, no son congénitas.

Trastorno congénito

La herencia se refiere a factores que ya existían antes de la concepción. Los trastornos congénitos son los que se evidencian hacia el final del proceso del nacimiento.

El término "congénito" designa dos conjuntos de factores: en primer lugar, las enfermedades y discapacidades existentes antes de la fecha del nacimiento, en el período intrauterino, y luego los que son secuelas del proceso de nacimiento en sí.

El *pediatra* pensará en función de deficiencias del crecimiento (ejemplo: defectos mentales a raíz de una rubéola de la madre en el segundo mes de embarazo), deformidades ortopédicas (ejemplo: luxación de cadera, pie deforme), infecciones derivadas de la madre (ejemplo: sífilis antes del nacimiento y gonorrea en su transcurso), incompatibilidades sanguíneas entre madre y bebé, lesiones meníngeas o aun cerebrales a raíz de la demora del parto (pelvis materna estrecha, asfixia excesiva en un parto prolongado), etc. Aquí el *pediatra* tiene amplio campo para su tarea muy especializada, y no se supone que deba ocuparse de las experiencias neonatales (psicológicas) de bebés sanos no deformes que no sufren asfixia ni conmociones en el sentido físico.

En los últimos años el *ginecólogo* se ha interesado por la psicología del nacimiento, una vez alcanzado el primer objetivo: hacer del parto una experiencia física segura. Sin embargo, lo que más se estudia es la psicología de la madre, y lo que se enseña en la actualidad podría casi sintetizarse en estas palabras: liberarse del temor. Esto [se] consigue

mediante una instrucción franca que permita que la madre alcance un estado de relajación. El principal soporte de la madre es su confianza personal en su médico y enfermera, aunque a esto no siempre se lo menciona. No se supone que el ginecólogo o la enfermera auxiliar de obstetricia se interesen por la psicología del bebé más o menos en el momento en que nace. La madre no está en buena situación para convertirse en pionera precisamente en el momento en que nace su bebé, pero sabe que la psicología de éste tiene que ser tomada en cuenta. ¿Cuándo hallará la madre comprensión? Hasta que el pediatra y el ginecólogo aborden el estudio de la psicología del bebé debe intervenir el psicólogo.

Con el desarrollo del cerebro como órgano en funcionamiento, comienzan a acumularse experiencias y los recuerdos corporales personales empiezan a reunirse y conformar un nuevo ser humano. Hay buenas pruebas de que los movimientos corporales de la vida intrauterina son significativos, y, presumiblemente, también lo es, de un modo silencioso, la quietud de la vida en el útero.

Más o menos por la época del nacimiento, en algún momento tiene lugar un gran despertar, de manera que apreciamos la diferencia entre un bebé prematuro y otro posmaduro. El primero todavía no está preparado para la vida y el otro es probable que nazca en un estado de frustración, por habérselo dejado esperando cuando ya estaba preparado.

No obstante, en general la psicología propia del bebé no influye en los trastornos que se reúnen bajo el rótulo de "congénitos". Por otro lado, los sucesos del nacimiento sí afectan mucho la psicología del bebé.

Deberá emprenderse el estudio de este aspecto una vez que el lector ya haya sido introducido al ser humano tal como es en los inicios mismos de la vida.

Tan pronto nace el bebé, de inmediato se vuelve evidente el efecto de su psicología en su salud corporal.

Ingestión deficiente

El establecimiento de la lactancia no es en modo alguno una cuestión de reflejos puramente. Es bien sabido que el estado emocional de la madre afecta la lactancia del bebé, y también es cierto que los bebés varían en cuanto a su facilidad o dificultad para lactar, aun desde el comienzo.

Mucho podría decirse sobre la psicología de la iniciación en la lactancia y su continuidad, sin que ello implique en absoluto dejar de lado el aspecto físico, que aún se sigue estudiando con gran detalle dentro del ambiente pediátrico. Más que en cualquier otro tema, para estudiar éste es menester la cooperación y comprensión de los que conocen bien el aspecto físico (incluidas la anatomía, fisiología, neurología y bioquímica) y los que empiezan a saber algo acerca del aspecto psicológico. Como ejemplo instructivo para el psicólogo no médico citaré el braquiesófago, una deformidad física no muy común que causa dificultades para la alimentación, y en especial una tendencia al vómito. La postura afecta la sintomatología. Con el tiempo la afección tiende a corregirse por sí sola, de modo tal que se da crédito a cualquier medida que se tome en ese momento. Estas medidas pueden consistir en consejos sobre el manejo de la criatura o incluso la psicoterapia de la madre. Quienes estudian la psicología infantil no pueden ignorar los trastornos físicos y su evolución natural, aunque afortunadamente no es preciso que sean tan competentes como para asumir total responsabilidad por el aspecto físico, la que debería ser compartida entre ambos tipos de especialista.

En los trastornos alimentarios de bebés de más edad se vuelve cada vez más notoria la cabida que tiene la psicología. Un bebé puede tener los caprichos normales pero esto se convierte en una enfermedad si lo lleva a aceptar toda la comida que se le ofrece amablemente. Ya examinaremos la razón de ello. En el caso extremo, un bebé de cualquier

edad puede, al igual que un niño mayor, inhibirse tan activamente en su alimentación que el resultado es fatal. Existen todos los grados entre los caprichos del niño sano y la inhibición patológica.

Se da toda suerte de mezclas entre lo físico y lo psicológico. Un conocido ejemplo es el del niño con fisura palatina congénita, que no puede disfrutar de la alimentación en la forma corriente y necesariamente debe ser sometido a repetidas operaciones, y a las consiguientes separaciones de su madre. El desarrollo emocional del bebé quedará afectado pero no es forzoso que se convierta en un inválido: el médico y las enfermeras sabrán ver fácilmente el sentido de la aflicción del niño, y en consecuencia darán los pasos para contrarrestar las perturbaciones ambientales. Cuando se reconoce, en general, cuál es el sentido de la zozobra de un bebé, los médicos y enfermeras pueden hacer mucho —con total independencia de la adquisición de un conocimiento psicológico especializado— para prevenir las enfermedades psicológicas del tipo de las que se inician en la infancia.

Deficiencias en la eliminación

Aquí no hay mucha dificultad para discernir lo físico y lo psicológico. Excepto en los raros casos en que el aparato excretorio padece una deformidad o enfermedad, los trastornos en la eliminación son claramente un derivado del conflicto emocional que se presenta en términos corporales.

Accidentes

Si en un extremo de la escala opera el puro azar, en el otro extremo tenemos una propensión a los accidentes, perteneciente a la clase de los trastornos psiquiátricos depresivos. Análogamente, de todos los que reciben malos tratos siempre hay algunos que tienen la necesidad de ser

perseguidos, y esta necesidad de persecución, que es la base de la enfermedad psiquiátrica denominada paranoia, puede comenzar a una edad sorprendentemente temprana, en verdad muy poco después del nacimiento.

Acerca de las enfermedades infecciosas, puede decirse que algunas dependen por entero de los estados físicos, por ejemplo el sarampión: un niño que no ha tenido sarampión se contagia de otros que se encuentran en la etapa inicial de la enfermedad. Otras son influidas por los estados emocionales; por ejemplo, la evolución de una tisis puede hacerse corresponder estrechamente con las fases de una depresión —aunque el tipo quirúrgico de tuberculosis no guarda esta misma correlación—. La neumonía, en especial antes de que aparecieran los antibióticos, era en gran parte una prueba de la voluntad de vivir, y la recuperación dependía en gran medida, por lo tanto, de los cuidados que recibiera el paciente. Antiguamente las enfermeras extraían una enorme satisfacción de su éxito con los enfermos de neumonía, pues sabían que a menudo era su devoción personal lo que les salvaba la vida. El estudiante de enfermería actual ha sufrido una gran pérdida por el hecho de que la cura de la neumonía se realice mediante un método relativamente mecánico.

Una categoría para lo que todavía es desconocido

Casi todas las enfermedades físicas pueden clasificarse en alguna de estas pocas categorías. No obstante, a los lectores que no son médicos debe recordárseles que hay enfermedades realmente físicas del cuerpo cuya causa todavía se desconoce. Un ejemplo son las "neoplasias";¹ también la fiebre reumática y la corea, enfermedades muy difundidas, son de causa desconocida.

¹ Término general para designar el cáncer, o sea, el carcinoma, el sarcoma, y probablemente también el linfadenoma y la leucemia.

Esto no significa que probablemente a una enfermedad se la considere psicológica por el simple hecho de que aún no resulta clara su causa física; y esto es válido pese a que la fiebre reumática, y en especial la corea, a veces parecen ser la secuela de un choque emocional o de un estado de aguda zozobra.

Alergia

Más difícil es clasificar el conjunto de trastornos que se agrupan bajo el rótulo de "alergia". Los entusiastas de la alergia, o de la hipersensibilidad a diversos agentes (como el polen en la fiebre del heno), afirman que están en condiciones de explicar un amplio grupo de síntomas que, para la mayoría de los demás observadores, son principalmente psicológicos. Un ejemplo es el asma. El asma es una perturbación del funcionamiento corporal que presumiblemente puede ser provocada por una sensibilidad puramente física del músculo bronquial a una sustancia inhalada; no obstante, hay ataques de asma que son puramente psicológicos, como sabe muy bien cualquiera que haya tenido en observación estrecha a un niño con asma sometido a una psicoterapia diaria regular (como en un psicoanálisis). El asma es un buen ejemplo de un trastorno fronterizo, y es tan necesario recordarle al investigador psicológico que existe una predisposición física, y una relación entre el asma y el eccema infantil, como lo es recordarle al médico somático que la enfermedad es psicológica.

La alergia resulta ser una amplia anomalía respecto de los principios fundamentales, y la utilidad del término radica sobre todo en la descripción de los estados clínicos. Los trabajos sobre alergia que parecieron suministrar un abordaje promisorio de los trastornos del psique-soma condujeron a la psicología más bien que a la fisiología y a la bioquímica. No olvido que puede decirse que el asma es

generadora de trastornos psiquiátricos, aparte del problema de su causación en tal o cual caso, ya que es imposible que un niño o adulto sufra de asma (cualquiera sea su causa) sin quedar específicamente determinado por ella.

EFFECTOS DE LA PSIQUE SOBRE EL CUERPO Y SU FUNCIONAMIENTO

El desarrollo emocional sano le da sentido a la salud física del niño, del mismo modo que la salud física proporciona al niño un reaseguro que es muy valioso para su desarrollo emocional.

Las tensiones y sobrecargas del crecimiento emocional normal, como así también ciertos estados anormales de la psique, tienen un efecto adverso en el cuerpo.

La libertad respecto de los instintos promueve la salud corporal, y de ello se sigue que en el desarrollo normal, donde el control de los instintos es cada vez mayor, el cuerpo tiene que ser sacrificado en muchos momentos y la libertad respecto de los instintos es normalmente refrenada en el proceso de socialización del niño. El principio que hay que recordar es que si el conflicto psíquico es relativamente consciente, los instintos se manejan con autocontrol, y las soluciones de transacción entre sus exigencias y las de la realidad externa, la sociedad o la conciencia moral provocan el menor daño posible. Por otro lado, si el conflicto entre el impulso y el ideal del yo está en lo inconsciente reprimido, las inhibiciones, angustias y compulsiones resultantes son más ciegas, menos capaces de adaptarse a las circunstancias, y más dañinas para el cuerpo y para los procesos y funciones corporales.

El cuerpo de un niño puede soportar grandes tensiones, pero exactamente estas mismas tensiones, si continúan en la vida adulta, pueden desembocar a la postre en estados físicos irreversibles, como una hipertensión benigna, una

EL CAMBIO PSICOSOMÁTICO

úlcera de la mucosa de una parte del tracto digestivo, hipertiroidismo, etc.

En sus etapas posteriores, estos cambios físicos irreversibles, iniciados por un conflicto en la psique, necesitan ser tratados por el médico, el cirujano o el endocrinólogo, y esto es así *aun cuando* en esa fecha tardía se aplique con éxito una psicoterapia. Si se la hubiese administrado con éxito en una fecha anterior, la psicoterapia habría eliminado la necesidad de recurrir al médico o al cirujano.

4. EL CAMPO PSICOSOMATICO

Es a la pediatría, más que a la medicina aplicada a adultos, que debemos dirigirnos para elucidar los problemas de la psicósomática. Los niños ofrecen el mejor material para el estudio de las alteraciones en los tejidos y en el funcionamiento corporal asociadas a fenómenos psicológicos o secundarias a éstos.

La medicina psicósomática se ha convertido en una rama de la investigación y la práctica médicas, que infortunadamente ha cortado sus estrechos lazos con la psiquiatría, la medicina general y el psicoanálisis. Las razones de esto son las mismas que llevaron al uso de los términos "físico" y "mental" como si describiesen fenómenos opuestos. La naturaleza humana no es una cuestión de mente y de cuerpo, sino de psique y soma interrelacionados, donde la mente es como algo que florece al borde del funcionamiento somático.

Los trastornos del psique-soma son alteraciones del cuerpo, o del funcionamiento corporal, asociados con estados de la psique. La mejor manera de estudiar estas alteraciones es en el campo de la clínica pediátrica, no sólo porque en los niños las condiciones se presentan más simples sino también porque los estados de la psique adulta no pueden entenderse si no es por referencia a la niñez de los sujetos investigados.

La base de la psicósomática es la anatomía viva, a la que se denomina fisiología. Los tejidos están vivos y forman parte del animal total, y son afectados por los variados estados de la psique de dicho animal.

Las primeras complicaciones que deben estudiarse son los cambios fisiológicos correspondientes a la actividad y al descanso; luego, los correspondientes a las excitaciones locales y generales (estas últimas se caracterizan por las tres fases de preparación, clímax y recuperación). En el estudio de la excitación general no pueden estudiarse los tejidos con independencia de su relación con la psique total. Una vez aceptada la psique total, la fisiología se interesa por los cambios específicos del deseo y de la furia, y también del cariño, el temor, la angustia, el pesar y los demás afectos que son facetas de la fantasía elaborada, fantasía que es específica de cada individuo.

En toda esta labor, el estudiante del psique-soma se ocupa de la fantasía consciente e inconsciente que es, por decirlo así, la histología de la psique, la elaboración imaginativa de todo el funcionamiento somático específico del individuo. Si dos personas diferentes mueven un dedo, para el anatomista y el fisiólogo hay entre ambos sucesos una similitud esencial, mientras que el estudiante del psique-soma tendrá que añadir a la anatomía y a la fisiología de la acción el significado que ésta tiene para el sujeto, a raíz de lo cual la acción de mover el dedo es específica, en cada caso, del individuo que lo mueve.

Así pues, en algún punto la fisiología se confunde sin solución de continuidad con la psicósomática, que incluye la fisiología de los cambios somáticos asociados a las tensiones y sobrecargas de la psique. En primer lugar, están los controles inherentes al proceso de socialización, y luego los controles e inhibiciones patológicos asociados a la represión y a los conflictos inconscientes presentes en la psique.

Por último, en la psicósomática no puede suponerse una íntima asociación entre la psique y el soma; la psicósomá-

tica debe tomar en cuenta los estados, comunes e importantes a la vez, en que se desdibuja o se pierde esa conexión.

No puede efectuarse un estudio detallado de la pediatría psicósomática sino después de haber expuesto cabalmente el desarrollo emocional del individuo humano.

Se verá que para comprender estos trastornos, que en verdad constituyen un grupo clínico real aunque muy amplio, es preciso analizar cada clase y grado de trastorno psicológico e incluir los conflictos interiores inherentes a la vida, inherentes al manejo de los instintos y a la transacción individual con los impulsos propios de la gradual socialización de cada individuo humano.

En la salud, las tendencias principales de la pediatría psicósomática son dos: 1) salud física: su efecto sobre el funcionamiento y el desarrollo de la psique; 2) salud de la psique: su efecto sobre el desarrollo y la función física.

También en la mala salud hay dos tendencias: 1) mala salud física: su efecto sobre el desarrollo de la psique; 2) mala salud psíquica: su efecto sobre el desarrollo físico.

La comprensión de cualquiera de ellas procede del estudio de la persona en desarrollo físicamente sana, pues sólo sobre la base de la *ausencia de enfermedad física* puede realizarse un estudio tan complejo. Si se presume la ausencia de enfermedad corporal primaria, cabe examinar el gradual entretejido del cuerpo y la psique de una persona y formular ciertos principios básicos.

Se comprueba que el desarrollo emocional es normalmente penoso y está signado por el conflicto; a raíz de esto, el cuerpo debe padecer, aunque no existan enfermedades que sean primariamente físicas.¹ De esta manera, el trastorno psicósomático debe estudiarse a través de la psicología y a través de ver el efecto que tienen las perturbacio-

¹ Nota para la revisión: Asegurarse del sesgo de opinión: trastorno psicósomático con su sentido positivo de contrarrestar la fuga en

- lo intelectual
- los estados de despersonalización

nes de la psique sobre la parte corporal de la persona. Esa es la vía. A los médicos esto no les gusta: ellos quisieran aplicar directamente su conocimiento de la enfermedad corporal al trastorno psicossomático. Pero no es posible. La vía natural consiste en el estudio del trastorno psicossomático del niño (o adulto) libre de toda enfermedad o limitación física. Sólo después, cuando ya se ha comprendido el principio, pueden comprenderse las enfermedades del cuerpo y su efecto sobre la psique. Se verá que la medicina física es un territorio cuyas fronteras se mantienen artificialmente a fin de limitar las obligaciones del médico. La medicina física confluye naturalmente con la psicossomática.

La parte psíquica de la persona se ocupa de las relaciones internas del cuerpo, de las relaciones con el cuerpo y con el mundo externo. A partir de lo que podría llamarse la elaboración imaginativa del funcionamiento corporal de toda índole y la acumulación de recuerdos, la psique (que depende específicamente del funcionamiento cerebral) liga el pasado que se ha experimentado con el presente y el futuro previsto, confiere sentido al sentimiento que tiene la persona de su propio self, y justifica nuestra percepción de que en ese cuerpo hay individuo.

Al desarrollarse de este modo, la psique se convierte en algo cuya posición le permite relacionarse con la realidad externa, una cosa dotada de la capacidad de crear y de percibir la realidad externa; se convierte en un ser cualitativamente enriquecido, capaz de sobrepasar todo lo que pueda ser explicado por las influencias ambientales, y capaz no sólo de adaptarse sino también de negarse a adaptarse; se convierte en una criatura dotada de algo que se asemeja a una capacidad para elegir.

Nada de esto aparece automáticamente como fenómeno del crecimiento. Hay, sí, un elemento de crecimiento inherente, pero la temprana dependencia de un ambiente adaptativo es tan grande que este factor de crecimiento es avasallado. En el desarrollo del cuerpo se aprecia con más

claridad el factor del crecimiento; en cambio, en el desarrollo de la psique hay en todo momento la posibilidad de fallar, y en rigor no puede existir ningún crecimiento sin una distorsión debida a algún grado de falla de la adaptación ambiental.

El desarrollo psicossomático es un logro gradual que tiene su propio ritmo, y si al término madurez se lo despoja de toda referencia a una edad, entonces la madurez es salud y la salud es madurez. Es menester llevar a cabo el proceso íntegro de desarrollo, cada retardo o salto hacia adelante es una distorsión, y un apuro aquí o una demora allá dejan siempre una cicatriz.

Por lo demás, de nada sirve reñir respecto de la fecha en que comienza la pediatría psicossomática, o la propia naturaleza humana. La única fecha cierta es la de la concepción. Obviamente, la del nacimiento es una fecha conspicua, pero mucho sucedió antes, sobre todo si se trata de un niño posmaduro, y ya al nacer hay una individualidad tan llamativa que en un caso de bebés gemelos las enfermeras avezadas son conscientes de inmediato de una similitud excepcional. Hacia fines de la segunda semana de vida cualquier bebé ya cuenta con un montón de cosas enteramente personales. A la edad en que se vuelve relativamente sencillo disponer una adopción, cada bebé ha sido tan hondamente marcado por su experiencia efectiva que los padres que lo adoptan tienen con él un problema de manejo esencialmente distinto del que tendrían si el bebé fuera suyo y hubiera estado a su cuidado desde el principio.

Parte II

El desarrollo emocional del ser humano

INTRODUCCION

El examen preliminar de los alcances de la pediatría psicósomática no ha hecho sino mostrarnos la necesidad de comprender el desarrollo emocional del individuo. Del lado somático, el pediatra basa todo en la anatomía y la fisiología, y del lado de la psique tiene que haber una disciplina equivalente. La psicología académica no da la respuesta; la única respuesta se encuentra en la psicología dinámica, o sea, dicho en otras palabras, en el psicoanálisis.

Será indispensable ahora examinar el desarrollo del psique-soma que, con el funcionamiento de la mente, poco a poco se convierte en la persona individual consciente de sí misma, una persona que no sólo está relacionada con el ambiente sino que a la larga toma parte en el mantenimiento y re-creación de dicho ambiente. Se supondrá la ausencia de una enfermedad primariamente física hasta el momento, próximo al final, en que se considere oportuno incluir esta ulterior complicación. También se presumirá la dotación normal de tejido cerebral, ya que la deficiencia mental y la idiocia son defectos físicos que tienen consecuencias psicológicas secundarias. Deliberadamente mantendremos fuera de esta elucidación a la mente, en tanto y en cuanto ésta es lo que he llamado algo que florece al borde del psique-soma.

Sería lógico describir al ser humano en desarrollo desde la concepción y gradualmente avanzar a lo largo de la vida

intrauterina, el nacimiento, las etapas más primitivas y menos primitivas del desarrollo emocional, pasando revista al niño de 2 a 5 años* y al niño en el período de latencia, al adolescente, y llegando por último al adulto maduro listo para ocupar un sitio en el mundo, quien crece y también muere.

He escogido empezar con el período de la primera madurez, con el niño que se aproxima a los cinco años, etapa en que las relaciones interpersonales han llegado a tener pleno significado para él; y lo hice porque de este modo puedo dar por sentado que el lector tiene cierta familiaridad con la obra de Freud, que reconduce el origen de la enfermedad neurótica en los adultos a los conflictos que surgen en el individuo durante esta era.

A partir de una enunciación de la psicología dinámica de la niñez temprana iré cada vez más hacia atrás, hasta los desconocidos primerísimos momentos en que puede aplicársele al feto en el útero el nombre de "ser humano". Luego será posible avanzar desde allí para examinar las especiales características del período de latencia y de la adolescencia.

Así pues, mi exposición de la psicología dinámica se dividirá del siguiente modo:

- a) Las relaciones interpersonales y sus complicaciones concomitantes.
- b) El logro de una unidad personal y de la capacidad para preocuparse por el otro.
- c) Las tareas primitivas de cada niño y cada vez en menor medida (mientras el niño madura) forman:
 - 1) Integración del self.
 - 2) *Modus vivendi* psicossomático.
 - 3) Contacto con la realidad a través de la ilusión.

33 * "Toddler": habitualmente, este vocablo designa al niño en la etapa de "deambulación", cuando empieza a caminar; como se verá luego, Winnicott lo empleaba con un sentido más amplio, para referirse al niño de 2 a 5 años de edad. (T.)

Solicitaré del lector, que al leer una parte cualquiera de mi enunciación, recuerde que se han excluido las demás partes de forma deliberada, sin haberlas olvidado. El lenguaje empleado en una parte no es correcto para otra.

Esta disección de las etapas del desarrollo es un procedimiento sumamente artificial. De hecho, el niño humano está presente todo el tiempo, en todas las etapas, por más que pueda decirse que prevalece una de éstas. Las tareas primitivas jamás se completan, y a lo largo de la niñez ese carácter incompleto plantea un desafío a los padres y educadores, aunque originalmente pertenecen al ámbito de la puericultura. De manera análoga, el peso con que debe cargar la psique en el pasaje de la crueldad a la preocupación por el otro y en el momento en que se tiene la capacidad de unir pasado, presente y futuro interesa muchísimo a los padres y educadores de niños de toda edad, aunque inicialmente esos temas corresponden a quienes atienden al bebé que está a punto de poder ser "destetado", de poder hacer frente a la pérdida sin perder del todo aquello que (sólo en un cierto sentido) se pierde.

Curiosamente, al lector de un libro de psicología son estos problemas de los inicios, más que el tema de mi primera sección, los que más le interesan. Los trastornos posteriores del niño más maduro, que ya ha llegado a las complicaciones y enriquecimientos de las relaciones interpersonales, son por su naturaleza cuestión de la preocupación privativa de parte de su dependencia. A un padre o educador le resulta enloquecedor y poco útil que se le diga (por correcto que esto sea) que el síntoma de un niño deriva de la represión, que la causa de su perturbación neurótica es algo que pertenece en esencia al inconsciente, y que lo único que puede hacer es mandar al niño a psicoterapia —la cual, de todos modos, probablemente no esté a su alcance o sea demasiado cara.

Por lo tanto, no es una mera "resistencia" de los padres y maestros lo que los vuelve impacientes con respecto a las

verdades formuladas en términos del complejo de Edipo. Estos hechos (que corresponden principalmente a la primera sección de mi descripción) tienden a hacer sentir impotente a la gente. ¿Qué puede hacer? En contraste con ello, las necesidades de un niño que son residuos de su infancia plantean a los padres y maestros problemas que están en condiciones de abordar, poniendo el acento en tal o cual aspecto del cuidado corriente y la educación del niño.

Sea como fuere, concedamos que la comprensión de lo que sucede dentro del niño de 4 años puede ser útil aun cuando ningún proceder de parte del adulto que lo tiene a su cargo pueda curar el síntoma que presenta. La comprensión del niño humano es deficiente si se detiene en los límites de las tareas y necesidades propias del bebé. Para un niño que está pasando por las agonías del complejo de Edipo es valioso, por cierto, ser comprendido, aunque esa comprensión se traduzca sólo en simpatía y no en una acción útil.

1. RELACIONES INTERPERSONALES

PRIMERA PARTE DE LA ENUNCIACION

La primera parte de este estudio de la psicología humana, la que se ocupa de las relaciones interpersonales, deriva de forma directa de los conocidos trabajos de los últimos cincuenta años que se basan en el tratamiento de la neurosis. Las ideas proceden casi enteramente de Freud o de los que aplicaron su método, que él llamó psicoanálisis. Todo lo que yo pueda decir ya ha sido enunciado en la vasta bibliografía disponible; empero, no puedo eludir enunciarlo en mi propio lenguaje, de modo tal que el lector obtenga una revisión del tema en su conjunto, realizada por una misma persona.

Esta parte de la teoría psicoanalítica es la que dan por sentada todos los psicoanalistas, la que permite que analistas que tienen concepciones muy divergentes acerca de los modernos avances de la teoría y la práctica se sientan unidos en lo fundamental; y así el Instituto de Psicoanálisis, integrado como lo está por todos los psicoanalistas, puede establecer y poner en práctica un esquema de formación en este país, y capacitar para el ejercicio del psicoanálisis. Existe esta base teórica que puede impartirse a los estudiantes antes de ser introducido a cuestiones que constituyen, más claramente, problemas de investigación.

El propio Freud se ocupó de casi todos los aspectos de las relaciones entre personas totales, y en verdad hoy es muy difícil hacer nuevas contribuciones, salvo mediante una enunciación distinta de lo que ya es aceptado. Freud hizo por nosotros la desagradable tarea de señalarnos la realidad y la fuerza de lo inconsciente, aproximándonos al dolor, la angustia, el conflicto que invariablemente yacen en la raíz de la formación del síntoma, y exponiendo también —arrogantemente si era necesario— la importancia del instinto y la significación de la sexualidad infantil. Cualquier teoría que niegue o soslaye estas cuestiones carece de utilidad.

La idea del niño en desarrollo domina, y es correcto que así sea, la enseñanza de la psicología infantil, estando entremezclada la idea del desarrollo emocional con el crecimiento del cuerpo. A causa de ello, nunca es provechoso estudiar en psicología la *situación actual*; como ocurre en la historia, la situación actual en un momento cualquiera tiene, como inherentes a ella, un pasado y un futuro. Esta es una observación de fundamental importancia, y siguiendo este principio los psicoanalistas han roto los grillos que los maniataban a la psicología académica, a la psiquiatría del hospital neurosiquiátrico y a la medicina general.

La presente formulación de la psicología del niño pequeño da por sentado un desarrollo sano con anterioridad al momento en que puede decirse: el niño es ahora un ser humano total, relacionado con seres humanos totales. Sabemos que es algo artificial dar tanto por sentado. Sabemos asimismo que no existe ningún momento temporal en el que se aplique súbitamente tal descripción. Toda etapa del desarrollo se alcanza y se pierde, se alcanza y se pierde otra vez; sólo poco a poco el logro de una etapa del desarrollo se vuelve un hecho, y sólo en ciertas condiciones, que gradualmente dejan de tener vital importancia pero quizá nunca la pierdan por completo. Pero es imprescindi-

ble formular este supuesto de un éxito evolutivo previo. Lo más complejo debe desarrollarse a partir de lo más simple.

Sería absurdo pretender que al niño sano se lo puede comprender completamente sobre la base de un estudio de la neurosis y sus orígenes en la niñez; no sería tan absurdo pretender que un buen modo de estudiar al niño sano, *suponiendo un desarrollo sano en su infancia*, es mediante la comprensión de la formación del síntoma de tipo neurótico. La razón reside en que las defensas organizadas en la neurosis señalan el camino hacia la angustia que no sólo subyace en el síntoma neurótico sino que además da fuerza y carácter a las manifestaciones de la salud.

En el análisis de adultos, el origen de los síntomas neuróticos puede reconducirse regularmente a la época de tensión y sobrecarga del período previo a la latencia, cuando el adulto era un niño de 2 a 5 años. Pasamos a ocuparnos, entonces, del niño de esta edad para obtener nuestras primeras vislumbres de lo que ocurre en el curso del desarrollo emocional.

Para complicar este procedimiento podría utilizarse una argumentación basada en extremos teóricos. En un extremo está la infancia perfecta, base de una niñez perfecta, libre de perturbaciones neuróticas. En el otro extremo, una infancia distorsionada, con distorsiones que tornan imposible en cualquier etapa posterior un crecimiento normal o sano. Cabría preguntar: ¿dónde está, entonces, el niño que edifica defensas de tipo neurótico? Entre ambos extremos, y muy comúnmente, nos encontramos con niños pequeños relativamente sanos que tienen cierta propensión a la enfermedad neurótica pero pueden mantenerla bajo control mediante un manejo apropiado, y también con niños pequeños muy propensos a la enfermedad neurótica que ciertamente no saldrán adelante sin alguna organización sintomática pero, pese a ello, parecerán sanos. Estos últimos dependen en especial de contar con un ambiente emocional continuo y estable. Debe agregarse que entre ellos y los

niños ubicados en la categoría a la que se rotula "psicóticos" están otros que presentan una enfermedad engañosamente neurótica pero que, al ser sometidos a un tratamiento, muestran un trastorno tan grande y fundamental del desarrollo emocional infantil que gradualmente se ve la conveniencia de hablar de psicosis.

INFANCIA	2-5 AÑOS
1. Infancia perfecta	— vuelve improbable que haya en esta etapa distorsiones neuróticas.
2. Infancia imperfecta	— es la base de la angustia neurótica
3. Desarrollo infantil distorsionado	— vuelve probable la perturbación neurótica
4. Desarrollo infantil distorsionado	— capa neurótica de carácter psicótico que se revela en el curso de la psicoterapia o en períodos de "derrumbe"
5. Desarrollo infantil distorsionado	— la salud que brinda en esta etapa es insuficiente para que aparezca una enfermedad de tipo neurótico, o sea, la psicosis infantil ya es un hecho.

Se entiende que los factores hereditarios obran en toda esta clasificación, perturbando y distorsionando cualquier pulcritud que pudiera filtrarse.

El bebé relativamente sano (maduro para su edad) pasa a la etapa de ser una persona total consciente de sí misma y de los otros. En la vida cotidiana de un niño así hay muchísimas cosas que aquí debemos pasar por alto porque corresponden a la persistencia de lo infantil (de todas las etapas), y por ende no es lo que estamos examinando ahora.

LA FAMILIA

En la mayoría de las culturas, al llegar el niño a la etapa del desarrollo en que es capaz de apreciar en un mismo instante la existencia de tres personas —su self y el de otras dos—, cuenta con un medio familiar que le ha sido provisto. Dentro de la familia, el niño puede avanzar paso a paso de la relación triangular a otras relaciones de todos los grados de complejidad. Es el triángulo simple el que presenta las dificultades y la plena riqueza de la experiencia humana. En el medio familiar los padres pueden asimismo ofrecerle continuidad en el tiempo, tal vez desde la concepción misma del niño hasta el final de la dependencia que caracteriza el término de la adolescencia.

INSTINTO

La clave de una niñez temprana sana (con las reservas que hicimos sobre los residuos infantiles importantes) es el Instinto, razón por la cual se hace necesario un estudio atento del instinto y su desarrollo.

Se denomina instinto [*instinct*] a las poderosas mociones [*drives*] biológicas que van y vienen en la vida del bebé y el niño, y que demandan una acción. Las agitaciones del instinto llevan al niño, como a cualquier otro animal, a prepararse para una satisfacción del instinto pleno cuando éste alcanza eventualmente un apogeo o clímax en su demanda. Si en ese apogeo de la demanda puede dársele satisfacción, hay una recompensa de placer y también un temporario alivio del instinto; una satisfacción incompleta o inoportuna tiene como resultado un alivio incompleto, un malestar y la falta del tan necesario período de descanso entre las sucesivas oleadas de la demanda.

En esta formulación, el tipo de demanda instintiva no introduce demasiadas diferencias, como tampoco las hay entre los seres humanos y los animales. No es menester

que entremos a discutir aquí la clasificación de los instintos, ni a resolver si hay un solo instinto o si hay dos o quizá múltiples instintos. Nada de esto es pertinente.

En el bebé y el niño humanos hay una ELABORACIÓN IMAGINATIVA de todo el funcionamiento corporal (suponiendo que exista un cerebro en funcionamiento); y esto es mucho más válido para los niños que para el más interesante de los animales, a punto tal que *jamás* puede hacerse extensiva una argumentación de la psicología animal a la humana con cierta seguridad. Por tal motivo la psicología animal puede ser en verdad engañosa si no se la aplica con cuidado a la consideración de los problemas humanos.

Al examinar la excitación instintiva, es útil tomar en cuenta la función corporal más intensamente involucrada. La parte excitada del cuerpo puede ser la boca, el ano, el tracto urinario, la piel, tal o cual parte de los genitales masculinos o femeninos, la mucosa nasal, el sistema respiratorio, la musculatura en general o las cosquillosas ingles o axilas.

La excitación es local y general, y puede afirmarse que la excitación general contribuye por un lado al sentido que tiene el niño de ser un ser total, y por otro depende del grado en que haya alcanzado la integración en el curso del desarrollo.

Casi en cualquier punto puede llegarse a alguna clase de clímax, pero más concretamente esto sucede en ciertas partes del cuerpo.

Se comprueba que prevalecen ciertas organizaciones de la excitación y que la elaboración imaginativa de todas las excitaciones tiende a ser función del tipo de instinto predominante. Resulta bastante obvio que para un bebé pequeño lo predominante es el sistema de ingestión, y suele aceptarse que el *erotismo oral* coloreado por ideas de tipo oral es una característica de la primera etapa del desarrollo instintivo.

(Debe recordarse que todas las demás cosas que podrían

decirse sobre los bebés no se dicen en esta etapa por una decisión deliberada, a los fines de que la exposición sea más clara.)

Hay durante la infancia una progresión de los tipos de instintos que culmina en el predominio de la excitación genital erótica y la fantasía característica del niño de 2 a 5 años plenamente desarrollado en todos los niveles infantiles. Entre la primera etapa, o etapa oral, y la última, o genital, hay una experiencia variable de otras funciones con el desarrollo de la fantasía concomitante. Las funciones anales o uretrales, con su correspondiente fantasía, pueden predominar de forma transitoria o llegar a hacerlo de forma permanente, determinando por anticipado así el tipo de carácter.

Hay una progresión de predominio instintivo según la función involucrada y también según la fantasía:

Pregenital
Fálica
Genital

Primero, el bebé con toda suerte de excitaciones, y quizás una excitación general localizada, pero no todavía una fantasía de carácter genital. Aquí el varón y la mujer no son necesariamente disímiles.

Segundo, una etapa intermedia en la que el genital masculino es el tema central, con su erección y su sensibilización periódica. Aquí el estado femenino se define por la negatividad, y la existencia de esta etapa marca la división de los caminos que seguirán el bebé varón y la niña.

Tercero, el estadio genital, en el cual la fantasía se ha enriquecido hasta incluir todo aquello que en la adolescencia reaparece como acción masculina y femenina (penetrar, ser penetrada; fecundar, ser fecundada; etc.).

En una época se consideraba que esta idea de la progresión de lo pregenital a lo fálico y a lo genital podría ser

aplicable en los estadios tempranos, de modo tal que la etapa pregenital a su vez se dividía así:

pregenital	oral	oral erótica (chupar)
		oral sádica (morder)
	anal	anal erótica (defecación)
		anal sádica (control)
	siendo	
		la erótica uretral y la erótica sádica
		una alternativa variable

Incluso se llegó a proponer una ulterior división de las etapas (Abraham). Sería insensato, por cierto, echar por la borda todos estos trabajos sobre la teoría de la vida instintiva infantil, pero ahora a mí me es necesario tomar en cuenta trabajos posteriores y sus efectos sobre esta parte de la teoría, pese a que por el momento excluiré deliberadamente otras modalidades de exposición.

Las objeciones son las que siguen:

1) No hay certidumbre de que la fantasía de actividad oral sea al principio erótica (o sea, sin sadismo, o preambivalente) y luego sádica, destructiva y ambivalente, por así decir. Mejor es afirmar que es el bebé el que cambia, siendo al principio cruel y volviéndose luego preocupado por el otro. La ambivalencia está vinculada a cambios en el Yo del bebé, más que al desarrollo del Ello (o del instinto).

2) La etapa anal es extremadamente variable y por ende no cuadra darle un estatuto equivalente al de las etapas oral y genital. Por ejemplo, en el caso de un bebé la experiencia anal es la erótica asociada con la defecación en el momento de excitación; en el caso de otro, hay un erotismo oral desplazado en la experiencia receptiva anal, quizás a raíz de manipulaciones anales; en el de un tercero, el principal elemento es el control, ya sea por el

control de esfínteres o por un dolor anal (fisura) o una privación (pérdida del lugar apropiado para defecar).

3) En la experiencia anal, como en la uretral, predomina la idea de la excreción de materia, y esta materia tiene una prehistoria; ha estado dentro del cuerpo, y fue en sus orígenes un producto colateral de la experiencia oral. Por consiguiente, la experiencia anal (y uretral) es mucho más que un estadio en el crecimiento del Ello, hasta tal punto que no puede clasificarse exactamente ni asignarle un momento cronológico preciso. No obstante, es suficientemente válido que dentro de la categoría del crecimiento del Ello llamada pregenital, la condición oral antecede a las diversas condiciones anales (y uretrales).

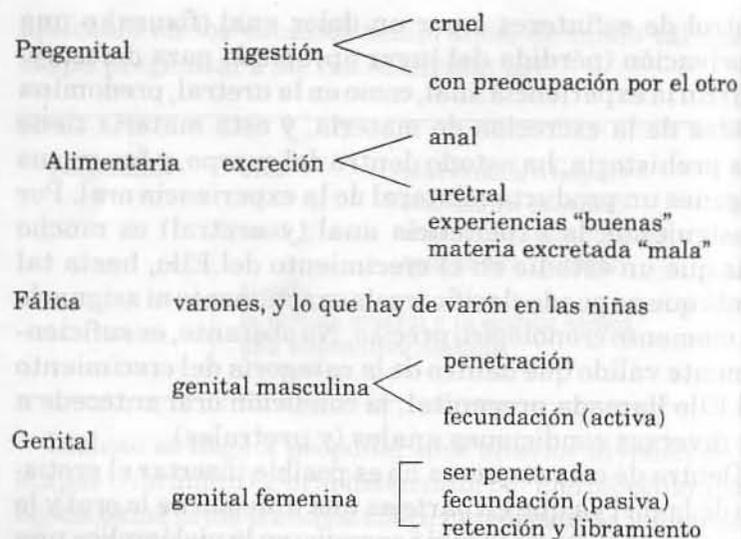
Dentro de este esquema no es posible insertar el erotismo de la piel ya que en parte es una difusión de lo oral y lo anal y uretral, y un hincapié excesivo en la piel implica una sobra del Yo, que no analizaremos en esta parte de mi exposición.

En estas cuestiones el lector debe formarse una opinión personal, luego de aprender lo que se le enseña en la medida de lo posible a la manera histórica, que es la única manera en que la teoría de un momento cualquiera se vuelve inteligible e interesante.

Personalmente prefiero por su utilidad el diagrama de la página siguiente, que sin embargo no se ajusta a lo que estamos tratando, pues va más allá del crecimiento del Ello y abarca el desarrollo del Yo.

Como se aprecia, el aspecto femenino de la naturaleza humana invoca lo pregenital de un modo que no necesita hacerlo el aspecto masculino en las fases de la experiencia genital madura.

Esta tentativa de clasificar los instintos pregenitales tiene algo intrínsecamente insatisfactorio, vinculado con el hecho de que estamos intentando retrotraernos a la infancia a partir de los 2 a 5 años de edad, y no considerar al bebé. Pero por ahora lo hacemos adrede. Procuramos



constreñirnos a la tarea de examinar al niño de más de 2 años que ha pasado su infancia sano y se halla ocupado por experiencias instintivas de tipo genital, reparando en que el tipo de instinto genital surge a partir del pregenital y muestra huellas de su herencia en la salud, así como distorsiones relacionadas con dicha herencia en la mala salud.

En la elaboración imaginativa de las funciones genitales se evidencia la permanente importancia de lo pregenital; empero, probablemente sea factible establecer una neta distinción entre la fantasía de la experiencia de lo fálico y lo genital, respectivamente, en el varón (y en lo que hay de varón en las niñas). En la primera fase lo importante es el hecho de la erección, siendo la idea que ahí hay algo importante cuya pérdida sería terrible. La erección y la sensibilización vienen ora en relación directa con una persona activamente amada, ora con ideas de rivalidad, permaneciendo la persona amada en el trasfondo. En la

segunda etapa fálica hay un objetivo más franco en la penetración y fecundación, y es probable que el objeto de amor sea una persona real. Hasta qué punto esa persona es vista objetivamente es otra cuestión, cuyo examen debemos dejar para más adelante.

Se apreciará que en la fase fálica el desempeño del niño (alardes) armoniza con la fantasía, mientras que en la fase genital el desempeño del niño es deficiente, y debe esperarse (hasta la pubertad, según sabemos) para adquirir la capacidad de actuar el sueño. Esta es una distinción importante, ya que implica que en la fase genital el Yo del niño puede hacer frente a una enorme cantidad de frustraciones. El temor a la castración del padre rival es bienvenido como alternativa frente a la agonía de la impotencia.

Se advertirá de inmediato que la fase genital reúne en sí gran parte de lo pregenital, y también mucho que no puede describirse en los términos que ahora hemos adoptado de modo deliberado; pero aquí lo que importa es que la erección sobreviene como parte de una relación y le están asociadas ideas de provocar cambios irreversibles en el cuerpo de la persona amada.

El desarrollo de las ideas del niño pequeño sobre la vagina es muy afectado por la pauta cultural. La idea que el varón tiene de la vagina se la dan sus propios deseos orales (y anales), y también algo que corresponde exactamente a la sensación y al anhelo vaginales, respecto de lo cual parece existir en los varones el deseo concomitante aunque esté ausente el orificio efectivo.

En el caso de las niñas hay, en medida mucho mayor que en los varones, un apuntalamiento en lo pregenital, en tanto que lo plenamente genital y el embarazo, y la capacidad para la lactancia son aún asunto de un futuro distante, excepto en el sueño y en el juego. Esto se asocia con una capacidad para la identificación con la madre y la mujer, y en las culturas que proporcionan esta temprana

capacidad de identificación (manera de ponerse en cuclillas, etc.) parece estar ausente "el varón que hay en la niña". Pero lo masculino está siempre presente en lo femenino y es importante, dando por resultado una secuencia de ideas que pueden transmitirse en las siguientes palabras:

Tengo un pene. Por supuesto que me crecerá un pene. Tuve un pene, ahora sufrí un trauma (castigo por la excitación). Usaré un pene valiéndome de otra persona, dejaré que un varón actúe por mí. Dejaré que un varón me use. De este modo compenso la deficiencia pero reconozco la dependencia respecto del varón para estar completa.¹ A través de esto descubro mi verdadero genital femenino.

Puede así la niña llegar, en la adolescencia o la adultez, a ser capaz de ser una mujer; pero esta ruta es precaria, ofrece muchas oportunidades para que el desarrollo siga una vía homosexual, etc. Con esta forma de describir la sexualidad femenina, uno se da cuenta de que hay una gran cabida para la infelicidad y la congoja en las niñas pequeñas, quienes simplemente se sienten inferiores cuando sus hermanitos alardean y procuran compensar su inferioridad usando todo su cuerpo como representante del falo, o convirtiendo a su muñeca en un falo en vez de convertirla en un bebé.² No obstante, son inestables todas las soluciones que dan por sentada la pérdida de un pene en la niña o la supremacía del varón en virtud de su falo.

Nuestra cultura tiende a fomentar esta creencia, sobre todo al no asignar un nombre y una importancia particular a la boca genital de la niña pequeña. En verdad, no hay ninguna palabra inglesa que designe el genital masculino, pero hay innumerables términos de uso corriente en las

1 En la fase fálica el varón es completo, en tanto que en la genital depende para su completamiento de la mujer.

2 Nota para la revisión: Debe comunicarse la correspondiente envidia masculina de lo femenino.

guarderías,³ donde, sin embargo, por lo general no existe el reconocimiento verbal de la vagina.

La identificación imaginaria con el varón enriquece la apreciación que hace la niña de la función del hombre y a la larga fortalece su relación personal con el hombre que ha escogido.

En el análisis de la neurosis en la mujer es sin duda necesario el pleno reconocimiento de la envidia del pene. Puede ser difícil aprehenderla allí donde más poderosamente opera. Puede ser mayor la dificultad en el caso de una mujer que carece por entero de toda conciencia de su envidia del pene al comienzo del tratamiento, tiene una sexualidad femenina muy desarrollada basada en el funcionamiento genital, y quizás se ha permitido ser una esposa satisfactoria y tiene hijos y hasta nietos, tal vez.

La envidia del pene, como moción poderosa en niñas y mujeres, no puede soslayarse, pero pese a ello hay sin lugar a dudas una sexualidad y una fantasía femeninas básicas que se inician en la muy temprana infancia. Es probable que la vagina se vuelva activa y excitable en asociación con la lactancia en el curso de la infancia y con las experiencias anales, y el verdadero funcionamiento genital femenino tiende a permanecer oculto, si no secreto. A veces se exagera el elemento de erotismo genital (como en la masturbación compulsiva que puede estar asociada con una deprivación aun a muy temprana edad, y llegar a producir una marcada hipertrofia de la vulva), pero normalmente la fantasía típica es la de recolección, secreto y ocultamiento. En términos anales, hay una renuencia a separarse de las heces, y en términos urinarios, una tendencia a la retención; pero en términos genitales las ideas encuentran su

3 Sin embargo, sería equivocado suponer que esto no es más que una neurosis cultural. Una cultura en la que se le posibilita a la niña pequeña conocer la función de la mujer desde una edad muy temprana no es por ello, necesariamente, la más amigable para la niña.

más cabal expresión a través de la identificación con la madre o con niñas mayores, capaces de experimentar y concebir. El juego de la niña pequeña, en la medida en que sea verdaderamente femenina, es de un tipo tal que muestra su tendencia al quehacer materno, y su funcionamiento genital efectivo no es tan evidente como el del varón (tanto en los varones como en las mujeres). Por otro lado, el sueño o el juego masculinos son más dañinos que los femeninos.

El juego ¿Eres capaz de guardar un secreto? corresponde típicamente al aspecto femenino de la naturaleza humana, así como la pelea y el meter cosas en agujeros corresponde al aspecto masculino. Si una niña no es capaz de guardar un secreto, no puede quedar embarazada. Si un niño no sabe pelear o empujar un trencito hasta hacerlo pasar por el túnel, no puede fecundar deliberadamente. En los juegos de los niños pequeños tenemos una vislumbre de la elaboración imaginativa de sus funciones corporales predominantes, especialmente en un tratamiento analítico, donde entramos en contacto muy íntimo con la realidad psíquica del niño a través de su juego y su lenguaje.

Los lectores de la bibliografía psicoanalítica pueden fácilmente impacientarse si toman una formulación cualquiera de la teoría psicoanalítica y la tratan como un pronunciamiento definitivo, que jamás podrá modificarse. La teoría psicoanalítica se está desarrollando permanentemente, y debe desarrollarse por un proceso natural parecido al de la situación emocional del ser humano que está en estudio. No hay mejor ejemplo de la necesidad de adoptar una perspectiva histórica en la lectura de la teoría psicoanalítica que el vinculado a las raíces tempranas de la genitalidad femenina.⁴

El estudio de las psiconeurosis muestra que es imposible sortear la envidia del pene y la fantasía del "varón

4 Véase Jones, Ernest, "The Early Development of Female Sexuality" (1927), y Freud, Sigmund, *Female Sexuality* (1931).

castrado" en cualquier enunciación acerca de la niña en desarrollo; no obstante, un par de décadas atrás, a partir de un examen de la bibliografía podría haberse conjeturado que en la teoría psicoanalítica no había cabida para ninguna otra clase de formulación sobre la genitalidad femenina que aquella según la cual la mujer es un hombre castrado.

Lo cierto es que el tipo de enunciados sobre la progresión en el crecimiento del Ello que hemos intentado en esta sección se adecua más a la descripción del elemento masculino que a la del femenino. La función y fantasía femeninas derivan en mayor medida de raíces pregenitales, y quizá sea más dable incluir a la niña individual en la categoría *mujer* que incluir a los varones en la categoría *hombre*.⁵ Por otra parte, para describir la sexualidad femenina es menester estar familiarizado con la fantasía en desarrollo de la niña sobre el interior de sí misma y de su madre, y esto corresponde a otra modalidad de exposición, que intentaremos bajo el título de "la posición depresiva en el desarrollo emocional". Por estas razones, cualquier enunciación que aquí hagamos sobre la sexualidad femenina será menos completa, como descripción de las niñas, que una enunciación de la sexualidad masculina como descripción de los varones.

Queda en pie, empero, que en la salud, en algún momento alrededor del año y medio o los dos años de edad, la niña pequeña, al igual que el niño pequeño, alcanza un estadio que merece ser descrito en función de las relaciones interpersonales, en el que participan los instintos que han

5 Pienso que las tres mujeres que aparecen en los mitos y sueños no tienen su contrapartida exacta en tres hombres. En la idea del coito, cada hombre es específicamente él mismo en ese momento, en tanto que en el caso de la niña la unidad no es, en cierto sentido, una niña sino un trío: bebé femenina, novia con velo y mujer vieja. Este es en sí mismo un tema muy amplio, que no sería apropiado estudiar aquí.

pasado ya por las fases pregenitales y se han vuelto genitales tanto en lo tocante a su localización corporal como a su fantasía típica. La niña pequeña, cuando es excitada genitualmente, piensa en un hombre, y lo que desea genitualmente es su pene.

Lo femenino en el varón (lo mismo que lo masculino en él) es asimismo fundamental, aunque variable de acuerdo con la herencia, las influencias ambientales pertenecientes al entorno personal y la pauta cultural más general. Debe diferenciarse la capacidad del niño pequeño para identificarse con la mujer respecto de lo que atañe a la genitalidad femenina, y su capacidad para identificarse con la mujer en su rol de madre. Esto último es más aceptable que lo primero en nuestra cultura; es también menos perturbador para la genitalidad masculina del individuo, pues concierne al tipo de fantasía más que a la localización de la función corporal.⁶

Suele aceptarse que todos los seres humanos son bisexuales, sobre todo en lo que atañe a la fantasía y a la capacidad de identificación. El factor principal que determina la forma como crece un niño es el sexo de la persona de la que está enamorado a la edad crítica, vale decir, en el período que estamos considerando, posterior a la infancia y anterior al período de latencia. Es extremadamente conveniente que la sexualidad de un niño se desarrolle sobre todo siguiendo los lineamientos de su dotación corporal, o sea, cuando el varón es principalmente masculino y la niña principalmente femenina. Sin embargo, la sociedad sale muy beneficiada si puede tolerar lo homosexual junto a lo heterosexual en el desarrollo emocional de los niños. Una fuerte identificación del varón con su madre, y aun su afeminamiento, puede ser valioso si en otros aspectos el

6. *Nota para la revisión:* Asegurarse de que sea claro respecto de la homosexualidad normal y el erotismo oral desplazado al ano en la homosexualidad (manifiesta).

desarrollo del carácter es satisfactorio. Una cierta machonería en las niñas no sólo es tolerada sino que es prevista y apreciada.

RELACIONES AMOROSAS

Podemos hacer ahora un examen de los demás fenómenos que caracterizan esta etapa del crecimiento.

La base de todo es el amor que surge entre el niño y las demás personas, a las que gradualmente va percibiendo como tales, aunque esto no signifique que sean objetivamente percibidas de forma plena. Algunos niños llegan a conocer tempranamente a las personas tal como son, en tanto que otros son más subjetivos y rara vez ven, salvo en la medida en que están dispuestos a imaginar. El niño más subjetivo corre menos riesgo si la figura materna cambia; el niño menos subjetivo se ve beneficiado por la apreciación de las cualidades reales de diversas personas, pero arriesga más y ha de sufrir más severamente las pérdidas.

Si se concibe la salud como una ausencia de enfermedad neurótica (se presume la ausencia de enfermedad psicótica), ella se establece en el manejo de las primeras relaciones triangulares, cuando el niño es impulsado por los instintos recientemente establecidos de carácter genital, característicos del período que va de los 2 a los 5 años. Así interpreto, personalmente el complejo de Edipo freudiano para los varones y lo que pueda corresponderle a las niñas (complejo de Edipo invertido, complejo de Electra, etc.). Creo que algo se pierde si se aplica la frase "complejo de Edipo" a etapas previas, en las que sólo están envueltas dos personas y la tercera persona u objeto parcial está internalizado, es un fenómeno de la realidad interna. No veo qué valor puede tener el uso de la expresión "complejo de Edipo" cuando una o más personas de ese trío son objetos parciales. Al menos para mí, en el complejo de Edipo cada uno de los tres integrantes del triángulo es una persona total, no

sólo para el observador sino también, y particularmente, para el niño.

De esta manera, la frase "complejo de Edipo" tiene valor económico para describir la primera relación interpersonal gobernada por los instintos. Se incluyen tanto la fantasía como el funcionamiento corporal. En la fantasía, la finalidad es la unión sexual de madre e hijo, que involucra la muerte —la muerte del padre—. El castigo sobreviene en la forma de la castración del niño representada simbólicamente, como lo estaba en el mito antiguo, por la ceguera. La angustia de castración es lo que le permite al niño continuar viviendo, o concederle la vida al padre. La castración simbólica trae alivio, y la ceguera del mito transmite la idea de lo que hoy llamamos "inconsciente reprimido". Con su castración y padecimiento, el niño a la postre logra su liberación psicológica, mientras que si hubiera sido muerto no habría padecido y no estaría en condiciones de llegar a una solución, de modo tal que la tragedia habría sido fútil o improductiva, una mera dramática.⁷

Es prudente no apoyarse en demasía en el mito de Electra, ya que antes hay que preguntarse: ¿se lo incorporará para ilustrar la sexualidad femenina que se desarrolla en forma masculina, con la envidia del pene y el complejo de castración como temas centrales, o la que se desarrolla más directamente a partir de la identificación y la rivalidad con la madre, así como de la elaboración imaginativa del funcionamiento del órgano genital específicamente femenino? Si hay que encontrar un término, el de "complejo de Edipo invertido" es menos perjudicial, ya que lo único que afirma es que para la niña hay un camino opuesto, dejando librada a la imaginación todo lo que el desarrollo de esta temática pueda contener.

Así pues, el complejo de Edipo es la descripción de un logro

⁷ El Edipo llega a la postre, en el mito, a...

de la salud. La mala salud no corresponde al complejo de Edipo sino a la represión de ideas e inhibiciones de funciones derivadas del penoso conflicto que se expresa en el término ambivalencia —por ejemplo, cuando un niño comprueba que odia, quiere matar y teme al padre que ama y en el cual confía, porque está enamorado de la esposa de su padre—. Un niño sano y es feliz el niño que llega exactamente a esto en su desarrollo emocional y físico cuando la familia se mantiene intacta, y puede ser atendido en las situaciones embarazosas en primer lugar por sus padres, a quien él conoce bien, que toleran sus ideas, y cuya interrelación con él es lo bastante sólida como para no temer la tensión que los amores y odios del niño imponen a sus lealtades familiares.

Cuando se alcanza esta etapa de una manera relativamente abierta (presumiendo que en las etapas anteriores haya habido un desarrollo sano), el niño puede acceder a los más tremendos sentimientos humanos sin una organización excesiva de sus defensas contra la angustia. Pero defensas siempre habrá, y ellas dan lugar a la aparición de síntomas. Los síntomas neuróticos son organizaciones defensivas contra la angustia —en rigor, contra la angustia de castración, la angustia que procede de los deseos de muerte inherentes al complejo de Edipo—. Lo anormal apunta a lo normal.

2. EL CONCEPTO DE SALUD CUANDO SE UTILIZA LA TEORIA DE LOS INSTINTOS

Ya hemos alcanzado una posición desde la cual podemos atisbar la naturaleza del niño pequeño, el significado de la salud y los diversos factores, tanto internos como externos, que complican por su propia índole el proceso básico del desarrollo continuado.

ELABORACION IMAGINATIVA DE LA FUNCION

La base de un desarrollo sano es el crecimiento corporal, así como el cambio que sobreviene en el funcionamiento de los órganos del bebé a medida que avanza en edad; esto trae consigo un desplazamiento del énfasis, como el pasaje del predominio alimentario al genital. La elaboración imaginativa del funcionamiento corporal se organiza en una fantasía que está determinada cualitativamente por la localización corporal pero es específica de cada individuo, a raíz de su herencia y experiencia. Según que el acento recaiga en la ingestión o la excreción, o en la excitación genital, la preparación para la experiencia orgiástica depende del tipo de fantasía que prevalezca en el momento del clímax, ya se trate de un orgasmo o de una [experiencia] orgiástica.

Debe considerarse que la elaboración imaginativa de la

función existe en todos los grados de proximidad respecto del funcionamiento físico mismo y en todos los grados de distancia respecto del orgasmo físico. La palabra "inconsciente", según uno de sus significados,¹ se refiere a una fantasía casi física, la menos accesible a la conciencia. En el otro extremo de la escala está el percatamiento del propio self y de la capacidad personal para la experiencia orgiástica o funcional. No pretendo ser capaz de enunciar esto de forma satisfactoria. Como se recordará, en esta sección no me sumerjo en los problemas de la edificación del self sino que doyo por sentado que éste ya cobró existencia.

Aun cuando las primeras fases de desarrollo emocional hayan sido satisfactorias, sigue habiendo necesidad de un prolongado período en el que la personalidad cuente con un ambiente estable para entenderse consigo misma en todos los niveles de conciencia.

LA PSIQUE

La psique se forja a partir del material correspondiente a la elaboración imaginativa del funcionamiento corporal (que a su vez depende de la capacidad y del funcionamiento sano de un único órgano: el cerebro). Puede afirmarse con certeza que la fantasía próxima al funcionamiento corporal depende de la función de la parte del cerebro menos moderna en la evolución del animal humano, en tanto que el percatamiento del propio self depende de [la] función de lo que es más moderno en esa evolución. Por consiguiente, la psique constituye una unidad fundamental con el cuerpo merced a su relación con la función de los tejidos y órganos y con el cerebro, así como por el modo en que se entrelaza con éste a través de nuevas relaciones desarrolladas en la fantasía o mente, consciente o inconsciente, del individuo.

¹ Freud, Anna, *The Ego and the Mechanisms of Defence* (1936).

EL ALMA

Para mí el alma es una propiedad de la psique así definida, y por lo tanto también depende, en definitiva, del funcionamiento cerebral, y puede estar sana o enferma. Sé que éste es un punto de vista personal contrario a las enseñanzas de casi todos los sistemas religiosos. Así pues, adhiero con gran reticencia a esta concepción que me he formado. Sin embargo, para toda persona pensante es de gran importancia práctica adoptar una decisión personal acerca de este tema, debido al moderno tratamiento del trastorno mental por lobotomía, o sea, por una distorsión deliberada del funcionamiento *sano* del cerebro con vistas al alivio del padecimiento psíquico.

Es natural que quienes sostienen que el alma es implantada desde afuera y no se desarrolla como un atributo natural no vean violación alguna en la lobotomía, que entonces pasa a ser una de las muchas técnicas para el alivio del padecimiento. Para quienes piensan que el término "alma", si es que significa alguna cosa, significa algo que crece en el individuo, la distorsión deliberada del funcionamiento cerebral *sano* es, y tiene que ser, un precio demasiado alto que se paga para el alivio del sufrimiento, ya que altera de modo irrevocable la base de la existencia de la psique, el alma inclusive, y luego de ese tratamiento ya no hay más una persona, psique o alma total.

Según mi personal concepción, no puede aducirse que la lobotomía ayuda a un paciente determinado porque se observa que se ha aliviado su padecer. Quizá mi argumentación tenga alguna falla, pero estas cuestiones son tan serias que quienes aplican la lobotomía como terapia deberían estar en condiciones de señalarlas. No basta con que continúen informando que desaparecieron los síntomas y se observó una disminución de la zozobra del paciente. No existe tal cosa como el alivio del padecimiento *in vacuo*; puede ser que se alivie a alguna persona que sufre, pero no

parece posible (para quien sostiene mi posición en este punto) asumir la responsabilidad para trocar a la persona que sufre en algo completamente distinto, un ser humano parcial que no sufre pero que no es ya la persona original que acudió al tratamiento.

Con el objeto de conservar la relación entre el cuerpo y la psique, que es fundamental y que se establece y se mantiene en la salud, utilizo el término "psique-soma" en la disección de la personalidad. Está también la mente, una parte especializada de la psique que no está necesariamente ligada al cuerpo, aunque por supuesto depende del funcionamiento del cerebro. Nos entregamos a la fantasía de que hay un lugar, al que llamamos "mente", donde opera el intelecto; y cada individuo sitúa la mente en algún lado, y experimenta una tensión muscular o una congestión vascular cuando procura pensar. El cerebro en sí no es utilizado en la imaginación al situar la mente, ya que no existe el percatamiento del funcionamiento cerebral; el cerebro funciona de forma silenciosa y no pretende ser reconocido.

ESTADOS EXCITADOS Y CALMOS

En la descripción del niño pequeño sano, nos será útil distinguir entre los estados excitados y no excitados. Los instintos determinan claramente los problemas de los períodos de excitación, y en el lenguaje empleado en este capítulo, gran parte de lo que tiene lugar entre las excitaciones se vincula con el apartamiento del instinto, con la preparación para su eventual satisfacción, o con el reavivamiento indirecto del instinto a través del juego o de la actuación de la fantasía. En el juego, el cuerpo entra en posesión de sí merced a la participación en el *acting-out*, y en el fantaseo el cuerpo entra en posesión de sí de manera secundaria merced al hecho de que con la fantasía hay una excitación somática localizada que es apropiada, así como con el funcionamiento corporal hay fantasía. La masturba-

ción de tipo corriente, sana y relativamente no compulsiva, corresponde a este reavivamiento de los instintos en ausencia de una experiencia instintiva plena. En el caso de los niños hay más seguridad aun de una frustración en la vida instintiva que en el caso de los adultos, y en parte por ello vemos en la niñez una valoración relativamente mayor del juego y de la imaginación creadora.

En la primera relación triangular entre personas que aquí estudiamos, el niño es subyugado por el instinto y el amor. Este amor implica cambios físicos y de la fantasía, y es violento. Da origen al odio: el niño odia a la tercera persona. Ya ha sido bebé y conoce el amor y la agresión, así como la ambivalencia y el temor de que se destruya lo amado. En la relación triangular puede por fin aparecer libremente el odio, pues lo odiado es una persona, alguien que puede defenderse, y que ya es amado; de hecho, es (en el caso del varón) el padre, el procreador, el marido de la madre. En el caso más simple, el amor a la madre es relevado al convertirse el padre en el objeto odiado, ese padre que puede sobrevivir, castigar y perdonar.

En la salud, cuando la excitación llega a su apogeo hay gran angustia, que es tolerada como tal. De este modo puede haber recuperación respecto de la tensión instintiva intensificada. No obstante, a raíz del conflicto penoso o del temor, siempre tendrán que organizarse defensas; el niño neurótico no es tan distinto del niño sano normal, sólo que es menos consciente de lo que ocurre y por ende se defiende más, y más ciegamente, contra el desquite.

EL COMPLEJO DE EDIPO

Es posible enumerar ahora las diversas defensas contra la angustia que el niño (que ha atravesado bien su infancia) puede adoptar y organizar en esta etapa. En el caso más sencillo que tomó Freud para el desarrollo de su teoría, el varón está enamorado de su madre, y utiliza al

padre como prototipo de la conciencia moral. El varón incorpora al padre que conoce, y se entiende con él; pero suceden otras cosas, que podemos enumerar. Hasta cierto punto, el varón pierde capacidad instintiva, renunciando así a algo de lo que pretendía. Hasta cierto punto, desplaza su objeto de amor, sustituye a la madre por una hermana, tía, niñera, alguien menos involucrado con el padre y establece un pacto homosexual con el padre, de manera tal que su potencia llega a ser no enteramente individual sino más bien (mediante la identificación) una nueva expresión de la potencia del padre incorporada y adoptada. Todo esto aparece en los hondos sueños del varón, y no se tiene acceso a ello para su expresión inmediata en la conciencia; no obstante, en la salud no es absolutamente inaccesible. En virtud de su identificación con el padre o con la figura paterna, el niño obtiene una potencia vicaria, y pospone la potencia propia, que puede ser recobrada en la pubertad.

El derrumbe de las defensas se expresa como angustia franca, ya sea en pesadillas o en alguna manifestación de la vida de vigilia. La índole de esta manifestación depende no sólo de la fisiología del temor² sino también de la naturaleza de la fantasía, consciente o inconsciente.

Al niño sano que negocia todos estos riesgos debe concebirse viviendo en un ambiente relativamente estable, con una madre feliz en su matrimonio y un padre dispuesto a desempeñar su parte con los hijos, a llegar a conocer a su hijo y a dar y tomar en la forma sutil en que suele hacerlo naturalmente un padre que de niño tuvo una experiencia feliz con su propio padre.

La tensión va en aumento a medida que el niño se

² Nótese que hay una fisiología del temor, como de la excitación o del odio, mientras que no existe nada parecido a una fisiología de la angustia, ya que las manifestaciones de este complejo estado dependen del equilibrio que exista en la fantasía entre el temor, el odio, el amor, la excitación, etc., y ésta es una cuestión que depende de cada individuo.

aproxima al apogeo del funcionamiento instintivo temprano (en algún punto entre los 2 y los 5 años de edad) y luego se resuelve, o más bien se archiva, simplemente con el correr del tiempo. Al llegar el período de latencia (según se lo denomina), el niño ya no tiene que seguir ajustándose a la tensión instintiva en desarrollo y puede permanecer estable por unos años, prosiguiendo en su mundo interno las experiencias de lo que ha vivido y observado e imaginado en la primera fase de predominio instintivo genital.

Con este modo de contemplar la niñez, pues, así como por otros métodos, asistimos al dolor, el sufrimiento y el conflicto, así como al gran regocijo.

REFORMULACION

La forma como Freud describió estas cuestiones es hoy bien conocida. A las *mociones instintivas* [*instinct drives*] las llamó el Ello, y para la parte del self que está en contacto con el mundo externo usó la palabra Yo. Durante muchos años su obra fue un estudio de la batalla que libra el Yo con los impulsos del Ello. Esto implicó que la psicología saliera al encuentro del Ello como nunca lo había hecho. Mediante una técnica para llegar a lo inconsciente con el paciente (el psicoanálisis), Freud pudo mostrarle al mundo la naturaleza y fuerza de los impulsos del Ello, vale decir, del instinto. Mostró que lo que estaba asociado al conflicto y a una emoción intolerable era reprimido, y drenaba recursos del Yo.

En esa etapa del psicoanálisis, era fácil sostener que sólo se ocupaba de lo insoportable, y quienes eran hostiles a esta nueva investigación de la naturaleza humana solían presuponer que el psicoanálisis trataba al Ello y a lo inconsciente como una y la misma cosa. No obstante, lo que estaba sometido a examen era el intento del Yo por entenderse con la parte Ello de sí mismo,³ por utilizar la

³ En la teoría psicoanalítica al Yo se lo concibe como parte del Ello.

energía del Ello sin causar una gran perturbación a la relación del Yo con el mundo o con el ideal.

Más adelante (1923), Freud introdujo el término Superyó para describir, al principio, al padre que el niño pequeño incorpora y usa para el control del instinto. Freud sabía que no podía decirse exactamente lo mismo de las niñas, pero dejó que la teoría se desarrollase en su mente de este modo, presuponiendo que con el tiempo la cuestión se ordenaría sola; y creo que así sucedió. Sigue teniendo un valor la clara formulación de Freud (excesivamente simplificada, según sabemos hoy) sobre las etapas que alcanza en la salud el varón pequeño que llega a ser capaz de instaurar en sí mismo un ideal basado en su idea de una persona real, el padre efectivo, un hombre a quien conoce bien en la vida real y con el cual puede entenderse en sus sueños, en su realidad interna, o en su fantasía profunda. Esto sólo es posible cuando el desarrollo del niño continúa avanzando con salud y en un ambiente hogareño estable.

Al introducir el concepto de Superyó, Freud puso más en claro que antes en su exposición teórica que le preocupaban los problemas del Yo, el crecimiento de la conciencia moral del Yo, las ideas y metas del Yo y las defensas del Yo contra las mociones del Ello. Pero siempre ocurrió así en la obra de Freud, y el valor del psicoanálisis se habría anulado si el uso previo de un término como Superyó hubiese demorado la incómoda tarea de presentarle al Yo del mundo su Ello.

Con el correr del tiempo el concepto de Superyó se fue ampliando, aunque básicamente se usa este término para describir todo aquello que es edificado, incorporado u organizado dentro del Yo con fines de control, dirección, aliento y apoyo. Por control no se entiende únicamente el control directo del instinto, sino también el de los complejos fenómenos del Yo que dependen de los recuerdos de las experiencias instintivas y de su aspecto de fantasía. Sin

embargo, examinar esto nos llevaría al tema de una sección posterior, a saber, la que se ocupa de la "posición depresiva" en el desarrollo.

En el lenguaje de esta sección, el desarrollo emocional alcanza su apogeo a la edad de 3-4 años, cuando el pequeño niño o niña ya se ha establecido plenamente como unidad, capaz de sentir que las personas que lo rodean son también personas totales. En un medio tal, el niño es capaz de una experiencia sexual genital, salvo por el hecho de que la procreatividad psíquica del niño humano está sujeta a una postergación hasta la pubertad. Como consecuencia de este fenómeno endocrinológico de la postergación, o lo que se denomina período de latencia, el niño debe aprovechar al máximo la identificación con sus padres u otros adultos, y debe aprovechar su experiencia en los sueños y el juego, el fantaseo con o sin acompañamiento corporal, las satisfacciones corporales obtenidas sin otras personas; debe emplear los tipos de experiencia pregenitales o genitales inmaduras que están dentro de su alcance, y aprovechar plenamente el hecho de que el paso del tiempo, unas pocas horas o tal vez minutos, traen alivio para casi todo, por intolerable que sea, siempre y cuando esté presente alguien conocido que sea comprensivo con él y se mantenga en calma cuando no parece haber otra cosa que odio, furia, rabia, pesar, desesperación.

La sexualidad durante la niñez es algo muy real; puede ser inmadura o madura en la época en que los cambios de la latencia traen alivio; y además, en la medida en que la sexualidad del niño tenga un carácter inmaduro, distorsionado o inhibido al fin de este primer período de relaciones interpersonales, reaparecerá asimismo como inmadura, distorsionada o inhibida en la pubertad.

SEXUALIDAD INFANTIL

Freud vio que la sexualidad genital derivaba de la

pregenital y llamó sexual a la vida instintiva, salvo cuando era de autopreservación. Fue así que vio la luz la expresión "sexualidad infantil", y muchos habrían preferido que Freud no insistiese en esta parte de su teoría.

En mi opinión personal, fue importante que Freud llegase hasta el fin en el rastreo de los orígenes de la sexualidad genital adulta o madura remontándola a la sexualidad genital de la niñez, y mostrase las raíces pregenitales de ésta. Estas experiencias instintivas pregenitales constituyen la sexualidad infantil. Es fácil modificar un concepto para evitar ofender a nadie, pero al mismo tiempo puede renunciarse a un principio de vital importancia. La sexualidad infantil podría haber quedado como término descriptivo de los ejercicios genitales compulsivos de ciertos bebés privados de cuidados amorosos o gravemente perturbados en su capacidad para relacionarse. Sin embargo, tiene más valor como descripción de los inicios del desarrollo íntegro de la vida instintiva. Freud usó la expresión de este modo. No obstante, seguirá habiendo variadas opiniones individuales sobre esta cuestión terminológica.

Para un niño de 4 años es posible, a la vez que sano, encontrarse en una etapa de relaciones interpersonales, con pleno empleo de los instintos y una vida sexual plena (excepto por las limitaciones biológicas mencionadas).

REALIDAD Y FANTASIA

El niño sano se vuelve capaz del sueño pleno de la sexualidad infantil. En el sueño recordado pueden hallarse todas las clases de trabajo onírico que fueron cuidadosamente elaboradas por Freud. En el sueño no recordado e interminable, debe hacerse frente a todas las consecuencias de la experiencia instintiva. El varón que toma el lugar de su padre no puede evitar ocuparse de:

La idea de la muerte del padre, y por consiguiente de su propia muerte.

La idea de la castración por el padre, o de la castración del padre.

La idea de que se lo hace plenamente responsable de satisfacer a la madre.

La idea de llegar a una transacción con el padre, según lineamientos homosexuales.

La niña no puede evitar ocuparse en su sueño de:

La idea de la muerte de la madre, y por consiguiente de su propia muerte.

La idea de despojar a la madre de su marido, del pene de éste, de los hijos de ella, y por ende la idea de su propia esterilidad.

La idea de estar a merced de la sexualidad del padre.

La idea de llegar a una transacción con la madre, según lineamientos homosexuales.

Cuando en efecto existen los padres, así como un medio hogareño y la continuidad de las cosas familiares, la solución viene a través de la discriminación de lo que se llama realidad y fantasía. El hecho de ver a los padres juntos vuelve tolerable el sueño de su separación, o de la muerte de uno de ellos. La escena primaria (los padres sexualmente unidos) es la base de la estabilidad del individuo, ya que torna posible todo el sueño de ocupar el lugar de uno de los padres. Con esto no se desestima el hecho de que la escena primaria, la comprobación efectiva del coito, puede someter a una máxima tensión al niño y ser traumática (por producirse con total independencia de las necesidades del niño), de modo tal que como resultado de verse forzado a esa comprobación el niño empieza a enfermar. Ambas proposiciones son necesarias y muestran el valor y a la vez el peligro de la escena primaria.

Padres que por lo demás son satisfactorios pueden fácilmente fallar en el cuidado del niño por no saber distinguir con claridad entre el sueño del niño y los hechos. Tal vez presenten una idea como un hecho o reaccionen irreflexivamente ante una idea como si fuese una acción. Bien puede ocurrir que tengan más temor a las ideas que a las acciones. La madurez significa, entre otras cosas, la capacidad para tolerar ideas, y los padres necesitan poseer esta capacidad, que en el mejor de los casos forma parte de la madurez social. Un sistema social maduro (por más que establezca ciertas exigencias con respecto a la acción) permite la libertad de ideas y su libre expresión.⁴ Sólo gradualmente el niño adquiere la capacidad de distinguir entre sueño y realidad.

El niño sano falla hasta cierto punto en lo que respecta a tolerar los conflictos y angustias que alcanzan su apogeo en el apogeo de la experiencia instintiva. Se llega a una solución ante los problemas intrínsecos de ambivalencia de la niñez mediante la elaboración imaginativa de todas las funciones; si no hubiera fantasía, la expresión burda del apetito, la sexualidad y el odio serían la regla. Así pues, la fantasía demuestra ser la característica humana, la materia prima de la socialización y de la civilización misma.

LO INCONSCIENTE

En toda esta descripción del niño sano y del neurótico (no del psicótico), la idea esencial es la de lo inconsciente y la de los especiales ejemplos de lo inconsciente conocidos como "lo inconsciente reprimido".

⁴ Véase Winnicott, D. W., "Some Thoughts on the Meaning of the Word 'Democracy'" (1950), y Money-Kyrle, R. E., *Psycho-Analysis and Politics* (1951).

La principal labor del tratamiento psicoanalítico se vincula con los pacientes psiconeuróticos, y se produce trayendo a la conciencia lo que es inconsciente. Esto se efectúa principalmente mediante la revivencia en la relación entre paciente y analista. El psiconeurótico parece obrar a partir de la conciencia, y se siente incómodo frente a aquello que no tiene acceso a ésta. El deseo de percatarse de sí mismo parece característico del psiconeurótico. A estas personas, el análisis les aporta un aumento de ese percatamiento y la tolerancia frente a lo no percatado. En contraste con ello, los psicóticos (y las personas normales de tipo psicótico) no se preocupan mucho por dicho percatamiento, y existen en sentimiento y en experiencia mística, e incluso sospechan del percatamiento intelectual o lo desdeñan. No suponen que a través del análisis aumentará su percatamiento de sí mismos, pero en cambio poco a poco llegan a confiar en poder sentirse reales.

En la labor psicoanalítica, al analista se le presentan con regularidad notables pruebas de lo inconsciente cuando el paciente trae de improviso a la situación analítica aquello que antes era inconsciente, y hasta fuertemente renegado. En la relación entre el paciente psiconeurótico y el analista, aparece y reaparece una relación especial que lleva la marca de la neurosis del paciente, y es la enfermedad de éste que aparece en forma de muestras. A este fenómeno se lo denomina "neurosis de transferencia". El resultado del análisis de la neurosis de transferencia es la aparición, fragmento tras fragmento, de la enfermedad en las condiciones sumamente especiales y controladas que el analista establece, provee y mantiene.

El pecado imperdonable de una psicoterapia sería el uso por el analista de la relación analítica para su gratificación personal. Este principio está muy próximo al que subyace en el juramento original de los médicos, que prohíbe mantener una relación sexual con el paciente; así pues, Hipócrates puso de manifiesto que comprendía, en el año [400] a. C., el

valor de permitir que el paciente llevase a la relación con el profesional sus pautas personales, las derivadas del complejo de Edipo y del complejo de Edipo invertido, diríamos, instauradas originalmente en la niñez temprana. Lo que además hizo Freud fue usar la personal contribución del paciente a esa relación con el profesional en un intento sistemático de traer el pasado al presente, proporcionando así las condiciones en que puede haber cambio y crecimiento allí donde de otro modo sólo hay rigidez.

Abusar de la neurosis de transferencia sería como seducir sexualmente a un niño pequeño, ya que éste no es capaz de efectuar auténticas elecciones de objeto, al no estar libre de un alto grado de subjetividad en su observación. Corolario de esto es que a un paciente que ha sido seducido en su niñez le es muy difícil creer y confiar en un analista precisamente allí donde éste puede operar con máxima eficacia. Cabe señalar aquí que el análisis de la psicosis de tipo esquizoide⁵ es esencialmente distinto que el de las psiconeurosis, pues el primero requiere que el analista tolere la regresión efectiva a la dependencia, en tanto que el segundo necesita algo diferente, la capacidad de tolerar ideas y sentimientos (amor, odio, ambivalencia, etc.) y de comprender los procesos, así como el deseo de mostrar esa comprensión mediante una exposición verbal adecuada (la interpretación de aquello que el paciente está a punto de dejar entrar en la conciencia). En un tratamiento analítico, una interpretación correcta y oportuna brinda un sentimiento de ser sostenido físicamente que es más real (para el no psicótico) que si hubiera habido un sostén o una asistencia reales. La comprensión va más a lo profundo, y con ella, evidenciada mediante el uso del lenguaje, el analista sostiene físicamente en el pasado, o sea, en la época en que era necesario ser sostenido, cuando el amor implicaba cuidados físicos y adaptación.

⁵ En este punto no se hace referencia a la psicosis de tipo maniaco-depresivo.

RESUMEN

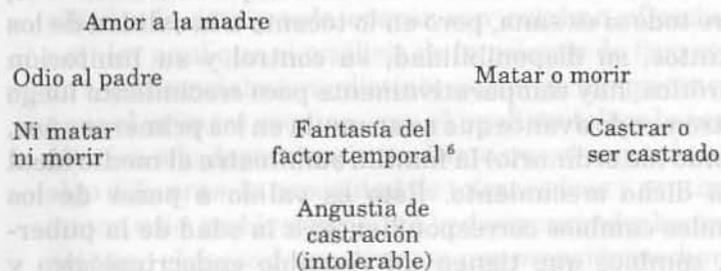
Por lo tanto, hay en la salud una maduración del desarrollo instintivo que se alcanza aproximadamente a los 5 años, vale decir, antes del hecho biológico de la latencia. En la pubertad reaparecen las pautas del desarrollo instintivo y las organizaciones defensivas contra la angustia que estaban presentes en la época previa a la latencia, y determinan en gran medida la pauta y capacidad instintiva del adulto. Si las defensas organizadas contra la angustia son más evidentes que los instintos y su control consciente, y más que la influencia de éstos sobre la acción y la imaginación, el cuadro clínico es el de una psiconeurosis más que de la salud.

El crecimiento continúa en tanto la persona está viva, sobre todo si es sana, pero en lo tocante a la calidad de los instintos, su disponibilidad, su control y su limitación neurótica, hay comparativamente poco crecimiento luego del tremendo avance que se acumula en los primeros años, cuando (de ordinario) la familia suministra el medio ideal para dicho crecimiento. Esto es válido a pesar de los grandes cambios correspondientes a la edad de la pubertad, cambios que tienen un respaldo endocrinológico y hacen de la procreación una parte de la función genital efectiva por primera vez en la vida del individuo.

Estas cuestiones, que interesan al analista en su trabajo, hora tras hora, con los psiconeuróticos, son importantes para el estudioso de la naturaleza humana. Sin embargo, es cierto que para los que no están aprendiendo a ser analistas (la mayoría de mis lectores), los fenómenos del desarrollo instintivo y de las defensas contra la angustia de castración no poseen mucho interés práctico. Si un niño tiene una fobia, no es de gran utilidad práctica para el maestro que se le diga qué se encontraría *en caso de que el niño se sometiera a un análisis*, sobre todo porque rara vez tiene acceso a él.

No obstante, para cualquiera a quien se le haya confiado el cuidado de niños resulta útil contar con la comprensión de que se disponga, y en el manejo de niños pequeños es por cierto una ayuda saber algo sobre las razones por las cuales un medio estable es esencial. Operan fuerzas tremendas derivadas de los instintos, y entre los 2 y los 5 años un niño tiene que habérselas con la herencia, los instintos, las peculiaridades de su cuerpo, los factores ambientales buenos y malos, al mismo tiempo que construye sus relaciones personales, sus simpatías y antipatías, su conciencia moral personal y sus esperanzas para el futuro.

DIAGRAMA QUE MUESTRA LA PSICOLOGÍA DEL NIÑO VARÓN PEQUEÑO EN FUNCION DE LA TEORÍA DE LOS INSTINTOS



DEFENSAS CONTRA LA ANGUSTIA AMENAZA DE CASTRACION

- Inhibición del instinto (fuente del amor)
- Abandono del objeto, aceptación de su sustituto
- Identificación con el rival, pérdida de la identidad personal
- Transacción homosexual con el rival (pasiva)

⁶ Nota para la revisión: Desarrollar hasta la supervivencia del objeto; origen de la fantasía, como en el artículo sobre "El uso del objeto".

- Regresión instintiva a lo pregenital
(mantenimiento del amor pero evitación de la amenaza de castración, uso de malos puntos de fijación)
- Regresión a la dependencia
(mantenimiento del amor, abandono de la maduración, uso de buenos puntos de fijación)
- Reconocimiento de la culpa, organización de la expiación (obsesiva)
(por ende, autorización del crimen)
- Represión de parte del amor (u odio)
(mantenimiento de la falta de percatamiento)
al precio de: gasto y pérdida de la capacidad de amar
(u odiar)

En la salud, el niño es capaz de emplear todas y cada una de estas (y otras) defensas contra la angustia. La angustia no es tanto la anormalidad como la incapacidad del niño para emplear algunas defensas, o bien su especial propensión a emplear un cierto tipo de defensa.

DERRUMBE DE LAS DEFENSAS

- Angustia:** pesadilla o ataque de angustia
- Nuevas defensas:** explotación de las manifestaciones somáticas de la angustia con beneficio secundario (véase regresión a la dependencia)
- anestesia en lugar de represión pérdida de placer en el clímax físico
- Confusión:** confusión general entre la angustia y la excitación
- Nuevas defensas:** orden (obsesivo), destinado a ocultar la confusión
- Retorno de lo reprimido:** el amor (u odio) aparece de modo temporario, pero no es plenamente reconocido
- Nuevas defensas:** represión más profunda, con un costo mayor
- Etcétera.**

- * Identificación del rival (fuente del amor)
- * Abandono del objeto, supresión de su realidad
- * Identificación con el rival, pérdida de la identidad personal
- * Transparencia homosexual con el rival (penetración)

* Véase para la regresión: "Desarrollo de la regresión desde el punto de vista del control de la fantasía, como en el artículo sobre "El niño del objeto".

INTRODUCCION DE CONTROL EMOCIONAL CARACTERISTICO DE LA INFANCIA

PARTE III

Establecimiento del estado unitario

Este punto ha sido ya determinado por las instancias y la estructura de los tipos de instancias predominantes. Cada uno de lo que sigue a continuación está al niño antes de que llegue a la edad del predominio penial. El estudio de las relaciones interpersonales ha adquirido un lenguaje propio con un conjunto de términos tomados de los primeros años de Freud que ahora son sólo integrados al uso común.

En esta sección, que se refiere al desarrollo emocional característico de la infancia, utilizaremos un método de análisis diferente. No se presupone que el niño ya se ha hecho capaz de manejar una relación triangular, sino que nuestro tema de estudio será su capacidad para establecer una relación con un otro (la madre). Una vez más, es necesario dar por sentado el desarrollo como en las etapas más tempranas, las que serán examinadas en la Parte IV. Los desarrollos de la infancia hasta ahora faltantes, por ejemplo la idea de saber en el niño en desarrollo. La idea de saber es interesante, pero no está en el valor de la idea de la otra. El valor puede ser una idea de cualquier edad o desarrollo, también puede permanecer oculto y ser inocente, recordando sólo que hay un objeto oculto y una fantasía reprimida.

DEFINICIONES DE LAS ESPERANZAS

estabilidad y equilibrio de angustias

aplicación de las manifestaciones
emocionales de la angustia con finalidad
de la auto-educación y auto-regulación
emocional

PARTE III

Establecimiento del estado unitario

el estado unitario

establecimiento del estado unitario
emocional

establecimiento del estado unitario
emocional

establecimiento del estado unitario
emocional

establecimiento del estado unitario

INTRODUCCION. DESARROLLO EMOCIONAL CARACTERISTICO DE LA INFANCIA

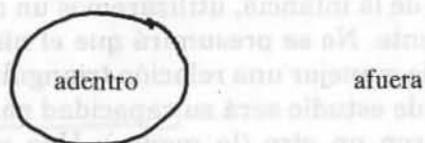
Los conceptos de las secciones precedentes eran conceptos
los intelectuales en la mente del observador. He adoptado
los conceptos de conciencia y de lo inconsciente, así como
de la inconsciencia reprimida. Ahora, en cambio, será más
reducible a un diagrama que podrá ser producido
del dibujo de un niño. Damos que un niño ha estado

En la sección anterior, el método de estudio de la natu-
raleza humana estuvo determinado por los instintos y la
progresión de los tipos de instintos predominantes. Gran
parte de lo que sigue a continuación atañe al niño antes de
que llegue a la edad del predominio genital. El estudio de
las relaciones interpersonales ha adquirido un lenguaje
propio, con un conjunto de términos tomados de las primeras
obras de Freud que ahora han sido integrados al uso
común.

En esta sección, que se ocupará del desarrollo emocional
característico de la infancia, utilizaremos un método des-
criptivo diferente. No se presumirá que el niño ya se ha
vuelto capaz de manejar una relación triangular, sino que
nuestro tema de estudio será su capacidad para entablar
una relación con un otro (la madre). Una vez más, es
menester dar por sentado el desarrollo sano en las etapas
más tempranas, las que serán examinadas en la Parte IV.
Aquí daremos cuenta de ciertas cosas hasta ahora faltantes,
por ejemplo la idea de *valor* en el niño en desarrollo. La idea
de valor se intersecta con la idea de salud, pero no están
desvinculadas una de la otra. El valor puede aumentar a
cualquier edad, o disminuir; también puede permanecer
oculto y ser inaccesible, recordándonos que hay un instinto
inhibido y una fantasía reprimida.

Estoy describiendo la etapa del desarrollo en que el bebé se convierte en una unidad, se vuelve capaz de sentir que el self (y por ende los otros) es una totalidad, una cosa única con una membrana que la limita, y con un adentro y un afuera. Como he dicho, esto da por supuesto todo el desarrollo previo que conduce a este sentimiento de ser uno.

Los conceptos de las secciones precedentes eran conceptos intelectuales en la mente del observador. He adoptado los conceptos de conciencia y de lo inconsciente, así como el de lo inconsciente reprimido. Ahora, en cambio, será más redituable emplear un diagrama que podría ser producto del dibujo de un niño. Digamos que un niño ha estado cubriendo de trazos un papel, con movimientos de aquí para allá, deambulando con el lápiz de un lugar a otro, ocasionalmente dejándolo deslizar más allá del borde en forma incontinente; y de pronto surge algo nuevo, una línea que se junta con su principio, un círculo burdo queda trazado y el niño lo señala y dice "pato", o incluso "Tommy" o "Anne". De hecho, el diagrama que precisamos es la concepción que el niño tiene del self, una esfera, que en el dibujo bidimensional es un círculo:



El niño llega poco a poco a la posición que estoy examinando. Lo característico en esta etapa es que la progresión sea la siguiente:

Aparece la idea de una membrana limitante, y de ella deriva la idea de un adentro y un afuera. Luego surge el tema de una Parte de Mí y de lo que no es Parte de Mí. Habrá entonces contenidos Parte de Mí que dependen parcialmente de la experiencia instintiva. A esto le sigue la

posibilidad de sentir responsabilidad por la experiencia instintiva y por los contenidos Parte de Mí, así como independencia respecto de lo que está afuera. Sobreviene un significado del término "relación" como algo que sucede entre la persona, la Parte de Mí y los objetos. Resultado de esto es el reconocimiento de algo equivalente a la Parte de Mí en la madre, vale decir, el sentimiento de que ella es una persona, y de que el pecho es por consiguiente parte de una persona.

Los conceptos de las emociones precedentes eran conceptos intelectuales en la mente del observador. Ha adquirido los conceptos de conciencia y de lo inconsciente, así como el de lo inconsciente reprimido. Ahora, en cambio, será posible reutilizar un diagrama que podría ser producto del dibujo de un niño. Digamos que un niño ha estado jugando de teatro con papel, con instrumentos de maquillaje para ella, distribuido con el lápiz en lugar de con el lápiz, dejándolo de dibujar una parte del cuerpo de forma involuntaria; y de pronto surge algo nuevo, una línea que se junta con su principio, un círculo grande que se traza y el niño le señala y dice "pato", o incluso "Tortuga" o "Ave". De hecho, el diagrama que precede muestra una comparación que el niño tiene del self, una esfera, que es el dibujo del momento en un círculo.



El niño llega poco a poco a la posición que está en el mundo. La característica en esta etapa es que la progresión es la siguiente:

Aparece la idea de una madre que le cuida, y de ella surge la de un adulto y un niño. Luego surge el tema de una Parte de Mí que es la Parte de Mí. Habrá entonces un tema de la dependencia personal de la experiencia instintiva, y esta la...

1. LA POSICION DEPRESIVA

PREOCUPACION, CULPA Y REALIDAD PSIQUICA PERSONAL INTERNA

Junto con todo esto se produce una discriminación de los dos estados, el calmo y el excitado. La crueldad en el "ataque" instintivo lanzado contra el objeto cede sitio a una incipiente apreciación de la madre como persona que cuida de lo que es Parte de Mí y al mismo tiempo como persona que presenta la parte de sí para alimentar. Gradualmente tiene lugar una integración de los tipos de relación excitada y calma y un reconocimiento de que son esos dos estados juntos (y no sólo uno) los que constituyen la relación total con [la] madre-persona. Aquí estamos en lo que se denomina "la posición depresiva en el desarrollo emocional", importante etapa que envuelve al niño en sentimientos de culpa y preocupación por las relaciones a raíz de sus elementos instintivos o excitados.

Las angustias del niño son de un orden sumamente complejo. No sólo hay una preocupación por el efecto causado sobre la persona de la madre en virtud de los elementos instintivos de la relación entre la Parte de Mí y ella, dos personas (culpa), sino además una preocupación derivada de los cambios internos que son el resultado de las experiencias de excitación, así como de las teñidas de rabia o de odio actuado (angustia hipocondríaca). (A esto se

agregan las angustias llamadas paranoides, que examinaremos por separado.)

Fácilmente se echa de ver que hay un enorme crecimiento en esta progresión de la crueldad a la preocupación, de la dependencia de la Parte de Mí a las relaciones de la Parte de Mí, de la preambivalencia a la ambivalencia, de la disociación primaria entre los estados calmos y excitados a una integración entre estos dos aspectos del self.

El bebé está empeñado en una tarea que necesita absolutamente tanto del *tiempo* como de la continuidad de un *ambiente personal*. La madre-persona sostiene la situación en el tiempo, en tanto el bebé halla un modo de alcanzar la "posición depresiva", y sin sus continuados cuidados personales este avance no podría sobrevenir. La resolución se da como sigue: puede considerarse axiomático que el bebé humano no es capaz de soportar el peso de la culpa y el temor correspondientes al pleno reconocimiento de que las ideas agresivas del cruel amor instintivo primitivo están dirigidas contra la madre de la relación dependiente (anaclítica).

Por lo demás, el niño aún no ha progresado lo suficiente como para aprovechar la idea de la intervención de un padre que, por dicha intervención, volvería inocuas las ideas instintivas. La resolución de la dificultad inherente a la vida en esta etapa sobreviene gracias a la capacidad de reparación que desarrolla el niño. Si la madre sostiene día tras día la situación, el bebé tiene tiempo para discriminar los ricos resultados imaginarios de la experiencia instintiva y para rescatar algo que siente "bueno", sustentador, aceptable y no dañino, con lo cual puede reparar imaginariamente el daño provocado a la madre. Esta conversión de lo dañino en bueno se ejecuta una y otra vez en la relación común madre-bebé, y poco a poco el bebé comienza a creer en el empeño constructivo y a ser capaz de soportar la culpa y, por lo tanto, de ser libre de amar instintivamente.

De esta manera, cuando la madre acepta como natural un

alto grado de dependencia, el bebé sano es al principio independiente del padre, que por lo demás, es absolutamente necesario para proteger a la madre, pues de lo contrario el bebé ha de inhibirse, ha de perder la capacidad para el amor excitado. Clínicamente el beneficio se advierte en la capacidad del niño sano para encontrarse en un estado de ánimo depresivo, sosteniendo los sentimientos de culpa hasta un momento en el que la reelaboración de los sucesos inmediatos y su elaboración imaginativa en lo inconsciente hayan producido el material para que suceda algo constructivo, ya sea en las relaciones o en el juego o el trabajo.

A raíz de que en este punto se presenta clínicamente el estado de ánimo depresivo, cabe presumirlo, se ha empleado la expresión "posición depresiva en el desarrollo emocional". Esto no significa que el bebé normal atraviese una *enfermedad depresiva* o del estado de ánimo. En verdad, una enfermedad depresiva en un bebé es un estado anormal,¹ que uno no encuentra en el caso del bebé normal que ha recibido buenos cuidados personales comunes. Así pues, en las condiciones apropiadas, el bebé se vuelve capaz de discriminar lo bueno y lo malo dentro del self.² Aparece un estado interior sumamente complejo, muestras del cual se aprecian en el juego y especialmente en el consultorio

1 Véase Spitz, R. A. ["Hospitalism" (1945).]

2 Las palabras "bueno" y "malo" son una herencia del oscuro pasado; son asimismo palabras adecuadas para describir los extremos que todo bebé siente respecto de las cuestiones del adentro —ya se trate de fuerzas, objetos, sonidos u olores—. No me refiero aquí al uso de los términos "bueno" y "malo" por los padres y enfermeras que desean implantarle una moral al bebé.

Todo lo de esta sección proviene de mi propia labor. Mucho se basa en lo que recogí de las enseñanzas y escritos de Melanie Klein, y de la instrucción que me impartió personalmente. En muchos aspectos, mi manera de expresar las cosas no es la de ella, y sé que discrepa con ciertos detalles de mi exposición. Sin embargo, no ha sido mi intención ofrecer sus concepciones exactas, tal como han sido enunciadas en forma cabal por ella misma y por Isaacs, Heimann, Segal y otros. Aquí mi principal deseo es declarar mi pleno reconocimiento.

durante el transcurso de una psicoterapia. En la psicoterapia (cuando el bebé ya es un niño pequeño) el consultorio suele hacer las veces de su psique limitada, y así se da cabida al analista dentro del mundo interno del niño, donde se libra una enorme batalla entre diversas fuerzas, impera lo mágico y lo bueno está permanentemente amenazado por lo malo. Estar en el mundo interior del niño lo hace a uno sentir la locura. A partir de lo que prevalece en el mundo interior del niño y puede mostrarse, cabe deducir los elementos que componen el mundo interno de los bebés.

Lo malo es retenido un poco con el fin de usarlo en la expresión de la rabia, y lo bueno es retenido para el crecimiento personal y para la reparación y la compensación, para hacer el bien allí donde imaginariamente se había hecho un daño.

Por supuesto, me estoy refiriendo principalmente a los sentimientos e ideas inconscientes del niño, al contenido psíquico existente con independencia de los empeños intelectuales del niño por comprender.

Si la madre (o sustituto materno) sigue presente y está disponible, o sea, si el bebé cuenta con un ambiente apropiado para él, sobreviene poco a poco un momento de enmienda, un momento en el cual el bebé usa la capacidad adquirida en las horas previas de contemplación o digestión. Quizá hace efectivamente algo (sonríe, o hace un gesto espontáneo de amor, u ofrece un don —un producto de excreción— como insignia de su reparación y compensación). El pecho (cuerpo, madre) queda entonces reparado, y se cumplió con los gajes del día. Pueden aguardarse con un temor limitado los instintos de mañana. Cada día tiene bastante con su inquietud.*

En el talante depresivo, podría decirse que el bebé (niño o adulto) acalla la situación interna total, o permite que

* "Se cumplió con los gajes del día": la expresión en inglés ("The day's work is done") alude al modismo "It's all in the day's work" = "Son los

descienda sobre ella un control, una niebla o neblina, una suerte de parálisis. Esto posibilita (con el curso del tiempo) la gradual revocación de los controles mágicos, de modo tal que la discriminación pueda llevarse a cabo fragmento por fragmento, hasta que a la postre sea posible superar el estado de ánimo y volver otra vez a la vida el mundo interno del niño.

Hay otras clases de depresión, las de las personas esquizoides. Estas se relacionan con la despersonalización y no con el mecanismo más normal de control mágico con fines cicatrizantes. El estado de ánimo depresivo que estoy describiendo se vincula estrechamente con el duelo normal y con todo el tema de la reacción ante una pérdida.³ Al comienzo, en la infancia, el destete es algo que se vuelve significativo después (y no antes) de que el bebé ha alcanzado la posición depresiva.

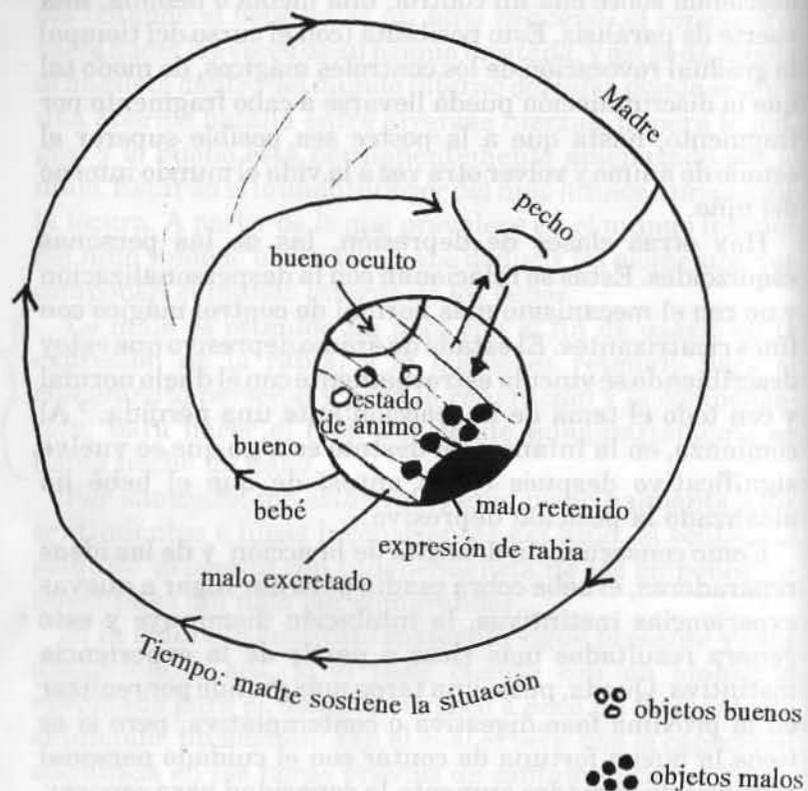
Como consecuencia del éxito de la acción y de las ideas reparadoras, el bebé cobra osadía para dar lugar a nuevas experiencias instintivas, la inhibición disminuye y esto genera resultados más ricos a partir de la experiencia instintiva. Queda, pues, una tarea más grande por realizar en la próxima fase digestiva o contemplativa, pero si se tiene la buena fortuna de contar con el cuidado personal continuo de la madre aumenta la capacidad para reparar, y por lo tanto de esto se sigue un nuevo grado de libertad de la experiencia instintiva. De hecho, se establece un círculo benigno que sirve de base a la vida del bebé a lo largo de un período considerable.

Se apreciará fácilmente cuán importante es, en esta etapa, la continuidad de la relación entre el bebé y la madre

gajes del oficio". La última oración del párrafo es una cita bíblica: "Así que no os preocupéis del mañana: el mañana se preocupará de sí mismo. Cada día tiene bastante con su inquietud" (Mateo, 6: 34, Biblia de Jerusalén). (T.)

³ Esta parte de la teoría psicoanalítica fue desarrollada a partir de la obra de Freud, *Duelo y melancolía*.

DIAGRAMA I



(o madre sustituta) efectiva. En una institución, donde la "madre" que alimenta por la mañana no es la misma "madre" que baña y maneja al bebé por la tarde, se desperdicia diariamente la capacidad de reparación del bebé y no se establece el círculo benigno. Peor aún, si la alimentación del bebé es impersonal y mecánica (y esto puede ocurrir incluso en el hogar real del niño), no hay cabida para el desarrollo que aquí se describe.

Así pues, el desarrollo de la capacidad de preocuparse por el otro es un asunto complejo, que depende de la

relación personal continua entre el bebé y una figura materna.

Una característica notable de esta teoría del círculo benigno de la posición depresiva es que da cuenta del hecho de que en la salud el individuo en desarrollo tiene la posibilidad de un reconocimiento bastante cabal de los factores agresivos y destructivos propios del amor instintivo y su fantasía. Debe recordarse que en la infancia es muy limitada la capacidad de reparación efectiva, independiente de la pronta aceptación del don-insignia por parte de la madre, en comparación con la capacidad de contribución social mediante su trabajo que tiene el adulto. Al mismo tiempo, los impulsos destructivos y agresivos del bebé no son menores que los del adulto. De esto podría deducirse —si no fuera ya consabido— que el bebé depende más que el adulto del amor que otros le otorgan, de manera tal que una sonrisa o un gesto minúsculo tiene un efecto equivalente al que logra el adulto en toda una jornada de afanes.

Para repetir lo dicho, a un ser humano no le es posible soportar la destructividad básica presente en las relaciones humanas, vale decir, en el amar instintivo, salvo mediante un desarrollo gradual asociado con la experiencia de reparación y compensación. Si se quiebra el círculo benigno, ocurre que

- 1) debe inhibirse el instinto (o la capacidad para amar);
- 2) debe volver a aparecer una disociación entre el bebé excitado y la misma persona cuando está en calma;
- 3) ya no se tiene acceso al sentimiento de calma;
- 4) se pierde la capacidad de juego constructivo (y de un trabajo equivalente).

En rigor, la potencia y su aceptación no han de describirse únicamente en términos del desarrollo instintivo. En una descripción teórica del desarrollo de la capacidad sexual, no basta hablar solamente de la progresión del

predominio instintivo, ya que la esperanza de recuperación respecto de la culpa por las ideas destructivas es un elemento vitalmente importante de la potencia.⁴

La naturaleza de los impulsos e ideas destructivos será examinada más adelante. El impulso de amor primitivo tal vez tenga una meta destructiva, o bien la destructividad procede de las inevitables frustraciones que interfieren la satisfacción inmediata (véanse las págs. 117-8, 185-9).

La llamada "posición depresiva" no es en modo alguno una cuestión que afecta sólo al teórico y al psicoterapeuta. A los padres y maestros les interesa muchísimo este proceso de establecimiento del círculo benigno. Ciertamente es que este proceso se inicia cuando el bebé no tiene más que unos pocos meses de edad, y entonces es la madre la que sostiene la situación original, y lo hace bien y con naturalidad sin darse cuenta apenas de lo que hace; pero este mecanismo vital de crecimiento continúa, y el maestro que brinda al niño las herramientas y técnicas para el juego y el trabajo constructivos, y ofrece un objetivo a sus empeños a través de su apreciación personal, está en la misma posición de importancia, o de necesidad, que quien cuida del bebé. La persona que cuida del bebé, y el maestro apenas en menor medida, está accesible para recibir su gesto espontáneo de amor, que neutraliza la preocupación, el remordimiento, la culpa del bebé correspondientes a las ideas que aparecieron en el apogeo de la experiencia instintiva.⁵ (Esto será reexaminado cuando se estudien las influencias ambientales, pág. 211 y sigs.)

⁴ Véase Klein (1932, 1934) y también Henderson, D. K. y Gillespie, R. D. (1940): el estado de ánimo depresivo deja a la potencia en suspenso.

⁵ Es hacer justicia con ciertos psicoanalistas decir que muchos no están a favor del uso del concepto de posición depresiva.

Como es bien sabido, un destacado analista (Edward Glover) llegó a renunciar a la Sociedad Psicoanalítica Británica —aunque siguió siendo miembro personal de la Sociedad Psicoanalítica Internacional— por su fuerte convencimiento de que la idea de posición depresiva constituye un paso en falso.

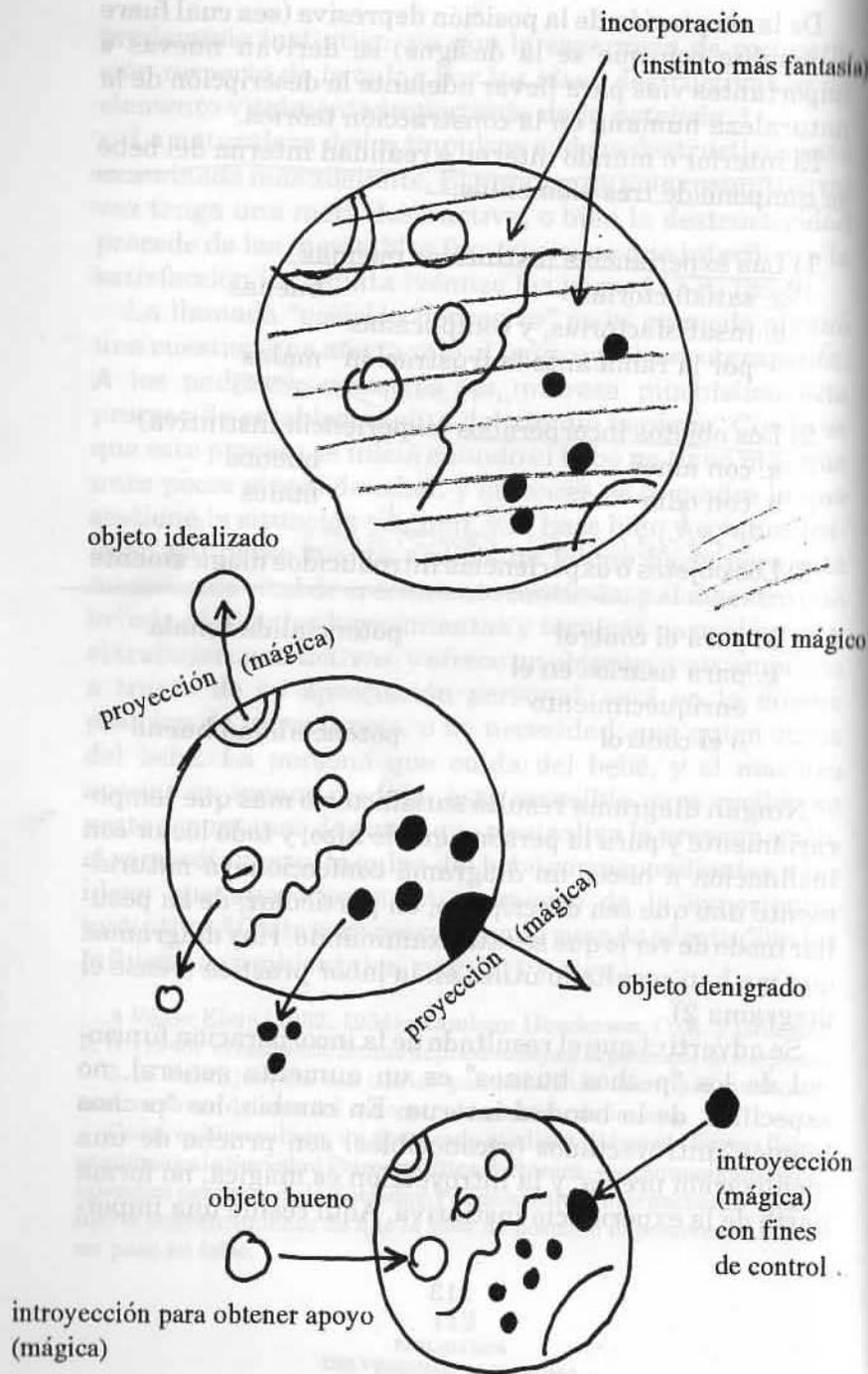
De la aceptación de la posición depresiva (sea cual fuere el nombre con que se la designe) se derivan nuevas e importantes vías para llevar adelante la descripción de la naturaleza humana en la construcción teórica.

El interior o mundo interno o realidad interna del bebé se compone de tres elementos:—

- 1) Las experiencias instintivas mismas
 - a. satisfactorias buenas
 - b. insatisfactorias, y complicadas malas
por la rabia ante la frustración malas
introyectados
- 2) Los objetos incorporados (experiencia instintiva)
 - a. con amor buenos
 - b. con odio malos
- 3) Los objetos o experiencias introducidos mágicamente
 - a. para el control potencialidad mala
 - b. para usarlos en el potencialidad buena
enriquecimiento
o el control

Ningún diagrama resulta satisfactorio más que temporariamente y para la persona que lo hizo; y todo lector con inclinación a hacer un diagrama confeccionará naturalmente uno que sea descriptivo, en particular, de su peculiar modo de ver lo que se está examinando. Hay diagramas que me han resultado útiles en la labor práctica (véase el diagrama 2)

Se advertirá que el resultado de la incorporación funcional de los "pechos buenos" es un aumento general, no específico, de la bondad interna. En cambio, los "pechos buenos" introyectados (reconocibles) son prueba de una idealización previa, y la introyección es mágica, no forma parte de la experiencia instintiva. Aquí reside una impor-



tante enseñanza para el maestro o maestra, ya que en su mejor labor no será reconocible en sus alumnos —quienes, por así decir, habrán incorporado al maestro y a sus lecciones, y habrán crecido sobre la base de éstas—. En contraste con ello, habrá cierta idealización mágica del maestro y de sus lecciones luego de haberlo idealizado, y tal vez esto se considere agradable, pero la desventaja es que los alumnos no habrán crecido, en el verdadero sentido de la palabra. De ordinario en una clase se produce una feliz mezcla de estos dos tipos de enseñanza y de aprendizaje.

Durante el período de contemplación (después de tomar el alimento), hay una contención del instinto y una necesidad de control externo de la intrusión ambiental. El vuelco hacia dentro de la fase hipocondríaca produce vulnerabilidad, y esto implica que debe tener lugar un manejo suficientemente bueno para que esa fase sea posible.

Dentro de la persona operan fuerzas tremendas cuando, como sucede en la salud, ellas poseen plena vitalidad. Para tener un atisbo de la tarea de discriminación posterior a la experiencia instintiva, debemos referirnos a la obra de artistas que (a causa de su técnica excepcional así como de la gran confianza que tienen en su obra) son capaces de arriesgar casi con toda su fuerza lo que hay en la naturaleza humana. Un cuarteto de cuerdas del Beethoven de la última época, las ilustraciones de Blake para Job, * una novela de Dostoievski, una historia política de Inglaterra, nos muestran algo de la complejidad del mundo interno, el entrelazamiento de lo bueno y lo malo, la reserva de lo bueno, el control (pero con pleno reconocimiento) de lo malo. Estas cosas comienzan a cobrar plena fuerza en el mundo interno del bebé (que éste sitúa en la panza), aunque, desde luego, a medida que la experiencia de la vida se enriquece, es cierto que también el contenido del mundo interno se vuelve cada vez más rico. Las fuerzas

* Se refiere al libro de Job, del Antiguo Testamento. (T.)

básicas y la refriega están presentes desde el comienzo, empero, tan pronto como las experiencias instintivas son el sino del bebé.

Gradualmente se produce, a partir del mundo interno, algún tipo de pauta, un orden surge del caos. Esta labor no es mental o intelectual, sino que es una tarea de la psique. Está íntimamente relacionada con la tarea de la digestión, tarea que también se ejecuta por separado de la comprensión intelectual. A ello puede o no seguirle una comprensión intelectual.

El bebé que en esta etapa ha alcanzado la estabilidad puede ahora desembarazarse de tal o cual cosa, mantener esto, dar aquello con amor y dar aquello otro con odio. Asimismo, como consecuencia de los procesos internos de discriminación, puede permitirse una especie de seguir viviendo, pero un vivir que está dentro de la psique (a la cual se la imagina dentro del vientre). A partir de este momento, el crecimiento no es sólo del cuerpo y del self en relación con los objetos tanto externos como internos; es también un crecimiento que ocurre en el interior, como una novela que se escribe todo el tiempo, un mundo que se desarrolla dentro del niño. En la salud hay amplias oportunidades para un intercambio entre esta vida en el mundo interno y el mundo externo del vivir y de las relaciones. Cada una enriquece a la otra. (Lo que pasa en la mala salud se describirá luego; véanse las págs. 120 y sigs. y 139 y sigs.)

LA POSICION DEPRESIVA: RECAPITULACION

- A. Si se da por sentado todo el desarrollo previo:
- B. El bebé o niño comienza a sentir, por momentos, que el self tiene dimensiones limitadas:
- C. El self se siente cada vez más firmemente como una unidad:
- D. A un objeto externo al self se lo siente como una cosa total:

E. Este sentimiento del carácter total del self se refiere al mismo tiempo al cuerpo y a la psique, de modo tal que si el niño dibuja un círculo como retrato de su self, no hay diferenciación entre el cuerpo y la psique.

(Doy por supuesto que todo el tiempo hay una madre que sostiene la situación, día tras día, semana tras semana.)

F. A esta totalidad de tipo espacial agréguese una tendencia similar a una congregación del self en el tiempo, una articulación del pasado, el presente y el futuro.

G. La escena está montada ahora para una relación con nuevas características, nuevas en tanto el bebé o niño se ha vuelto capaz de tener experiencias y de ser alterado por éstas sin por ello dejar de retener su integridad personal, su individualidad, su ser.

H. Las fases excitadas de las relaciones, con participación de los instintos, ponen a prueba la estructura que acaba de desarrollarse, en especial cuando el bebé que se halla en un estado calmo entre excitaciones contempla los resultados de la acción y de la idea excitadas.

I. El bebé comienza a preocuparse de dos maneras:

1. Se preocupa por el objeto del amor excitado.
2. Se preocupa por los resultados de la experiencia excitada en su propio self.

Ambas están interrelacionadas, ya que sólo en la medida en que el bebé se vuelve capaz de desarrollar un self estructural, con una riqueza interior, puede sentir al objeto amado como una persona estructurada y valiosa.

J. La preocupación por el objeto amado surge a raíz de los elementos agresivos, destructivos y adquisitivos del impulso de amor primitivo que poco a poco se asimila al self total (articulación de la personalidad en el tiempo). El niño se vuelve entonces responsable por lo que ocurrió en la última comida y por lo que ocurrirá en la siguiente.

El impulso primitivo era cruel, desde el punto de vista del observador. Para el bebé el impulso primitivo es anterior a la crueldad, y sólo llega a sentir que fue cruel cuando

* finalmente se integra y se convierte en una persona única y responsable que mira al pasado. A partir del logro de la integración (pero no antes), el niño controla los impulsos instintivos teniendo en cuenta la amenaza de crueldad, que engendra en él una culpa intolerable —vale decir, el reconocimiento del elemento destructivo de la burda idea excitada primitiva.⁶

La culpa por los impulsos de amor primitivos es un logro del desarrollo; ella es demasiado grande como para que el bebé humano la soporte, salvo mediante un proceso gradual posterior al establecimiento del círculo benigno que hemos descrito. Aun así, el impulso de amor primitivo continúa sirviendo de base a las dificultades inherentes a la vida, o sea, las propias de la salud —y más de la salud que de quienes no han podido alcanzar la “posición depresiva” en su desarrollo, esa posición específica que permite la experiencia plena de la preocupación—. Los psicóticos, los que padecen perturbaciones derivadas de un nivel aún anterior y más básico, tienen sus propias dificultades y problemas, particularmente irritantes por el hecho de no ser inherentes a la vida, de no ser tanto una parte de ésta como una parte de la lucha por alcanzarla —el tratamiento feliz de un psicótico le permite comenzar a vivir y comenzar

6 Muchos piensan que el impulso excitado primario no es destructivo, sino que la destructividad se introduce en la elaboración imaginativa a través de la rabia provocada por la frustración. No obstante, la omnipotencia del bebé es parte integral de esta teoría, de modo que el resultado es el mismo. El bebé se pone rabioso debido a que la adaptación a la necesidad nunca es completa. Empero, considero personalmente que si bien esta teoría es correcta, no es fundamental ya que esa rabia ante la frustración no se remonta a una época suficientemente temprana. En la actualidad, creo necesario suponer que existe un impulso primario agresivo y destructivo indiscernible del amor instintivo que es propio de la primerísima etapa de desarrollo del bebé.

[Agregado en] 1970: *Nota bene*: Esta es la razón por la cual no pude publicar este libro. Para mí la cuestión se resolvió en “El uso de un objeto” [Winnicott, “The Use of an Object”, en su libro *Playing and Reality*].

a experimentar todas las dificultades inherentes a la vida.

Es probable que el mayor padecimiento del mundo humano sea el de las personas normales, sanas o maduras. Esto no es reconocido, en general. Sin duda estará descaaminado quien procure observar la perplejidad, la desdicha y el dolor en un hospital neuropsiquiátrico, a pesar de lo cual habitualmente hay [cierto] grado de padecimiento que se evalúa de este modo superficial.

K. Preocupación por los resultados que producen las experiencias instintivas en el self.*

REEXAMEN DE LA REPRESION

El concepto de represión, esencial en la teoría de la naturaleza humana formulada de acuerdo con la progresión del predominio instintivo, pasa a ser ahora algo que podemos ilustrar mediante la propia imaginación del bebé. Podemos decir que ciertos objetos incorporados, relaciones entre objetos, o ciertas experiencias introyectadas, quedan (por así decir) enquistadas, rodeadas de poderosas fuerzas defensivas que les impiden ser asimiladas o adquirir una vida libre entre todo el resto de lo que hay en el interior.

El bebé o niño nunca está libre del todo de la duda sobre el self, pues esta tarea de discriminación y redistribución nunca se completa, y aquello que se completa es perturbado por la próxima experiencia instintiva.

De este modo, hay un enriquecimiento de la fantasía a partir de cada experiencia nueva y un fortalecimiento del sentimiento de realidad de la experiencia. Cuando el cuerpo participa en las experiencias, usamos términos como incorporación y excreción o evacuación, términos que dan cabida a una función corporal y a una elaboración de

* El autor no desarrolla aquí este punto. (T.)

la psique. Si el peligro que se corre por la situación interna es grande, no pueden aguardarse las oportunidades de expresión instintiva o funcional que conceda la realidad externa, y entonces tienen que emplearse los procesos más mágicos para los cuales usamos los términos "introyección" y "proyección".

MANEJO DE LAS FUERZAS Y OBJETOS MALOS

El fenómeno interno malo que no puede contrarrestarse o controlarse o expulsarse se convierte en un fastidio. Pasa a ser un perseguidor interno y es sentido por el niño como una amenaza que viene de adentro. Con suma facilidad esto se transforma en un dolor. Un dolor debido a una enfermedad física es quizás investido de las propiedades llamadas persecutorias. El dolor severo puede ser tolerado si se lo separa de la idea del objeto o fuerza interna mala, y, por otro lado, en un estado de persecución desde adentro prevista, trastornos minúsculos o sensaciones corporales nimias pueden sentirse como dolor; en otras palabras, se ha producido una disminución del umbral de tolerancia del dolor.

Los elementos persecutorios pueden volverse intolerables y entonces son proyectados, se los encuentra en el mundo externo. O existe cierta capacidad de tolerancia, en cuyo caso el niño espera una situación en que se produce una persecución real desde afuera y la siente en forma exagerada, o bien no hay tolerancia alguna y el niño alucina un objeto malo o persecutorio; vale decir, se proyecta mágicamente un perseguidor y se lo encuentra, de modo delirante, fuera del self. Así pues, cuando hay expectativa de persecución, la persecución efectiva trae alivio, debido a que el individuo no precisa entonces sentirse delirante o loco.

Clínicamente es común hallar que se alternan dos estados, a saber: la persecución interna (cierta situación

intolerable con o sin base en un proceso mórbido corporal) y el delirio de la persecución externa, que trae un alivio temporario del malestar interior o psíquico.

Hay un estado clínico en el cual el niño está, por así decirlo, a mitad de camino entre ser capaz y ser incapaz de ingeniárselas para desembarazarse de los objetos malos mediante la excreción, con un excesivo temor del elemento persecutorio presente en las heces como para completar el proceso. Normalmente presenta como síntoma la constipación, en la cual el perseguidor está representado por las heces (que se endurecen al deshidratarse mientras permanecen en el recto). En la época en que se expuso por primera vez esta teoría⁷ no se sabía que el perseguidor empezaba a perseguir cuando estaba en la panza, y en rigor extraía su carácter persecutorio del impulso sádico oral.

Suele suceder que los padres (y los médicos y enfermeras) temen a las heces, y este temor se despliega en una desocupación persistente del recto del niño, ya sea mediante laxantes, lavativas o supositorios. A un niño así tratado no se le brinda la oportunidad de entenderse con las ideas persecutorias en forma natural. Asimismo, la acción de los padres conduce fácilmente a una hiperestimulación anal; por ende, se hace demasiado hincapié en el ano como órgano erótico, y él asume el erotismo correspondiente a la boca. En estas circunstancias, el ano puede cobrar mayor importancia para su dueño como órgano receptivo excitable que como el que sirve para el pasaje y eliminación del material que ya no es útil, y que es potencialmente persecutorio.

El conocido interés del niño por las heces y sus sustitutos, así como por el destino de las heces y por los sistemas de evacuación en general, extrae fuerza del carácter poten-

⁷ Ophuijsen, J. H. W., van, "On the Origin of the Feeling of Persecution" (1920).

cialmente persecutorio de las heces. Esto encuentra su equivalente en la función urinaria.

A la postre, cuando se establece la plena función genital, puede equipararse al semen con la persecución potencial; en tal caso, será preciso sacárselo de encima o dañará el interior del cuerpo. El semen es, por lo tanto, malo y el hombre no siente que puede causar la concepción de un niño en la mujer amada (aunque en efecto ya la haya causado y él tenga delante de sus ojos al niño sano resultante). Si esto se da en menor grado, explica la preocupación del hombre sano por la mujer a la que fecundó o, en otras palabras, su sentido de la paternidad.

En la mujer, el equivalente de esto es un sentimiento de que el hombre no tiene nada que ofrecerle más que los elementos persecutorios a los que él teme, y lo único que ella puede hacer es tratar de evitar que se la utilice en el afán del hombre por sacarse de las manos la materia mala. De esta manera quedan irresueltos residuos de los conflictos internos que pueden interferir en la capacidad sexual.

RIQUEZA Y COMPLEJIDAD INTERIORES

Ahora es dable ver al mundo interno como algo capaz de llegar a ser infinitamente rico, aunque no quizá infinitamente complejo; la complejidad es algo que crece de modo natural, y que tiene un fundamento simple.

El examen de la forma como la psicoterapia, de uno u otro tipo, afecta el mundo interior arroja una luz interesante sobre su funcionamiento y sobre la relación que el individuo mantiene con él.

La "posición depresiva" interesa a todos los que se preocupan por los seres humanos de cualquier edad. Tampoco estas cuestiones vinculadas con el tempranísimo desarrollo emocional son meros fenómenos de interés teórico; son cuestiones que son, y seguirán siendo, la tarea básica de

cada ser humano a lo largo de la vida. Las tareas continuaban siendo las mismas, pero a medida que el ser [humano] crece y se desarrolla hay en mayor medida un individuo en ellas, comprometido en la lucha real que es la vida.^{8 9}

En esta descripción, el mundo interno es el mundo personal en la medida en que se lo manifiesta, en la fantasía, dentro de las fronteras del Yo —y dentro de la piel del cuerpo—. Ahora podemos avanzar un paso más allá y decir como caso no atípico, aunque desde luego no la vida al mundo interno de una persona está sujeto todo el tiempo a cambios de acuerdo con los sucesos que acontecen en las relaciones externas de dicha persona, y de acuerdo con los cambios sentimentales que experimenta en sí misma, y lo logra generalmente, a que falte por veces en alcanzar la gratificación.

El mundo interno llega a tener una estabilidad propia, pero los cambios que en el subconsciente están relacionados con las experiencias del yo total en las relaciones externas. Las experiencias insatisfactorias generan la ansiedad y reducen el mundo de cosas y hechos internos que se sienten malos. Hasta que estos quedan resueltos, o son controlados o disminuidos mediante persecuciones in-

8 En este lugar aparece en el manuscrito la nota siguiente: Destete. Incluir aquí el artículo sobre el destete.

Es probable que se refiera al capítulo *Weaning* incluido en Winnicott, D. W., *The Child, the Family and the Outside World* (1949).

9 Al margen de este párrafo había una nota que decía: "reescribir".

sentido del dolor o por la enfermedad, o bien por un menor umbral de sensibilidad ante el malestar sensorial.

ESTILO DE VIDA PARANOIDE

Los agrupamientos de perseguidores que son una amenaza demasiado grande y no pueden esperar para su excreción (ligada a la experiencia instintiva) deben ser eliminados por proyección, o sea, mágicamente. Si hay algo que puede percibirse como malo en el mundo externo inmediato, se vuelve un perseguidor y el sistema paranoide del niño queda oculto por la reacción a la amenaza real externa. Si no hay nada malo a su alcance, se ve obligado a alucinar un elemento persecutorio, y el resultado es un delirio de persecución. Los individuos aprenden gradualmente a conseguir que el mundo los persiga, de modo tal que puedan aliviarse de la persecución interna sin la locura del delirio.

Es interesante comprobar cuán precozmente se presenta en la clínica el estilo de vida paranoide. La situación de persecución prevista puede desarrollarse cuando el niño ya ha vivido algunos años sin ninguna tendencia persecutoria evidente; no obstante, en tal caso, algún trauma importante (concusión, operación del mastoide) da cuenta del cambio —una coincidencia casual de dos o tres factores adversos—. Sin embargo, a menudo es posible en la infancia formular un diagnóstico cierto.

El episodio inicial suele estar claro en la historia del sujeto, pero no es raro que la sensibilidad a la persecución, las sospechas y la actitud poco amistosa estén presentes desde el comienzo, cuando la madre falló (quizá no por haber cometido ninguna falta propia) en lo tocante a establecer la primera relación y en sus primeros empeños por presentarle el mundo al bebé.²

² Véase más adelante, págs. 153 y sigs. y 179 y sigs.

Muchos bebés con lo que parece ser una disposición hipersensible salen adelante hasta llegar a tener confianza en el mundo gracias a unos cuidados prolongados y excepcionalmente adaptativos en su crianza; y aun en el caso de chicos más grandecitos con expectativas de ser perseguidos, con frecuencia es posible mejorar la situación merced a un manejo especializado.

En la psicoterapia, los indispensables cambios profundos sobrevienen mediante el levantamiento de la represión impuesta al sadismo oral; esto sólo puede hacerse en un tratamiento analítico personal intensivo.

LA DEPRESION Y LA "POSICION DEPRESIVA"

La depresión, como estado de ánimo, tiene muchas causas:

1) Pérdida de vitalidad debido al control del instinto en los primeros momentos posteriores a la congregación en una totalidad, a partir de un estado de disociación.

2) Duda sana corriente, estado de comprobación del propio self posterior a la experiencia instintiva, antes de que un período de contemplación haya posibilitado la discriminación de lo bueno y lo malo y el establecimiento de una pauta temporaria de manejo de los objetos, fuerzas y fenómenos internos.

3) La depresión que se manifiesta como estado de ánimo cuando la duda sobre los fenómenos internos es excesiva, de manera tal que se adopta como defensa una sofocación ciega de toda la vida del mundo interno. Se trata de una exageración de 2) equivalente a un estado patológico.

Ha de advertirse que existen otros significados, extremadamente importantes, del término clínico "depresión", y que el concepto de [la] llamada "posición depresiva" como etapa del desarrollo normal no es útil en la elucidación (por ejemplo) de la depresión que corresponde a la despersonalización.

La depresión como fenómeno clínico de la infancia ha sido bien descrita y no [es] poco común; hay, no obstante, algunas afecciones físicas más bien infrecuentes que deben tenerse presentes en el momento del diagnóstico diferencial (por ejemplo, la enfermedad de Pink)³.

Klein (según mi punto de vista) no ha dicho que los bebés se deprimen normalmente, o sea, que entran en un estado de ánimo clínico depresivo, aunque ella sabe que pueden hacerlo si enferman. Lo que sí sostuvo es que la capacidad para deprimirse, para tener una depresión reactiva, para hacer el duelo por una pérdida, no es algo innato, ni tampoco una enfermedad: sobreviene como un logro del crecimiento emocional sano, y hay un momento en el desarrollo de todo bebé sano en el cual puede decirse que ya le ha llegado esa capacidad. A esa etapa del desarrollo se la llamó "posición depresiva en el desarrollo emocional", y si se encuentra un nombre mejor, puede usárselo. Lo importante es la nueva capacidad del bebé o del individuo para aceptar su responsabilidad en cuanto a la meta destructiva presente en el impulso de amor total, incluida la rabia por la frustración inevitable a raíz de la omnipotencia de las pretensiones del bebé.

LA DEFENSA MANIACA

Para un desarrollo sano es esencial una cierta seriedad, una duda sobre el self, una necesidad de períodos de contemplación, y la propensión a fases temporarias de desesperanza. Estas situaciones pueden transformarse temporariamente en una especie de opuesto, como un día feriado es lo opuesto a una jornada laboral.

En la salud, la depresión está en potencia y en el núcleo de la personalidad, y es signo de salud. Se manifiesta en una cierta capacidad para la seriedad, así como en dudas

³ Saturnismo, intoxicación causada por la absorción de plomo.

que fácilmente pueden cobrar la forma de una mala salud física poco definida. También se presenta bajo la forma de depresión renegada, oculta en la felicidad, inquietud y animación general que asociamos mentalmente con la idea de la niñez temprana. Así pues, normalmente, en la vida total de un niño, el vaivén maníaco-depresivo aparece en las idas y vueltas de la animación propia de la niñez separada intermitentemente por momentos de gran desdicha, o en la frustración interrumpida por fases de gran júbilo.

El talante depresivo rara vez se presenta como tal, excepto en el caso especial del niño deprivado. De ordinario, la depresión se esconde bajo alguna clase de indisposición que la solicitud de la madre resuelve. En la exageración de la vivacidad del niño se oculta la depresión renegada. En la clínica pediátrica, el diagnóstico más común es el de "inquietud angustiada corriente", que se corresponde con la "hipomanía" de los adultos y apunta a la renegación de la depresión central. Podría decirse que corre peligro el logro de la capacidad para la depresión, y el niño se las ingenia para retener dicha capacidad organizando su renegación. La opción sería un grave retroceso en el desarrollo emocional, volviendo a un estado que existió antes de la integración, y por ende antes de que se alcanzara la "posición depresiva"; en otras palabras, la locura.

Al observar a niños mayorcitos nos encontramos con la enfermedad maníaco-depresiva organizada, que se asemeja doblemente a la que aparece en los adultos; pero en tal caso estamos ante algo inusual, a saber, una enfermedad organizada. En contraste con ello, la inquietud angustiada corriente (hipomanía) es un estado clínico que puede presentarse en niños casi normales, y no hay una clara línea demarcatoria entre él y la conocida labilidad de la infancia y la niñez temprana, período de la vida en que las lágrimas se mezclan con el gran regocijo y el júbilo es atemperado por el pesar.

El hecho central del cual se reniega en la defensa maníaca es la muerte en el mundo interno, o un estado de muerte en todo; y en ella el acento está puesto en la vida, la vivacidad, la renegación de la muerte como hecho definitivo de la vida.

Comprender la relación de los cambios de estado de ánimo con el núcleo central de la capacidad para preocuparse, presente en la personalidad, es de enorme valor para comprender el comportamiento del niño corriente tanto en el hogar como en la escuela.

3. DIVERSOS TIPOS DE MATERIAL PSICOTERAPEUTICO

Al practicar el psicoanálisis, uno está constantemente atento a los indicios de la fuente principal del material presentado para su interpretación.¹

En este punto puede ser útil para el lector considerar los tipos de material que los pacientes presentan en el análisis. Estos tipos pueden discriminarse, si bien al realizar el tratamiento el analista está siempre pronto a combinar dichos tipos. Ante todo, es necesario indicar de qué manera se inicia el tratamiento, de modo tal que quede perfectamente diferenciado de una terapia de juego y de las actividades grupales de toda índole. En el psicoanálisis (aparte del análisis adaptado a las necesidades del paciente psicótico), el tratamiento se inicia cuando se formula la primera interpretación que trae a la conciencia algún elemento del material presentado que ya estaba en condiciones de serlo pero aún no era plenamente aceptado por el paciente.

1 *Nota para la revisión:* El psicoanálisis parte del paciente + → desarrollar el tema del proceso de cooperación inconsciente, el crecimiento y el uso de la intimidad, la revelación del propio self, las "sorpresas".

Por ejemplo, un niño de 3 años toma tres ladrillos y hace un túnel, luego toma dos trenes y los hace chocar en el túnel; interpretación: dentro tuyo las personas se encuentran y tú las sostienes y las haces chocar, o las mantienes apartadas; me estás hablando de mamá y papá, y de la forma como se aman o pelean, y tú pareces quedar al margen de todo. (El niño tuvo un agudo ataque de asma cuando los trenes chocaron, y la interpretación, que en este caso fue formulada a los tres minutos de iniciado el análisis, hizo que el ataque desapareciera de inmediato.) Se observará que ésta no fue una interpretación transferencial; como analista simplemente aproveché, en ese primer momento, la creencia en las personas que el niño trajo consigo. El niño aportó al tratamiento ciertas expectativas basadas en las actitudes de los padres a las que ya estaba habituado, y tal vez estaba también bajo la influencia de lo que se le dijo acerca de acudir al tratamiento. Sea como fuere, una vez que formulé la interpretación el tratamiento empezó, y todo el material subsiguiente se vio afectado por el hecho de que yo ingresé en la vida del chico como un ser humano capaz de poner las cosas en palabras, de abordar objetivamente una situación plena de sentimientos, de tolerar el conflicto y de ver lo que estaba a punto de volverse consciente en el paciente, y por ende de volverse aceptable como fenómeno del self.

En este caso particular, si no hubiese sido formulada la interpretación el niño se habría ido a su casa con asma y el tratamiento habría fallado de entrada. Sin embargo, en muchos casos no hay prisa; la idea que el niño tiene de acudir al tratamiento puede ser usada gradualmente por el analista mientras reúne información, antes de resolver qué clase de interpretación es la mejor para poner en marcha el trabajo profundo del tratamiento.

La cooperación del paciente es, en lo fundamental, inconsciente, pero el tipo de material que presente dependerá del lenguaje del analista. El paciente (por peque-

ño que sea) aprecia en qué forma le resulta más fácil trabajar al analista, y cómo puede ser embaucado con mayor facilidad.

El material del análisis (de un niño o un adulto) puede clasificarse aproximadamente en estos tipos:²

- 1) Relaciones externas como las que se dan entre personas totales.
- 2) Muestras del mundo interno y variaciones sobre el tema de la vida de la fantasía, situada dentro o fuera.
- 3) Material intelectualizado con el cual puede trabajarse, pero este trabajo necesita ser repetido en otra forma, con sentimientos, en la relación transferencial.
- 4) Material que indica principalmente las debilidades estructurales del Yo, la amenaza de pérdida de capacidad para la relación, y la amenaza de irrealidad y despersonalización.

1) El análisis del primer tipo de material sigue los lineamientos del lenguaje de mi primer capítulo [de la parte III], con la interpretación de la conciencia incipiente en la situación transferencial; la materia del análisis es la experiencia instintiva y la fantasía elaborada en torno de la función física, y la meta del analista consiste en reducir cuantitativamente la obra de la represión. Las particulares condiciones del encuadre analítico permiten que el paciente organice y socialice la nueva potencialidad que resulta cuando se aminora la obra de la represión.

Como ejemplo de este material, tomaré un detalle del análisis del mismo niño pequeño. En una ocasión subió las escaleras que llevaban al consultorio advirtiéndome "¡Yo soy Dios!". Supe así que pensaba usarme como una persona mala a la que debe castigarse. La intensidad de sus sentimientos fue tremenda. Pronto maniobró de modo tal que yo

² Nota para la revisión: Agregar clasificación por vía del ambiente.

quedé parado sobre una mesa en el centro de la habitación, lo bastante lejos de él como para que pudiera engañarme. Pese al especial cuidado que yo puse, me pegó entre los ojos con un palo que había mantenido escondido. Se identificó con una persona poderosa y estricta de su mundo interno y me usó para repretarse como el hijo del triángulo edípico: yo tenía que ser asesinado. También en este caso debió formularse rápidamente una interpretación antes de que surgieran consideraciones secundarias, como la idea de que debía sentir pesar por haberme herido. En el material efectivo no había cabida para el pesar o la culpa. Un material semejante, con menos angustia, me había advertido cuál era el significado exacto de lo acontecido en ese momento de tensión, y en otras oportunidades los roles se habían invertido, de manera tal que su angustia fue grande. De este material, como de cualquier otro, podría afirmarse que hasta cierto punto era una muestra de la vida de su mundo interno. No obstante, en lo fundamental era expresión de la fantasía inconsciente en la relación interpersonal, en la que tanto él como yo éramos personas totales.

2) Como ejemplo de material del mundo interno presentado en el análisis tomaré el juego de un niño que usó concretamente la mesa, y el juego quedó circunscripto por el momento a los límites fijados por ésta. Se da por supuesto que hay un mundo no representado en la muestra, pero en ella se expresa una vida, como si se escribiera un capítulo de una novela. Hay personajes buenos y malos y representantes de todos los mecanismos de defensa característicos del mundo interno del niño que ha alcanzado la integración y ha asumido responsabilidad por un conjunto de recuerdos, sentimientos e instintos que constituyen el self. Tal vez sucedan hechos violentos y se franqueen los límites, pero este quebrantamiento de los límites es importante como fenómeno en sí. A menudo el niño tendrá la habitación algo a oscuras y es bastante obvio que el analista está en el interior del niño, desempeñando uno u otro rol según las

directivas verbales que éste le da. El mundo es regido por la magia, y el control mágico está representado por las indicaciones verbales del niño, que controlan al analista y transfiguran los objetos del cuarto, modificando las reglas de acuerdo con sus caprichos. Cuando la habitación es transformada de este modo, de manera que sus paredes representan las fronteras del Yo del niño, hasta cierto punto también el mundo externo es alterado al desecharlo. No hay una transición suave entre el adentro y el afuera, y el final de la hora pasa a ser un asunto que requiere un hábil manejo.

En el caso del niño retraído, el analista entra en un mundo artificialmente benigno, ya que las fuerzas y objetos malignos han sido colocados afuera. En tal situación, el analista queda atrapado en una serie interminable de acciones mágicas y al niño le resulta extraño que él no sepa lo que se pretende. El niño podrá volar, y se supone, desde luego, que el analista lo tomará en sus brazos y cruzando el cuarto con él lo depositará en el nido, situado arriba de un armario. Fuera del consultorio, en este caso, quedan a la espera todas las fuerzas de la persecución, y el más leve ruido puede provocar terror. Una intromisión accidental de un tercero en la habitación puede ser calamitosa, y el final de la hora exige un tratamiento muy especial.

Este material del mundo interno se ve afectado por la presencia en su interior del analista, sobre todo si éste es capaz de comprender con presteza lo que se requiere y, por consiguiente, de avenirse a la necesidad de control mágico que tiene el niño. El analista que conserva la objetividad y el sentido de realidad que el niño ha perdido, al par que desempeña diversos roles de manera sensible de acuerdo con la necesidad, reconoce a la vez la necesidad de magia que tiene el niño y la necesidad de hechos correspondientes a la realidad externa. Atrapado en ese material del mundo interno, tiene un margen limitado para la interpretación de los fenómenos con los que se topa. No obstante, en el

transcurso de la hora hay ocasiones en que los detalles de ese mundo interno pueden ser vinculados con los fenómenos propios de las relaciones externas del niño, ya sea con su vida instintiva como ser humano total, o con la vida que ha tenido en las últimas 24 horas y ha introyectado.

Jugando con un niño que presenta esta clase de material, el analista advierte la insuficiencia del término "fantasía" [*fantasy*], insuficiencia que los analistas han tratado de sortear utilizando esa palabra con otra grafía [*phantasy*] para indicar su carácter inconsciente. Sin embargo, esto no resulta satisfactorio, sobre todo porque la fantasía [*fantasy*] no es del todo inconsciente. La frase "realidad psíquica" expresa la comprensión, por parte del analista, de que la fantasía presentada por el paciente es real a su manera y está muy lejos de lo que se denomina "fantaseo" [*fantasying*], el cual hasta cierto punto se halla bajo control consciente, habiendo sido tamizados sus elementos indeseables. En el material de la realidad psíquica no hay lugar para la renegación, dado que el material eliminado hay que colocarlo empero en algún lado.

3) Ejemplo de material intelectualizado serían las fases de un análisis en que el niño, al igual que un adulto, cuenta sus sueños, formula preguntas y presume que se hará un examen objetivo de una situación. En ciertos análisis la labor se realiza principalmente de esta manera, en particular con adultos y adolescentes. Aun los niños pequeños hacen este uso del analista de vez en cuando, pero este trabajo es preparatorio y recurre a la expresión más directa que aparece, de forma gradual y evidente, en el juego del niño pequeño. La diferencia entre el análisis de un niño pequeño y el de un adulto es que en su mayor parte la actuación del niño pequeño cobra la forma de juego durante la sesión, en tanto que casi toda la actuación del adulto puede pertenecer a su vida externa al análisis, mientras que en éste el trabajo es verbal. Sin embargo, el analista está preparado para atender al niño pequeño que

hay en el adulto, así como al adulto que hay en el niño pequeño.

4) Como ejemplo de material lúdico que indica angustia respecto de la estructura del Yo, mencionaré el caso de un chico de 6 años cuyos estallidos maníacos señalaban una desintegración violenta. Usando una mesa redonda, colocó casas a lo largo de todo el borde de la mesa, y luego otra fila de casas más adentro. Dentro del segundo círculo de casas quedaba poco espacio para la vida. Se podrían haber interpretado los detalles de esta vida, pero la interpretación principal se relacionó con el excesivo énfasis en el cuerpo o frontera del Yo. Concomitantemente, el chico estaba desarrollando una personalidad muy exagerada. En otra ocasión usó muchos compartimientos de una repisa de chimenea, colocando en cada uno una muestra de la vida de su mundo interno, sin dar cabida a ninguna relación entre ellos (disociación como defensa).

Una chica de 6 años, recuperada de una fase psicótica en la que yo había podido serle útil un año atrás, volvió a mi consultorio por pedido de ella misma, trayendo consigo a una hermanita. Esta tomó los juguetes y jugó como una nena cualquiera, mientras la que había sido mi paciente construía una larga fila de casas, creando así una calle que se extendía a todo lo ancho de mi consultorio. Pude averiguar que estaba uniendo mi casa con la suya, la cual se hallaba a 15 kilómetros de distancia, y a la vez uniendo el pasado con el presente y mostrándome cuánto le había costado mantener la relación conmigo a lo largo del año transcurrido desde el final de su tratamiento.

El material vinculado al alojamiento de la psique en el cuerpo cobra muchas formas. A veces el cuerpo es dañado o se excita, o queda indicado claramente en el encuadre del juego. Un contacto afectuoso entre paciente y analista puede convertirse en un rasgo notorio que necesita ser interpretado, ya que es producido con una finalidad, como cualquier otro material de un análisis. Igual importancia

[Handwritten signature]

puede tener el hecho de simular que se está comiendo o traer comida para consumirla efectivamente en el consultorio, o bien pueden haber propuestas sexuales de índole más directa. El niño que ha aprendido que el material que presenta es interpretado se siente sorprendentemente libre de producir material de cualquier especie, según la necesidad de la sesión.

4. ANGUSTIA HIPOCONDRIACA

La concepción que tiene el teórico sobre el ser humano en función de una membrana que lo limita, con un adentro y un afuera, es al mismo tiempo un dibujo que el bebé puede hacer del self o de su prójimo. Al bebé le preocupa un adentro y los fenómenos que allí acontecen, a los que ya me he referido, y le preocupan el cuerpo y la psique al mismo tiempo. Es en este punto donde comienza a tener un sentido especial el término "psicosomático".

Al principio existe la identidad simple de cuerpo y psique, desde el punto de vista del bebé. Aquí se inicia un estado de cosas en el que la *mala salud* es idéntica a la *duda* sobre sí mismo. Para el hipocondríaco de cualquier edad, el problema es la duda y no la enfermedad. Se trata de un equilibrio de las fuerzas de lo "bueno" y lo "malo" en el adentro, y esto es válido para el bebé y para el paciente psicosomático, así como para el filósofo más complicado que duda.

La salud del cuerpo, en la medida en que se la siente o advierte, se traduce en la fantasía, y a la vez los fenómenos de la fantasía se sienten en función del cuerpo. Por ejemplo, un sentimiento de culpa puede expresarse mediante vómitos, o bien puede sentirse que los vómitos (que tal vez tengan una causa física) traicionan el self interno secreto, y por lo tanto son una catástrofe. Con independencia de la

enfermedad, la salud corporal reconforta activamente al bebé que se enfrenta con dudas sobre la psique, y la salud de la psique promueve un funcionamiento corporal sano, con capacidad para la ingestión, la digestión y la eliminación.

A este punto del desarrollo debe atender el investigador de lo psicossomático para examinar las raíces del tema que lo ocupa. Aquí se encontrará la base del estudio del vasto tema de la interrelación de los trastornos físicos y psicológicos. Aquí puede hallar el psiquiatra explicación para muchos fenómenos de la depresión y la hipocondría (también de la paranoia, véase más adelante), y en la psiquiatría de la infancia se encontrará con una clase de psiquiatría que todavía permanece poco embrollada por los fenómenos subsidiarios de la enfermedad "mental" o de las formaciones "intelectuales" secundarias. Naturalmente, el psicoanalista observa todo esto con el mayor interés; en el estudio de la histeria de conversión algo puede ganarse a partir del examen de la mezcla original, en el bebé, del cuerpo en sí con los sentimientos e ideas sobre el cuerpo.

Parte IV

De la teoría de los instintos a la teoría del yo

A. El establecimiento de una relación con la realidad exterior.

B. La integración del self interior a partir de un estado no-integrado.

C. El surgimiento de la psique en el cuerpo.

No es necesario ninguna aclaración acerca del desarrollo que pudiera hacerse para determinar el orden de la investigación. Se apreciará que a medida que retrocedemos a estados más primitivos del ser humano en desarrollo, cada vez nos vamos más profundos y evidentemente actuales en el estudio del individuo, que en términos de la psicología de la infancia.

1 Véase Winnicott G. W., "Primitive Emotional Development", *Journal of the American Psychoanalytic Association*, vol. 1, p. 187, 1953. Véase también "The Integration of the Self", *Journal of the American Psychoanalytic Association*, vol. 1, p. 197, 1953. Véase también "The Self and the External World", *Journal of the American Psychoanalytic Association*, vol. 1, p. 207, 1953.

INTRODUCCION. DESARROLLO EMOCIONAL PRIMITIVO

Algo artificialmente, elegiré tres lenguajes distintos para describir los fenómenos tempranos del desarrollo emocional.¹ En primer lugar examinaré:

A. El establecimiento de una relación con la realidad externa.

Luego B. La integración del self unitario a partir de un estado no-integrado.²

y C. El alojamiento * de la psique en el cuerpo.

No encuentro ninguna secuencia clara en el desarrollo que pudiera usarse para determinar el orden de la descripción.

Se apreciará que a medida que retrocedemos en nuestro estudio del ser humano en desarrollo, cada vez nos vemos más profunda y evidentemente envueltos en el estudio del ambiente, que en términos de la psicoterapia es el manejo.

¹ Véase Winnicott, D. W., "Primitive Emotional Development" (1945), donde se brinda una exposición diferente de este mismo tema.

² Nota para la revisión: No-integración \longleftrightarrow integración

* "Lodgement"; más adelante, el autor emplea para este mismo concepto la palabra "dwelling", que hemos traducido "residencia". (T.)

No obstante, en aras de la claridad he resuelto dedicar un capítulo (pág. 211 y sigs.) a este amplio tema, el factor externo, ya que, sea cual fuere el grado de importancia que le asignemos al ambiente, el individuo permanece y confiere sentido al ambiente.

1. ESTABLECIMIENTO DE LA RELACION CON LA REALIDAD EXTERNA

RELACIONES EXCITADAS Y CALMAS

Conviene separar dos aspectos de este tema: las relaciones "excitadas" y las relaciones "calmas".

Tenemos permanentemente presente a un bebé. Imaginemos una primera lactación teórica. Aquí está el bebé con su tensión instintiva en desarrollo. Surge una expectativa, un estado de cosas en el cual el bebé está preparado para encontrar algo en algún lugar, sin saber qué. En el estado calmo o no excitado no hay una expectativa comparable. Más o menos en el momento adecuado, la madre le ofrece el pecho.¹

Si la madre es capaz de preocuparse por su tarea, será capaz de brindar el marco para el comienzo de las relaciones excitadas, porque está biológicamente dispuesta precisamente para esta tarea.

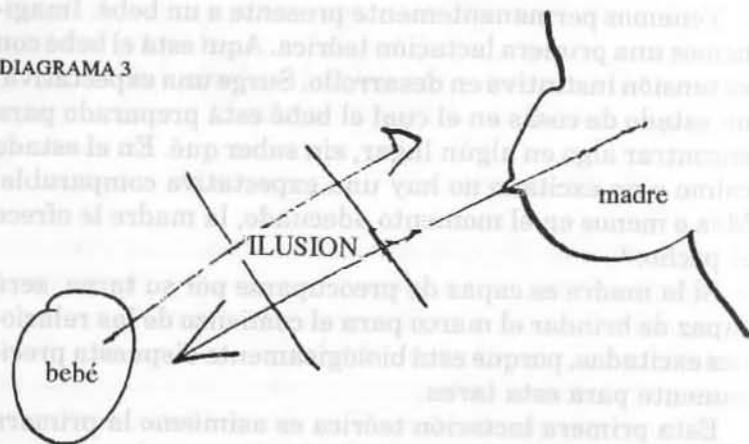
Esta primera lactación teórica es asimismo la primera lactación efectiva, salvo por el hecho de que en la experiencia real no se trata tanto de un acontecimiento único como

¹ El tema es de por sí lo bastante complejo como para que yo agrave aún más las cosas dando cabida aquí a los sustitutos del pecho y de la madre.

de una edificación de recuerdos de sucesos. Cabe afirmar que a causa de la extrema inmadurez del recién nacido, la primera lactación no puede ser significativa como experiencia emocional, pero no hay duda de que si sale bien se establece un contacto, de manera tal que a partir de esa primera experiencia se desarrolla una pauta para las lactaciones subsiguientes, y entonces la tarea de la madre se simplifica enormemente. *Per contra*, si las primeras lactaciones no se manejan bien, pueden causarse grandes perturbaciones y, de hecho, en el momento de esa temprana falla en el manejo se habrá iniciado una pauta duradera de inseguridad.

En la primera lactación (teórica) el bebé está listo para crear, y la madre le posibilita tener la ilusión de que el pecho, y lo que éste significa, ha sido creado a partir del impulso derivado de la necesidad.

DIAGRAMA 3



Desde luego, como filósofos complicados sabemos que lo que el bebé ha creado no fue lo que la madre le presentó, pero merced a su adaptación extremadamente delicada a las necesidades (emocionales) del bebé, ella es capaz de permitirle dicha ilusión. Si ella no es suficientemente

“buena” en este aspecto, el bebé no tiene esperanza alguna de alcanzar la capacidad para una relación excitada con objetos o personas en lo que nosotros, en calidad de observadores, llamamos mundo real, realidad externa o realidad compartida, el mundo no creado por el bebé.

Así pues, al principio hay una adaptación casi exacta a la necesidad, que le proporciona al bebé la ilusión de haber creado objetos externos. Gradualmente disminuye la capacidad de la madre para adaptarse a la necesidad (emocional), pero el bebé dispone de modos y de medios para abordar este cambio. Es engañoso pensar en el establecimiento del sentido de realidad del bebé en función de la insistencia de la madre sobre el carácter externo de las cosas externas. En el lenguaje de este capítulo, las palabras clave son “ilusión” y “desilusión”. Primero hay que dar la ilusión, tras lo cual el bebé cuenta con muchos medios para aceptar la desilusión y aun hacer uso de ella.

Estas experiencias excitadas tienen lugar contra un trasfondo de calma en el cual hay otra clase de relación entre la madre y el bebé. Aquí nos interesa un bebé que se halla en un estado sumamente dependiente y que no se percata en absoluto de esta dependencia. Constituye una simplificación legítima suponer la presencia de la madre, que provee el ambiente que forma parte esencial de la dependencia. Donde hay total dependencia hay una adaptación precisa; en otras palabras, si falla la adaptación materna se produce una distorsión en los procesos de vida individuales del bebé. La madre ha sido responsable del ambiente en forma física antes del nacimiento del bebé, y después de éste continúa con su provisión de cuidados físicos, la única expresión de amor que en un principio el bebé es capaz de apreciar. Para el momento en que podemos postular la primera lactación teórica ya ha habido innumerables ensayos de adaptación y fallas en la adaptación. En ese momento, el bebé ya abriga ciertas expectativas y ha tenido ciertas experiencias que, en mayor o

menor grado, complican la situación. Si dichas complicaciones no son demasiado grandes, algo muy simple sucede. Es difícil encontrar las palabras precisas para describir este hecho simple, pero puede decirse que, en razón de la vivacidad del bebé y del desarrollo de su tensión instintiva, llega a esperar algo, y entonces se produce un querer alcanzar que pronto cobra la forma de un movimiento impulsivo de la mano o de la boca hacia un objeto presunto. Creo que no es inoportuno afirmar que el bebé está listo para ser creativo. Habría una alucinación de un objeto si existiera material mnémico para usar en el proceso de creación, pero esto no puede postularse si se considera la primera lactación teórica. Ahí el nuevo ser humano está en condiciones de crear el mundo. La motivación es su necesidad personal; asistimos a la conversión gradual de la necesidad en deseo.

La madre que pudo atender a las necesidades más primitivas mediante el simple hecho de sus cuidados físicos pasa ahora a cumplir un nuevo papel. Tiene que atender un momento creativo específico y conocerlo gracias a su propia capacidad para identificarse con el bebé y observar su comportamiento. La madre está esperando ser descubierta, y no precisa contar con una valoración intelectual del hecho de que tiene que ser creada por el bebé, de que tiene que desempeñar su parte y ser creada de nuevo por cada bebé.

La madre, que acaba de atravesar una fatigosa experiencia, tiene ante sí una tarea extremadamente difícil. Debe estar pronta con una especie de potencia, de modo tal que no resultan exactamente apropiados ni el pecho excesivamente lleno ni el pecho completamente calmo. En esto la ayuda mucho su experiencia de la potencia genital de su hombre. De un modo u otro, se las ingenia para estar lista con una excitación potencial que, a la larga, desemboca en que da leche. No debe esperarse que en este caso su adaptación sea exactamente precisa. Por fortuna, el bebé

no necesita una pauta de conducta exacta. Si todo sale bien, el bebé es capaz de descubrir el pezón, lo cual en sí mismo constituye un suceso tremendo, con total independencia de la lactancia. Desde el punto de vista teórico es muy importante que el bebé *crea* el objeto, y lo que hace la madre es situar el pezón de su pecho justo allí, en el momento oportuno, para que sea su pezón lo que el bebé cree. Es sin duda muy importante para la madre que el bebé descubra el pezón de esta manera, creativamente. Una iniciación tan delicada de la relación exige ciertas condiciones y debe admitirse que habitualmente no se dan las condiciones apropiadas, porque la tendencia general en la salas de maternidad es hacer caso omiso de esto, tan fundamental y vital en el comienzo de la relación del bebé con lo que, según ya sabemos, es el mundo en el que vive.

Si bien la capacidad del bebé para las relaciones excitadas se construye por una suma de lactaciones (y otros tipos de experiencias excitadas), para un examen teórico la primera lactación es empero el prototipo, y en la práctica debemos dirigir nuestros empeños a un mejor manejo de esta primera lactación.

Cuando todo sale bien, la relación puede establecerse en pocos momentos, mientras que, por otro lado, si hay una dificultad puede llevarles mucho tiempo a la madre y al bebé entenderse entre sí, y no es en absoluto infrecuente que una madre y su bebé fallen desde el comienzo y sufran (ambos) los resultados de esta falla durante muchos años, si no durante toda la vida.

Cabe esperar un porcentaje de fallas, ya que los bebés son de todas clases y las madres no están todas listas, en el momento oportuno, para ejercer su potencia de pecho. De todas maneras, no es del todo inusual que una falla en este momento, catastrófica para el desarrollo del bebé, sea innecesaria; el bebé estaba listo y la madre estaba lista pero las condiciones no eran satisfactorias, o alguien interfirió. Aquí debemos hablar de la psicología de los médicos

y enfermeras que cuidan de las madres que acaban de dar a luz, y de los neonatos mismos. No existe una preparación especial de las enfermeras interesadas particularmente en esta temprana etapa de la vida del bebé y en el cuidado de las madres en las primeras semanas posteriores al parto. Es notable la gran angustia que este asunto de la relación inicial del bebé y la madre genera en muchas mujeres sanas corrientes, y sería difícil encontrar otra explicación de la frecuencia con la cual enfermeras, por lo demás hábiles y amables, tienden a asumir una responsabilidad que debería corresponder a la madre, tienden a tomar la cuestión en sus manos y, de hecho, tratan de forzar al bebé a que tome el pecho. No es raro encontrar enfermeras que, con la mejor voluntad del mundo, levantan a un bebé bien envuelto en su frazadita, de modo tal que no puede sacar las manos, y acercan su boca al pecho, declarando abiertamente que *harán que el bebé tome*.

Aquí, más que en ningún otro lugar, teoría y práctica se someten la una a la otra. La mayoría de estas enfermeras están angustiadas, no porque sean neuróticas, sino porque nadie les ha dicho que el bebé crea el pecho, ni les han hablado de la orientación específica de la madre a la tarea de adaptarse a la necesidad, al arte de darle al bebé la ilusión de que lo que él crea a partir de su necesidad e impulso tiene existencia real.

Debe añadirse que una proporción de enfermeras entiende esto de forma intuitiva y crean con placer las condiciones en que el bebé y la madre puedan entenderse mutuamente.

Es una cuestión puramente práctica. Para conseguir que un bebé se inhiba en lo tocante a la lactancia, o a cualquier alimentación, basta introducirle el pecho sin darle la oportunidad de ser el creador del objeto que ha de encontrar. Tal vez ningún otro detalle que el psicólogo puede enseñar tendría, en caso de ser aceptado, un efecto más profundo sobre la salud mental de los individuos de la comunidad que esta cuestión de la necesidad de que el bebé

sea el creador del pezón del pecho de la madre. Por otra parte, la cuestión no se limita meramente a la posterior salud mental del nuevo individuo.

Quizá las palabras empleadas no sean las correctas. Quizá la palabra "creación" pueda suplantarse por otra más universalmente aceptable o comprensible. Las palabras no importan. Debe encontrarse el modo de hacerles reparar a los encargados de los recién nacidos de la tremenda importancia de la experiencia inicial de una relación excitada entre el bebé y la madre. Hay dificultades inherentes. Las enfermeras y médicos tienen vital importancia para la madre en virtud de lo que pueden hacer para que el parto sea seguro y para asistirle físicamente cuando está exhausta. Cuentan con sus propias capacidades, que adquirieron gradualmente y con dificultad. No hay razón para que estas mismas enfermeras y médicos tengan que ser capaces de confiar a la madre el rol que le corresponde a ésta y que ella sólo ella puede cumplir. Todo lo que la enfermera puede hacer en esta situación es establecer las condiciones en que la madre pueda ser sensible al máximo. Lo que la madre precisa es una oportunidad de ser natural y de encontrar su modalidad propia con el bebé, como lo han hecho las madres desde los albores de la historia humana, y aun antes de que los mamíferos evolucionaran hasta convertirse en el hombre.

Se apreciará que, desde el punto de vista de la enfermera, el contacto inicial entre el bebé y la madre puede parecer un juego; de hecho, así podría denominárselo, y la enfermera a cargo puede fácilmente darse cuenta de que lo que se necesita es trabajar. Sin embargo, el bebé no tiene necesidad inmediata de la leche, hecho bien conocido en pediatría. El bebé que ha descubierto el pezón, y cuya madre está accesible para ofrecerlo a su mano o a su boca en el momento oportuno, puede tomarse tiempo, si es necesario, para empezar a succionar. Tal vez haya un período de masticación, y desde el principio cada bebé

ejecuta su propia técnica, técnicas éstas que pueden persistir y manifestarse luego como amaneramientos. El estudio de esta iniciación en la relación ha de brindar una rica recompensa al observador. La parte importante de la obra de Merrill Middlemore, que fue publicada en el libro *The Nursing Couple* [1941], es su descripción del inmenso cuidado que de ella puso para estar presente en la situación de la lactancia sin perturbar en modo alguno ni a las enfermeras ni a las madres ni a los bebés. Se cuidó de esperar éxitos o de temer fracasos. Debe de haber muy pocas personas dotadas para hacer este tipo de observación íntima.

EL VALOR DE LA ILUSION Y LOS ESTADOS TRANSICIONALES

En la vida real, la primera lactación teórica está representada por la suma de las experiencias tempranas de muchas lactaciones. Después de la primera lactación teórica el bebé comienza a disponer de material para crear. Puede decirse que gradualmente va estando listo para alucinar el pezón en el momento en que la madre está lista para dárselo. Los recuerdos se construyen a partir de innumerables impresiones sensoriales asociadas a la actividad de la lactancia y de encuentro del objeto. Con el correr del tiempo, sobreviene un estado en que el bebé se siente confiado en que habrá de encontrar el objeto de su deseo, lo cual significa que va tolerando gradualmente la ausencia del objeto. Así se inicia su concepto de la realidad externa, lugar desde el cual aparecen los objetos y en el cual desaparecen. Puede decirse que a través de la magia del deseo el bebé tiene la ilusión de disponer de un poder creativo mágico, y la omnipotencia se vuelve un hecho por la adaptación sensible de la madre. La base del gradual reconocimiento del bebé de su falta de control mágico sobre la realidad externa es la omnipotencia inicial convertida en un hecho por la técnica adaptativa de la madre.

En la vida diaria de la infancia podemos observar cómo explota el bebé este tercer mundo ilusorio que no es ni la realidad interna ni el hecho externo, y que nosotros le posibilitamos al bebé, aunque no se lo posibilitamos al adulto, ni siquiera a un chico mayor. Vemos que el bebé se chupa los dedos o adopta una técnica para darse un pellizco en el rostro, o para murmurar un sonido, o para aferrar un trozo de tela, y sabemos que pretende un control mágico sobre el mundo con esos procedimientos, prolongando la omnipotencia (y se lo posibilitamos) a la que atendió, y así instrumentó originalmente, la adaptación de la madre. He visto la utilidad de llamar "transicionales" a los objetos y fenómenos que corresponden a esta clase de experiencia. He denominado "objetos transicionales" a los así usados, y "fenómenos transicionales" a las técnicas empleadas. Estos términos dan a entender que existe un estado temporario que pertenece a la temprana infancia en el cual al bebé se le posibilita pretender un control mágico de la realidad externa, control que, según sabemos, se vuelve todavía no lo sabe—. El "objeto transicional" o primera posesión es un objeto que el bebé ha creado, aunque al mismo tiempo que decimos esto sabemos que es, en efecto, un pedazo de frazada o el fleco de una manta o un pañuelo. La próxima posesión le será dada al bebé por una tía y a cambio de ella él le dirá "ta", reconociendo así una limitación de su control mágico y la dependencia que tiene respecto de la buena voluntad de las personas del mundo externo.

¡Qué importantes son, pues, estos tempranos objetos y técnicas transicionales! Su importancia se refleja en su persistencia, incluso burda, a lo largo de los años. De estos fenómenos transicionales parte mucho de lo que admitimos en diverso grado y valoramos enormemente bajo los rótulos de religión y arte, así como las pequeñas locuras legítimas en el momento en que suceden, según la pauta cultural prevaleciente.

Hay una tierra de nadie, connatural en la infancia, entre lo subjetivo y lo que es percibido objetivamente; y la esperamos y posibilitamos. Al principio al bebé no se le demanda que decida, puede posibilitársele que pretenda, ante algo que es fronterizo, que es al mismo tiempo creado por él y percibido o aceptado desde el mundo, ese mundo que existía antes de que el bebé fuera concebido. Si en una edad posterior alguien pretende condescendencia en este aspecto, se dice que está loco. En la religión y en el arte vemos socializada esa pretensión, de modo tal que al individuo no se lo tilda de loco y puede disfrutar, en el ejercicio de la religión o en la práctica o apreciación del arte, todo lo que resta de la necesidad que tienen los seres humanos de discriminar, en forma absoluta e infalible, entre el hecho y la fantasía.²

FALLA EN EL CONTACTO INICIAL

Estudiaré ahora el efecto que tiene el fracaso en lugar del éxito, el estado que surge ya sea cuando la madre es incapaz de atender los deseos del bebé de una manera suficientemente sensible, o cuando el bebé está demasiado perturbado (a raíz de experiencias previas) para abandonarse a la urgencia instintiva.

En lo tocante al manejo práctico, el bebé que no logra entablar contacto con la realidad externa no muere, habitualmente. Gracias a la persistencia de quienes lo cuidan, es seducido a alimentarse y vivir, por más que la base del vivir sea débil o esté ausente. En términos de la teoría psicológica, la falla en esta circunstancia agranda, en vez de cicatrizar, una escisión en la persona del bebé. En vez de que la relación con la realidad externa sea amortiguada mediante el uso temporario de un estado ilusorio de om-

² A este párrafo se lo encontró dactilografiado por separado y con una nota en que decía que debía agregárselo al resto.

nipotencia, se desarrollan dos clases separadas de relación con el objeto, las que pueden estar tan desvinculadas entre sí como para constituir una grave enfermedad que a la postre se manifiesta en una esquizofrenia clínica. Por un lado está la vida privada del bebé, en la cual las relaciones se basan en su capacidad de crear más que en el recuerdo de los contactos, y por otro lado hay un falso self que se desarrolla sobre la base del sometimiento y se conecta en forma pasiva con las exigencias de la realidad externa. Es muy fácil engañarse al ver la respuesta de un bebé cuando se lo alimenta con habilidad y pasar por alto que ese bebé, que toma de una manera totalmente pasiva, jamás ha creado el mundo, carece de capacidad para las relaciones externas y no tiene futuro como individuo. La explotación de este falso self sometido no puede dar buen resultado. El verdadero self sólo puede manifestarse como una negativa a ser alimentado. El bebé sigue vivo, y es sorprendente cuán satisfechos están los médicos con el resultado. El falso self se organiza con vistas a mantener a raya al mundo, y hay otro self verdadero, oculto y por ende protegido, que se halla constantemente en un estado que podía denominarse "relacionalidad interna". Desde el punto de vista clínico, las pruebas de la vida interna del self oculto pueden evidenciarse en movimientos de bamboleo y otros signos de vida muy primitiva.

La descripción del grado extremo de la escisión lleva a la de los grados menores y, en rigor, a describir en qué forma lo que se describe está presente en algún grado en todos los niños, y es inherente a la vida. En el grado extremo, el niño no tiene razón para vivir en absoluto, pero en los grados menores más comunes hay cierto sentido de futilidad respecto del falso vivir, y una búsqueda constante de la vida que se siente real, aun cuando conduzca a la muerte, por ejemplo por inanición. En los grados menores hay objetos en la relacionalidad interna secreta del verdadero self, y estos objetos han derivado de

cierto grado de éxito en la etapa de la primera lactación teórica. En otras palabras, en los grados menores de esta enfermedad lo que se encuentra no es tanto el estado primario de escisión, como una organización secundaria de la escisión que implica una regresión frente a las dificultades con que el individuo se ha topado en una etapa posterior del desarrollo emocional.

Usando el diagrama correspondiente al caso extremo pueden ilustrarse fácilmente las implicaciones de este modo de considerar el desarrollo emocional temprano y aplicar lo que se ve a la tarea de la persona normal corriente y a las dificultades propias de la vida.³

Es instructivo tomar la labor del artista y describirla en los términos establecidos en este capítulo. De esta manera puede verse que hay dos tipos de artistas. Una clase de artistas operan al principio a partir del falso self, que con harta facilidad es capaz de forjar una representación exacta de una muestra de la realidad externa. El artista

³ Se encontró otra versión de algunos puntos tratados en los últimos párrafos dactilografiada por separado, con una nota para que se lo agregara en este punto. Decía así:

"Cuando hay cierto grado de falla en la adaptación, o bien una adaptación caótica, el bebé desarrolla dos tipos de relaciones. Uno de esos tipos es una relación callada y secreta con un mundo interno, esencialmente personal y privado, de fenómenos subjetivos, y sólo esta relación le parece real. La otra procede de un falso self vinculado con un ambiente externo o implantado al que se percibe vagamente. A la primera le son inherentes la espontaneidad y la riqueza; la segunda es una relación de sometimiento que se mantiene para ganar tiempo, hasta que pueda hacerse valer quizás algún día la primera. En la clínica es sorprendentemente fácil engañarse en cuanto a la irrealidad de la mitad sometida de la técnica que usa para vivir un niño esquizofrénico.

"El problema radica en que los impulsos y sentimientos y la espontaneidad que parecen reales están todos ellos confinados a una relación que es (en grado extremo) incomunicable. En cambio, la otra mitad de la personalidad escindida, el falso self sometido, está allí a la vista de todo el mundo, y es fácil de manejar".

usa esta capacidad y a continuación lo que vemos es el intento del verdadero self del artista por vincular la primera impresión exacta con los fenómenos burdos que constituyen la vitalidad del verdadero self secreto. Si se logra éxito, el artista no sólo ha producido algo reconocible por los demás sino también algo que es propio de su verdadero self; el producto final tiene valor porque podemos apreciar la lucha que se ha librado en el artista en su tarea de reunir los elementos originalmente separados. Si la habilidad técnica arrebatada al artista, usamos la palabra "frívolo" y decimos que es un "virtuoso".

En contraste con ello, está la otra especie de artista, que parte de representaciones burdas de los fenómenos del self secreto o de la vitalidad personal, preñados de significado para él pero carentes en un principio de significado para los demás. En este caso, la tarea del artista consiste en volver inteligibles sus muy personales representaciones, y para ello debe traicionarse hasta cierto punto. Sus creaciones le parecen otros tantos fracasos, por mucho que las aprecie el cenáculo; y en verdad, si son apreciadas por un público demasiado grande el artista tal vez se retraiga por entero, con la sensación de haber falseado su verdadero self. También aquí el logro principal del artista es su labor de integración de los dos selfs.

El primer tipo de artista es valorado por las personas que necesitan tomar contacto con sus impulsos elementales, en tanto que el segundo es valorado por los retraídos, quienes hallan alivio al comprobar que puede compartirse un poco (aunque no demasiado) de lo que es básicamente personal y en esencia secreto.

CREATIVIDAD PRIMARIA

¿Hay o no hay una creatividad primaria? ¿O será que, por el contrario, el ser humano sólo es capaz de proyectar

lo que ha sido previamente introyectado, o (dicho en otro lenguaje) de excretar lo que ha sido incorporado?

¿Cuál es la respuesta frente al problema de la creatividad? Por ejemplo, en la primera lactación teórica, ¿no tiene acaso el bebé ninguna contribución para hacer?

Por lo menos hasta que sepamos algo más, debo partir de la base de que existe un potencial creativo y de que en la primera lactación teórica el bebé tiene una contribución personal que hacer. Si la madre se adapta suficientemente bien, el bebé presume que el pezón y la leche son resultado de un gesto que surgió de la necesidad, de una idea que se montó en la cresta de la ola de tensión instintiva. En mi opinión, estas cuestiones tienen gran significación práctica para el psiquiatra, así como para el pediatra en su trabajo clínico.

Si existe un auténtico potencial creativo cabe suponer que lo hallaremos, junto con la proyección del detalle introyectado, en todo empeño productivo, y distinguiremos el potencial creativo no tanto por la originalidad de la producción como por el sentido de realidad que tiene el individuo acerca de la experiencia y del objeto.

El mundo es creado de nuevo por cada ser humano, quien inicia la tarea por lo menos ya en el momento del nacimiento y de la primera lactación teórica. Lo que el bebé crea depende en gran medida de lo que le es presentado en el momento de la creatividad por la madre que se adapta activamente a sus necesidades, pero si la creatividad del bebé está ausente, los detalles presentados por la madre carecen de significado.

Sabemos que el mundo ya estaba allí antes que el bebé, pero él no lo sabe, y al principio tiene la ilusión de que ha creado lo que encontró.

Ahora bien: esta situación sólo se alcanza cuando la madre actúa suficientemente bien. Este problema de la creatividad primaria ha sido examinado como propio de la más temprana infancia; en rigor, es un problema que

nunca deja de poseer significado, en tanto y en cuanto el individuo está vivo.⁴

Gradualmente sobreviene una comprensión intelectual del hecho de la existencia del mundo antes que la del individuo, aunque perdura el sentimiento de que el mundo es creado por la persona. Hago mucho hincapié en esta parte del estudio de la naturaleza humana. En este punto confluyen muchas cuestiones que en un primer examen parecen desconectadas entre sí. Las enumeraremos:

- A. La cuestión práctica del manejo de la madre y el bebé en las primeras horas y días posteriores al nacimiento de éste (pediatría).
- B. El vínculo de las relaciones excitadas corporales con las relaciones calmas en general, incluyendo los problemas correspondientes al matrimonio.
- C. El problema filosófico del significado de la palabra "real".
- D. La afirmación de las religiones, ligada a la de las artes, según la cual la ilusión es algo valioso en sí mismo.
- E. Los sentimientos de irrealidad de las personas esquizoides y de los esquizofrénicos insanos.
- F. La afirmación del psicótico según la cual lo que no es real es real, y la del niño antisocial según la cual lo que no es verdadero es verdadero y la dependencia (que es un hecho) no es un hecho.
- G. La escisión esencial de la esquizofrenia, frente a la cual la profilaxis consiste en un manejo en la primerísima etapa del desarrollo emocional infantil, cuando la necesidad debe atenderse mediante una adaptación sensible a ella.
- H. El concepto de la creatividad primaria y de la originalidad absoluta, por oposición a la proyección de objetos y fenómenos introyectados (digeridos y tramitados).

⁴ Nota para la revisión: Aquí tomar elementos del juego, la localización cultural, etc.

IMPORTANCIA DE LA MADRE

Hasta cierto punto es verdad que cualquiera que ame al bebé puede satisfacer sus necesidades, pero hay dos series de razones por las cuales la madre es la persona adecuada.

Es probable que el amor que ella siente por su propio bebé sea más auténtico, menos sentimental, que el de cualquier sustituto de la madre; la madre real puede adaptarse en grado extremo, sin resentimiento, a las necesidades del bebé y ser capaz de seguir proporcionándole todos los pequeños detalles de su técnica personal, dándole así un ambiente emocional simplificado (incluyendo al ambiente físico). Un bebé cuidado por varias personas distintas, o incluso por dos, aunque lo hagan hermosamente, comienza la vida de manera mucho más compleja, debe dar por sentado todo un trasfondo de cosas, mucho menos seguras, cuando aparecen los deseos como complicaciones desde adentro.

Si se pasa por alto esta consideración, puede darse origen a muchas confusiones. Es verdad que, como puntualiza Anna Freud, las técnicas son las cosas importantes que afectan al bebé en un comienzo; pero sólo una persona que actúa naturalmente puede ofrecer una técnica simple y continua; y no es probable que nadie, salvo la madre, pueda suministrarla, con excepción del caso de una madre adoptiva adecuada que se hubiera hecho cargo de la criatura desde los inicios mismos. Pero la madre adoptiva suele carecer de la inclinación a la maternidad propia de una madre real, o de ese estado especial para el cual se precisa todo un período preparatorio de nueve meses.

No es fácil para las madres expresar sus sentimientos respecto de la experiencia que tuvieron en las salas de maternidad y los hogares de crianza, pese a que por cierto esos sentimientos fueron muy intensos y no siempre felices. Hasta cierto punto, la intensidad de esos sentimientos se disipa para la madre cuando ya la experiencia ha

quedado varios meses atrás; además, saben, a medida que se alejan de la experiencia efectiva del parto, que en ese momento tan especial eran proclives a imaginar, casi a alucinar, una figura femenina persecutoria, de modo tal que vista en retrospectiva la mala experiencia les parece un sueño desagradable. Ahora bien, a menudo las malas experiencias son harto reales, ya que es muy deficiente la comprensión de la tarea especial que le toca cumplir a la madre en la presentación del mundo a su bebé.

En todo caso, las mujeres que han contado con alguna amiga comprensiva con quien charlar a lo largo de ese período que abarcó varios partos saben que es mucho, sin duda, lo que pueden decir sobre los obstáculos existentes que impiden a una madre entenderse a su manera con su bebé.

Es por cierto una enorme ayuda que el bebé esté en una cuna junto a la cama de la madre, como en el esquema descrito por Spence. Para una enfermera debe ser difícil recordar que una madre que quizás está aún demasiado débil como para alzar en brazos a su bebé desde la cuna sin ayuda es, empero, la persona adecuada, y la única persona adecuada, para adaptarse a las necesidades del bebé, necesidades señaladas de modo tal que exigen específicamente la sutil comprensión de la madre efectiva.

EL BEBE EN EL MOMENTO DE NACER

Parece haber una diferencia entre las necesidades emocionales de los bebés nacidos en término y las de los nacidos prematuramente. Asimismo, es previsible que un bebé posmaduro sea proclive a nacer en un estado de frustración. Sin lugar a dudas, desde el punto de vista de las necesidades emocionales, el momento apropiado para nacer es aquel en que se cumple el término del embarazo, hecho que podría haber sido predicho.

Cabe una disculpa ante el pediatra, en cuanto estas

cuestiones pasan por alto todo el cuidadoso trabajo realizado en materia de fisiología, bioquímica y hematología del recién nacido, y sobre la función alimentaria. Lo cierto es que en la mayoría de los casos puede hoy darse por sentada (gracias a la labor del pediatra) la salud física, y el resultado es la salud, y la salud en puericultura no es el final sino el principio. No era posible estudiar el desarrollo de los bebés hasta tanto no se disipara el temor a la enfermedad y el trastorno físico. Ahora podemos comprobar que el desarrollo sano no implica vigilar el peso de la criatura sino que depende del desarrollo emocional. Confío en mostrar que el estudio del desarrollo emocional es un asunto vasto y complejo.

De nada sirve referirse a la primera lactación como una experiencia instintiva que tiene lugar y termina, sin referirse al ser humano en el que se produce la excitación. Al principio el bebé no puede aceptar la experiencia y asimilar a su self el resultado pleno de los sucesos instintivos. Había un estado no excitado que fue perturbado por el estado excitado. El estado calmo es sin duda el primario, y merece en sí mismo ser sometido a estudio.

Muchísimo es lo que se da por sentado, respecto de la calidad de dicho estado calmo, con el supuesto de que el bebé ha sido (físicamente) bien atendido, en el útero antes de nacer y en su manejo general después. Puede ser provechoso estudiar los resultados de las fallas en la atención física y tratar de deducir lo que realmente ocurre cuando el cuidado del bebé logra éxito, aparte de la satisfacción de las demandas instintivas.

LA FILOSOFIA DE LO "REAL"

A los filósofos siempre les ha preocupado el significado de la palabra "real", y hubo escuelas de pensamiento fundadas en la creencia de que:

"esta piedra y este árbol
dejan de existir
cuando no hay nadie en el patio"

cuya alternativa es:

"esta piedra y este árbol
siguen existiendo
mientras los observa su seguro servidor..."

No todos los filósofos aprecian que este problema, que asedia a cada ser humano, es una descripción de la relación inicial con la realidad externa en la primera lactación teórica, o, para el caso da lo mismo, en cualquier contacto teórico.

Lo expresaré de este modo: algunos bebés son lo suficientemente afortunados como para tener una madre cuya adaptación inicial activa a la necesidad del bebé fue suficientemente buena, y ello les permite forjarse la ilusión de encontrar efectivamente lo que han creado (alucinado). A la larga, una vez establecida la capacidad para las relaciones, esos bebés pueden dar el próximo paso hacia el reconocimiento de la esencial soledad del ser humano. A la larga ese bebé crece y llega a decir: "Sé que no hay ningún contacto directo entre la realidad externa y yo mismo, sólo una ilusión de contacto, un fenómeno intermedio que funciona muy bien para mí cuando no estoy cansado. Que esto implique un problema filosófico no tiene para mí la menor importancia".

A los bebés cuya experiencia ha sido algo menos afortunada los trastorna realmente la idea de que no haya ningún contacto directo con la realidad externa. Pesa sobre ellos todo el tiempo la amenaza de perder la capacidad para las relaciones. En su caso, el problema filosófico pasa a ser vital y continúa siendo una cuestión de vida o muerte, de alimentarse o morirse de hambre, de amor o de aislamiento.

Y otros bebés, aún más desafortunados, para los cuales las primeras experiencias de presentación adecuada del mundo fueron confusas, crecen sin tener la capacidad de ilusión de un contacto con la realidad externa, o bien esa capacidad es tan leve que se derrumba en un momento de frustración y sobreviene la enfermedad esquizoide.

2. INTEGRACION

En la formulación de la teoría psicológica es harto frecuente dar por sentada la integración, pero en un estudio de las primeras etapas del individuo humano en desarrollo es menester concebir la integración como un logro. Hay, sin duda, una tendencia biológica a la integración, pero en los estudios psicológicos de la naturaleza humana nunca es del todo satisfactorio apoyarse en el aspecto biológico del crecimiento.

En la clínica psiquiátrica estamos familiarizados con el proceso de desintegración, la anulación activa de la integración, producida y quizás organizada como defensa contra la angustia que se asocia a esta última. No obstante, el estudio directo de la desintegración puede llevar por mal camino a quien investigue los procesos de la integración.

Es necesario postular un estado no integrado a partir del cual tiene lugar la integración. El bebé que conocemos como unidad humana, seguro dentro del útero, no es todavía una unidad en términos del desarrollo emocional. Si examinamos [esto] desde el punto de vista del bebé (aunque éste no exista, como tal, para tener un punto de vista), la no-integración es acompañada de una falta de percatamiento.

En el inicio teórico hay un estado no integrado,¹ una falta de integridad tanto en el espacio como en el tiempo. En esta etapa no hay percatamiento. Tan pronto hablamos de *un conjunto* de impulsos y sensaciones ya hemos dejado atrás los comienzos, cuando el centro de gravedad del self (por decir así) salta de un impulso o sensación a otro. El comienzo está por cierto en alguna fecha anterior al nacimiento a término.

Del estado no integrado se pasa a una integración durante momentos o períodos breves, y sólo en forma gradual se vuelve un hecho el estado general de integración. La promueven factores internos como el apremio instintivo o la expresión agresiva, cada uno de los cuales va precedido de una conglomeración del self total. En esos momentos se vuelve posible el percatamiento, porque existe un self que puede percatarse. La integración es promovida asimismo por el cuidado ambiental. En psicología debemos decir que el bebé se hace pedazos si no se lo sostiene, y en esta etapa cuidado físico es cuidado psicológico.

La madre sabe, por empatía, que cuando se levanta en brazos a un bebé hay que darle tiempo al proceso. El bebé tiene que ser alertado; las partes del cuerpo se conglomeran; eventualmente, en el momento oportuno, será alzado en el aire; por lo demás, el acto de la madre comienza, continúa y finaliza, ya que el bebé es alzado y llevado de un lugar a otro, tal vez de la cuna hasta el hombro de su madre.

A medida que se establece el self y el individuo puede incorporar y retener recuerdos del cuidado ambiental, y por ende es capaz de un cuidado propio, la integración se convierte en un estado más confiable para él, y se afloja la dependencia. Gradualmente, mientras la integración se va transformando en un estado continuo del individuo, para

¹ Estas ideas derivan de Edward Glover y su concepto de los "núcleos del yo", pero como no es mi propósito describir la contribución de este autor, el lector debe consultar su obra en lugar de confiar en mis consideraciones personales.

describir el estado opuesto se va haciendo más apropiada la palabra "desintegración" más bien que "no integración". En etapas ulteriores puede apreciarse una exageración del cuidado propio, organizado como defensa contra la desintegración con que amenaza la falla ambiental. Entiendo por "falla ambiental" la falla en brindar un sostén seguro, una falla que trasciende lo que el individuo puede soportar en ese momento.

Es posible detectar la desintegración que se produce como defensa organizada contra el tremendo dolor que provocan diversas angustias asociadas con el estado de plena integración. Más adelante, esta especie de desintegración puede emplearse como base de un estado caótico patológico que es un fenómeno secundario, no relacionado directamente con el caos primario del individuo humano.

Como ejemplo de la aplicación de estos principios es útil recordar la canción infantil de Humpty Dumpty* y las razones de su universal aceptación. Evidentemente, existe un sentimiento general, no accesible a la conciencia, de que el estado de integración es precario. Quizás el atractivo de esa canción infantil reside en que en ella se reconoce que la integración personal es un logro.

En mi descripción de las primeras integraciones subsiguientes al estado no integrado, utilicé términos aritméticos. La cuestión es si los núcleos del yo del individuo suman o no suman uno. A veces puede mostrarse, en el curso de un tratamiento, que la inhibición para aplicar la aritmética simple corriente deriva de la incapacidad del individuo cuando niño para partir del concepto simple de la unidad, el cual para ser sensato debe representar en última instancia al self. Es notorio que la incapacidad para la aritmética simple no implica, en absoluto, incapacidad para efectuar

* Alude a una canción infantil inglesa cuyo protagonista (Humpty Dumpty) es un huevo que cae desde un lugar elevado y se hace añicos. (T.)

cálculos mentales abstractos de extrema complejidad, y en rigor puede haber una relación entre el uso exagerado del pensamiento abstracto en términos matemáticos y una inhibición para la suma y resta simples.

Estas consideraciones teóricas explican, hasta cierto punto, el valor que tienen tanto el amor como el odio, y aun la rabia reactiva, cuando se los expresa sin reservas y en el momento en que los sentimientos son más agudos. La integración se siente como cordura, en tanto que perder la integración ya adquirida se siente como locura. Estos apremiantes momentos de abandono a la autoexpresión son valiosos en este tema de la integración que les es inherente. Con este problema de la integración recién adquirida, tras la cual yace la no-integración, mientras que la desintegración es una amenaza para el futuro, se asocia íntimamente la explotación de las sensaciones de la piel, una dramatización del cuidado físico y el énfasis excesivo en la capacidad para el cuidado propio, que a su vez deriva de una mezcla de recuerdos de ser sostenido con la experiencia de no serlo suficientemente.

En la vida del bebé normal, el descanso tiene que incluir la relajación y una regresión al estado de no-integración. Poco a poco, a medida que el self va cobrando fuerza y se vuelve más complejo, esta regresión a la no-integración se aproxima cada vez más a un estado doloroso de desintegración "loca". Hay, pues, una etapa intermedia en la que un bebé en desarrollo que ha sido bien cuidado puede relajarse y permanecer no integrado, y soportar (aunque tan sólo soportar) sentirse "loco" en ese estado. Luego se da un paso más, un paso hacia la independencia, y se pierde la capacidad de estar no integrado, salvo en la locura o en las especiales condiciones que brinda la psicoterapia. Tras esto, la palabra adecuada es desintegración más que no-integración.

A esta altura podemos examinar si es mejor tenerlo al bebé en brazos o dejarlo en la cuna. Por supuesto, un bebé

necesita ambas experiencias. No obstante, puede decirse que si el sostén del bebé es perfecto (y a menudo lo es, porque las madres saben muy bien cómo practicarlo), él puede cobrar confianza incluso en la relación viviente, y puede permanecer no integrado mientras es sostenido. Es el tipo de experiencia más rica. A menudo, empero, el sostén es variable o lo arruina la angustia (el excesivo control para que la criatura no se caiga) o la ansiedad de la madre (temblor, piel caliente, taquicardia) en cuyo caso al bebé no le es posible relajarse: la relajación sólo sobreviene cuando está exhausto, en cuyo caso la cuna o camita ofrece una bienvenida alternativa. Sin embargo, hay que tomar los recaudos para que el bebé pueda retornar del estado de relajación (re-integración).

Es algún factor como éstos el que hace que ciertos bebés puedan prosperar tomando biberón, en tanto que les resulta imposible tomar el pecho. Mucho depende del modo como la madre lo sostenga, y debe destacarse que a esto no se lo puede enseñar; si alguna ayuda podemos prestar, es dándole confianza a la madre mediante nuestro manejo del ambiente y brindándole la oportunidad de que ejerza sus dotes naturales.

En el comienzo teórico, la ropa del bebé puede constituir un fastidio para éste. Inmediatamente después del nacimiento la sensibilidad de la piel es muy alta. Probablemente tengan cabida una desnudez más bien primitiva y el contacto ininterrumpido entre el cuerpo del bebé y el de su madre en las primeras etapas, aunque por lo que sé esto no ha sido sometido a elaboración. La investigación según estos lineamientos podría apoyarse naturalmente en la labor pediátrica con los prematuros, que señala el valor de la desnudez en la técnica de la incubadora.² Lo cierto es que la integración y el logro del estado unitario traen aparejados nuevos e importantes desarrollos. Integración

2 Mary Crosse: Birmingham. (Pionera de la neonatología.)

significa responsabilidad, y acompañada como lo está por el percatamiento, por la recopilación de recuerdos y la asimilación del pasado, el presente y el futuro a una relación, casi significa el comienzo de la psicología humana. Mi enunciación de la posición depresiva en el desarrollo emocional retoma el tema en este punto. Desgraciadamente, pueden suceder muchas cosas adversas en el desarrollo emocional de un bebé con anterioridad al logro del estado unitario, y muchos no alcanzan jamás las tareas humanas reales de la llamada "posición depresiva".

Si (en un caso) el acento recae en la integración *a través de un buen cuidado del bebé*, la personalidad puede quedar bien cimentada. Si el acento recae en la integración *a través del impulso y de la experiencia instintiva*, así como a través de la rabia que mantiene su relación con el deseo, es probable que la personalidad resulte interesante y aun de calidad excitante. En la salud, hay una dosis suficiente de estas dos cosas, cuya combinación significa estabilidad. Si no hay lo bastante de una o de la otra, la integración nunca se establece como corresponde, o bien se establece de un modo fijo, con insistencia excesiva y demasiadas defensas, y no posibilita la relajación, la no-integración descansada.

Hay una tercera especie de desarrollo, en el cual la integración aparece de forma temprana y el acento recae en *una reacción excesiva a la intrusión* proveniente de fuentes externas. Esto es resultado de una falla en el cuidado del bebé, y lo examinaremos en una sección posterior. Aquí se paga un precio por la integración, ya que la intrusión es prevista y en rigor continúa siendo necesaria, y esta situación, no poco frecuente, sienta precozmente las bases para una disposición paranoide (no heredada).

A medida que el niño se desarrolla, debe usarse la palabra "desintegración" más que "no integración" para describir su pérdida de la integración. La desintegración es un proceso defensivo activo, y es una defensa tanto contra la no-integración como contra la integración. Siguen

las líneas divisorias establecidas por la organización del mundo interno, el control de los objetos y las fuerzas internas. En la labor clínica nos encontramos con desintegración de diversos grados y tipos, bien organizada aun en el derrumbe psicótico grave. Sólo encontramos no-integración en la relajación de las personas sanas y en la regresión profunda que puede alcanzarse en una psicoterapia, donde el terapeuta se hace cargo de la organización defensiva del paciente, que queda representada por las condiciones físicas y emocionales muy particulares de la situación analítica.

Es aquí, en esta situación psicoterapéutica tan especial, más bien que en la observación directa de bebés, donde puede estudiarse el estado de cosas normal que es propio del inicio teórico de la infancia.

Puede hacerse una interesante observación respecto de los resultados del hecho efectivo de la integración. Esta conlleva una expectativa de ataque, lo cual parece ser más válido aun cuando el individuo llega a la integración en una fecha tardía que con respecto a las integraciones originales del bebé normal. La conglomeración de los elementos del self, con el establecimiento de un mundo externo, produce en ese momento un estado de cosas que podría llamarse paranoide. En tales circunstancias, los cuidados que brinda la madre son importantes por cuanto median entre el individuo integrado y el mundo externo repudiado. Cuando la integración se logra en una fecha tardía (o sea, no en el curso ordinario del desarrollo temprano), tiene propensión a ser seguida por un ataque defensivo que muy fácilmente puede confundirse con un impulso instintivo. Los individuos pueden desarrollar esta pauta de ataque defensivo como un sucedáneo del impulso instintivo puro propio del estado de cosas posterior a la integración. En la psicoterapia de un niño mayorcito o incluso de un adulto, donde los momentos de integración pueden cobrar enorme importancia, el terapeuta debe comprender con claridad cómo

opera dicha integración, y en la práctica quizá sólo por un breve período hay una especial necesidad de que medie entre el mundo externo repudiado y el individuo que acaba de integrarse. Si en ese momento es capaz de actuar como la madre lo hace al principio en el cuidado de su bebé normal, no tiene por qué organizarse una pauta paranoide y el individuo tiene oportunidad de desarrollar un verdadero impulso instintivo, vale decir, un impulso con base biológica, que no se asemeja al ataque defensivo, el cual no es inherente y en cambio tiene como base la angustia.

Este punto cobra valor clínico cuando se vuelve importante advertir en un caso particular, que una pauta paranoide (por lo cual entiendo la tendencia al ataque defensivo), si bien es patológica, tiene un elemento positivo que es el logro de una integración momentánea.

A mi entender, esto se halla muy próximo a la teoría expresada por Lydia Jackson.³

3. RESIDENCIA DE LA PSIQUE EN EL CUERPO

EXPERIENCIA CORPORAL

¡Qué fácilmente se da por sentado el alojamiento [*lodgement*] de la psique en el cuerpo y se olvida que también éste es un logro..., un logro que de ningún modo les toca en suerte a todos! En algunos el proceso es además exagerado y forzado por los padres que se enorgullecen de la gimnasia infantil. Aun aquellos que parecen vivir en su cuerpo pueden gestar ideas según las cuales existirían algo más allá de la piel, y la palabra "ectoplasma" parece haber sido aplicada a la parte del self no contenida en el cuerpo. En contraste con esto, en la histeria puede darse una situación en la cual la piel no es incluida en la personalidad, y hasta se vuelve exangüe y carente de significado para el paciente.

La piel tiene, universalmente, una importancia evidente en el proceso de la localización de la psique exactamente en el cuerpo y en su interior. El manejo de la piel es en puericultura un importante factor para promover un sano vivir en el cuerpo, del mismo modo que el sostén promueve la integración. Si por un lado el uso de procesos intelectuales aparta del logro de una coexistencia entre la psique y el soma, la experiencia de las funciones y sensaciones de la piel y del erotismo muscular, contribuye en cambio a dicho logro. Podría afirmarse que en todos los seres humanos, cuando las frustraciones instintivas los llevan a veces a un

³ Jackson, Lydia, *Aggression and Its Interpretation* (1954).

sentimiento de desesperanza o futilidad, la fijación de la psique al cuerpo se afloja y debe soportar un período de desconexión entre ambos, lo cual puede verse sumamente exagerado en la mala salud. La idea de un fantasma, un espíritu desencarnado, deriva de esta ausencia de un anclaje esencial de la psique en el soma, y el valor de las historias de fantasmas radica en que hace reparar en la precariedad de la coexistencia psicósomática.

Aquí hay una aplicación directa de la teoría no sólo al estudio y tratamiento clínico de las afecciones de la piel, sino también a la comprensión de una gran parte de los trastornos psicósomáticos en general. El trastorno psicósomático está determinado desde varias fuentes, pero la que habitualmente se omite es quizá la más importante. Es común ver que en un examen de la psicología del trastorno psicósomático no se menciona en absoluto el valor positivo que tiene para el paciente el anclaje de algún aspecto de la psique en alguna parte del cuerpo. En el trastorno psicósomático hay una angustia psicótica subyacente, aunque en muchos casos pueden manifestarse claramente, en planos más superficiales, factores hipocondríacos o neuróticos.

Entre el cuerpo y la psique no hay una identidad inherente. Tal como se nos aparece a nosotros, los observadores, el cuerpo es esencial para la psique, que depende del funcionamiento cerebral y surge como organización de la elaboración imaginativa del funcionamiento corporal. Sin embargo, desde el punto de vista del individuo en desarrollo, el self y el cuerpo no se superponen en forma inherente uno sobre el otro; empero, para la salud es preciso que esa superposición se vuelva un hecho, de manera tal que el individuo sea capaz de identificarse con lo que no es, estrictamente hablando, su self. La psique gradualmente llega a avenirse [*come to terms*] con el cuerpo, y en la salud a la larga se arriba a una situación en que las fronteras del cuerpo son también las de la psique.

El círculo que el niño de 3 años traza y llama "pato" es la

persona del pato así como el cuerpo del pato. A este logro lo acompaña la capacidad de usar el pronombre de primera persona. Como es bien sabido, hay muchos que no llegan tan lejos, o que pierden lo que habían logrado.

Gran parte de lo escrito sobre la integración es aplicable asimismo a la residencia [*dwelling*] de la psique en el cuerpo. A esto contribuyen tanto las experiencias calmas como las excitadas, cada cual a su modo. Las dos direcciones de las que procede esa residencia interior son lo personal y lo ambiental: la experiencia personal de los impulsos, de las sensaciones de la piel, del erotismo muscular y del instinto, que implican una excitación de toda la persona, y también las cuestiones relativas al manejo corporal y la satisfacción de las demandas instintivas de modo tal que esa gratificación se vuelva posible. Aquí puede hacerse especial hincapié en el ejercicio físico, en especial el que se produce de manera espontánea. Hoy se acepta, en puericultura, el valor de permitirle al pequeño bebé el placer de estar desnudo en la cuna, pateando. Se han estudiado los efectos adversos que tiene fajar a la criatura sobre el desarrollo de su personalidad.¹

El atascamiento de la experiencia instintiva puede conducir, en particular, a un aflojamiento o pérdida del lazo psique-cuerpo. No obstante, la relación retorna en su momento, siempre y cuando haya habido un buen fundamento de manejo calmo (no excitado).

En la psiquiatría de adultos se emplea el término "despersonalización" para describir la pérdida de relación entre la psique y el soma. Puede usárselo para describir un estado clínico común en los niños normales, al que normalmente se denomina "trastorno biliar", aunque no siempre haya vómitos; el niño permanece un tiempo pálido como la muerte, flácido, ajeno a todo contacto... pero pocos minu-

1 Gorer, G. y Rickman, J. (*The People of Great Russia: A Psychological Study*). (1949)

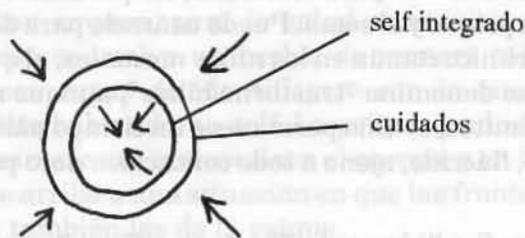
tos u horas más tarde se repone hasta vérselo perfectamente normal, con buen tono muscular y piel cálida.

PARANOIA E INGENUIDAD

A veces resulta instructivo contrastar dos extremos. En el desarrollo normal, la integración y la residencia de la psique en el soma dependen tanto de los factores personales propios de la experiencia funcional viviente como del cuidado ambiental; empero, en ocasiones el acento recae más en lo primero y en ocasiones en lo segundo.

En el primer tipo extremo de desarrollo, el bebé tiene una expectativa de persecución. La conglomeración del self constituye un acto de hostilidad contra lo que es Distinto de Mí, y el retorno al descanso no es el retorno a un lugar de descanso, ya que el lugar ha sufrido una alteración y se ha vuelto peligroso. He aquí, pues, una muy temprana fuente de la disposición paranoide, muy temprana pero no heredada, sin embargo, ni verdaderamente constitucional.

En el segundo tipo extremo de desarrollo, el cuidado ambiental es la causa principal de la conglomeración del self; puede decirse con todo rigor que el self se ha conglomerado. En este caso hay una ausencia relativa de expectativa de persecución, pero en cambio están dadas las bases para la ingenuidad, para la imposibilidad de suponer toda persecución y para una dependencia irrevocable de una buena provisión ambiental.



En el caso normal, que está entre los dos extremos, hay expectativa de persecución pero también la experiencia de los cuidados recibidos como protección contra aquélla.

A partir de esta base, el individuo puede volverse capaz gradualmente de sustituir el cuidado ajeno por el propio, y de alcanzar por ende un grado de independencia que no es posible ni en el extremo de la ingenuidad ni en el extremo paranoide.

LA PSIQUE EN LA TRANSICIÓN AMBIENTE-INDIVIDUO

Es posible examinar una etapa tardía más temprana del desarrollo individual reconociendo una vez más, a un nuevo nivel de abstracción. Podemos hacer uso de un concepto. El ambiente ha estado lo suficientemente importante y no se había excluido de la teoría ni de la práctica.

Todo lo que ahora digamos debe ser aplicable al bebé desde poco antes de nacer o durante hasta hasta el desarrollo de su nacimiento. No se precisa una determinación exacta de qué edad el niño se convierte en una persona que pueda ser estudiada psicológicamente, pero cabe afirmar una bastante certeza que si, por un lado, un niño precedente muestra de haber estado demasiado tiempo en el útero, por el otro un niño promueve la evidencia de tener una capacidad deficiente para su operación como ser humano. Sin lugar a dudas, el momento crítico para que nazca un bebé es, desde el punto de vista psicológico, tal o cuanto el mismo que el momento crucial donde el feto humano, o sea, cuando lleva mucho tiempo de existencia intrauterina.

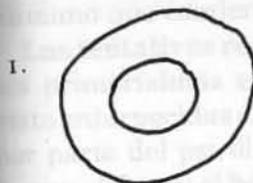
En la posición capital está el análisis del efecto del proceso de nacimiento, pero aquí es menester hallar un lenguaje aplicable al feto próximo a su término, de modo tal que el estudio al efecto del momento del nacimiento sobre el

individuo tengamos algo sobre lo cual trabajar, algún modo de considerar al feto humano que tenga sentido y no sea una construcción imaginaria del psicólogo.

La única pregunta es: ¿a qué edad un ser humano comienza a experimentar? Debe darse cabida a la posibilidad de que antes de nacer el bebé sea capaz de retener recuerdos corporales, ya que existe cierta cantidad de pruebas según las cuales desde una fecha anterior al nacimiento, nada de lo que experimenta un ser humano se pierde. Es bien sabido que los bebés tienen en el útero algunos movimientos que al principio se parecen a los que hace un pez al nadar. La muy valiosa actividad del bebé es bien conocida por las madres, que están atentas a los movimientos del feto al sexto mes; presumiblemente, en algún momento comienza éste a tener sensaciones; en todo caso, es posible y aun probable que haya presente una organización central que es habitualmente capaz de advertir estas experiencias.

Deseo postular un estado de ser que es un hecho en el bebé común y corriente antes y después del nacimiento. Este estado de ser pertenece al bebé y no al observador. La continuidad del ser es la salud. Si se toma como analogía una burbuja, puede decirse que cuando la presión externa es congruente con la presión interna, la burbuja posee una continuidad de existencia, que llamaríamos "ser" si fuese un bebé humano. Por otro lado, si la presión externa es mayor o menor que la interna, la burbuja *reacciona ante la intrusión*. Cambia como reacción al cambio ambiental y no por una experiencia impulsiva personal. En lo que respecta al animal humano, esto significa que hay una interrupción del ser, y el lugar del ser es ocupado por la reacción ante la intrusión. Superada la intrusión, esa reacción deja de ser un hecho, y se retorna entonces al ser. A mi juicio, esta enunciación no sólo puede remontarnos a la vida intrauterina sin que ello nos demande demasiada imaginación, sino que también puede proyectársela hacia adelante y

aplicarla con provecho como una simplificación extrema de fenómenos muy complejos correspondientes a la vida posterior en cualquier edad.



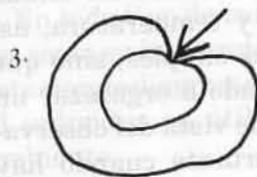
Esta figura representa el aislamiento absoluto del individuo como parte de la unidad original de la configuración ambiente-individuo.

Se plantea el interrogante: ¿cómo puede establecerse el contacto? ¿Será parte del proceso vital del individuo, o será parte de la inquietud del ambiente?



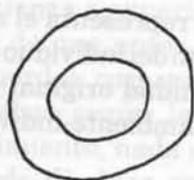
Digamos que la adaptación activa es casi perfecta. El resultado es entonces el que se aprecia en 2. Los propios movimientos del individuo (tal vez un movimiento físico efectivo de la columna vertebral o de la pierna dentro del útero) descubren el ambiente. Esto, repetido, se convierte en una pauta relacional.

En un caso menos afortunado, la pauta relacional se basa en un movimiento del ambiente, como en 3, que merece el rótulo de "intrusión". El individuo reacciona ante la intrusión, que es impredecible, pues no tiene nada que ver con sus procesos vitales. Esto, repetido, se convierte en una pauta relacional, y el resultado es muy distinto que el de la primera pauta. Mientras que en la primera la suma de experiencias llega a sentirse como parte de la vida, y como algo real, en la segunda la reacción ante la intrusión aparta



de ese sentimiento del vivir real, que sólo se recobra retornando al calmo aislamiento (4).

+



Mediante esta simple representación diagramática es posible mostrar que las influencias ambientales pueden comenzar a determinar, a una edad muy temprana, si la persona saldrá en busca de experiencia o se replegará del mundo cuando necesite corroborar que la vida merece ser vivida. Es posible que la rigidez y falta de adaptabilidad de la madre (debidas a su angustia o a su talante depresivo) se vuelvan, de este modo, evidentes para el bebé antes del nacimiento.

A partir de este postulado del ser, de la continuidad del ser y de la interrupción de dicha continuidad a raíz de las reacciones ante la intrusión, con un posterior retorno al ser, cabe formular una enunciación adicional: de tanto en tanto, antes de nacer, el ser humano se va acostumbrando a las interrupciones de la continuidad y, si no son demasiado graves o prolongadas, se vuelve capaz de darles cabida. En términos físicos, esto implica que no sólo ha tenido experiencias de cambios de presión y temperatura, así como de otros fenómenos ambientales simples, sino que además las ha evaluado y ha empezado a organizar un modo de tramitarlas. Desde el punto de vista del observador, el ambiente no es menos importante cuando hay continuidad de ser simple que cuando se entromete y la continuidad se ve interrumpida por una reacción; desde el punto de vista del bebé, empero, no hay razones para que

se percate de un ambiente suficientemente bueno. El ambiente suficientemente bueno es absolutamente esencial, debemos recordarlo, para el desarrollo natural del ser humano que comienza a vivir.

Las tentativas realizadas para estudiar la psicología de las primerísimas etapas del desarrollo humano se han visto entorpecidas e invalidadas a raíz de la desestimación, por parte del psicólogo, de ese ambiente suficientemente bueno, del cual el bebé en esencia no se percata pero sin el cual no puede desarrollarse. Estas consideraciones a veces tienen una aplicación práctica incluso en un tratamiento psicoanalítico común. Como ejemplo mencionaré el caso de un paciente que en un momento de su análisis, mientras permanecía acostado en el diván, dijo:

“Hace un momento yo estaba enroscado en algún lugar frente a mi rostro, y me revolcaba dando vueltas y vueltas”.

De inmediato yo puse un ambiente alrededor del bebé enroscado, diciéndole al paciente: “Cuando usted me cuenta eso, también me quiere decir algo que usted no podía saber; me refiero a la existencia de lo que yo llamaría un medio circundante”. (Desde luego, yo aludía tanto a la situación física en el útero como al ambiente psicológico.) El paciente contestó: “Entiendo lo que me quiere decir, como el aceite en el cual gira una rueda”. (Analogía de una caja de engranajes o corona dentada).

Como consecuencia de que supe qué hacer en este instante de retraimiento del paciente, la experiencia pasó a ser un momento regresivo muy valioso en el análisis, y dio lugar a grandes cambios, incluida la capacidad del paciente para abordar de un modo distinto la realidad externa.

En todo tipo de cuidado de bebés y de manejo de niños, así como en la atención de los enfermos físicos y mentales, este simple diagrama de un medio circundante que contiene al individuo es útil para la persona que representa al ambiente.

El principio esencial es que mediante una adaptación activa a sus necesidades simples (los instintos aún no han pasado a ocupar su posición central), el individuo puede

SER y no necesita enterarse de la existencia de un ambiente. Asimismo, las fallas en la adaptación traen consigo una interrupción de la continuidad del ser, una reacción ante la intrusión ambiental y un estado de cosas que no puede ser productivo. Sólo a partir del narcisismo primario, o el estado anterior a la aceptación del hecho de que hay ambiente, puede éste ser creado.

ACCION DE LA GRAVEDAD

Hay una importante consideración adicional que afecta el manejo de los bebés así como de los psicóticos muy graves, que han hecho una regresión ya sea como parte de su enfermedad o en el curso del tratamiento que en virtud de ésta se ha emprendido. Me refiero a la primera experiencia de acción de la gravedad.

Es preciso postular una etapa, que pertenece a la vida intrauterina, en la cual no ha aparecido aún la gravedad; el amor, o el cuidado, sólo puede expresarse y valorarse en términos físicos, en una adaptación ambiental que se aplica desde todas las direcciones. Uno de los cambios provocados por el nacimiento es que el recién nacido debe adaptarse a algo muy nuevo para él, que es la experiencia de ser empujado desde abajo en vez de ser sostenido desde todos lados. El bebé pasa de ser amado desde todas las direcciones a ser amado sólo desde abajo. Las madres valoran esto por el modo en cómo sostienen al bebé y a veces lo envuelven en ropas que lo fajan: tratan de darle tiempo al bebé para que se habitúe al nuevo fenómeno. Si se procede con torpeza en este pasaje de la era pre-gravitatoria a la era gravitatoria, se sientan las bases del sueño de caer para siempre, o de ser alzado hasta alturas infinitas. Por la sintomatología de las personas mayores, resulta claro que, desde el punto de vista del bebé, el pasaje de una era a la otra puede entrañar el pasaje de ser amado a ser desechado.

5. UN ESTADO DE SER PRIMARIO: LAS ETAPAS PRE-PRIMITIVAS

Al principio hay no-integración, no hay ligazón alguna entre el cuerpo y la psique, y no hay lugar para una realidad Distinta de Mí. Teóricamente, éste es el estado original, no pautado ni planeado; pero en la práctica esto no es cierto, porque el bebé es cuidado, vale decir, amado, lo cual significa que es amado físicamente. La adaptación a la necesidad es casi total.

Al contemplar las raíces más tempranas del desarrollo emocional, vemos cada vez mayor dependencia. En la primerísima etapa la dependencia respecto del ambiente es tan completa que de nada vale concebir al nuevo individuo humano como una unidad: en esta etapa la unidad es la configuración ambiente-individuo (o como quiera pueda llamársela mejor), unidad de la cual el nuevo individuo sólo es una parte. En este primerísimo estadio no es lógico pensar en función de un individuo, y no sólo por su grado de dependencia, ni porque el nuevo individuo aún no tiene la facultad de discernir el ambiente, sino también porque todavía no hay un self individual que discrimine entre lo que es Parte de Mí y lo que es Distinto de Mí.)

Cuando miramos, vemos una madre y un bebé que se desarrolla en su útero o es sostenido en sus brazos, o de algún otro modo está bajo el cuidado de ella; pero si

miramos a través de los ojos del bebé, aún no hemos alcanzado una etapa en que haya un lugar desde el cual ver. Sin embargo, allí está el germen de todo desarrollo futuro, y la continuidad de la experiencia de ser es esencial para la salud futura del bebé que será un individuo.

¿Cuál es el estado del individuo humano al emerger el ser a partir del no ser? ¿Cuál es la base de la naturaleza humana en términos de desarrollo individual? ¿Cuál es el estado fundamental al que todo individuo, por viejo que sea y cualesquiera hayan sido sus experiencias, puede retornar para empezar de nuevo?

Una enunciación de esta situación debe contener una paradoja. Al principio hay una soledad esencial. Al mismo tiempo, esta soledad sólo puede tener lugar en condiciones de máxima dependencia. Ahí, en el principio, la continuidad de ser del nuevo individuo se da sin percatamiento alguno del ambiente y del amor de este ambiente —que es el nombre que le ponemos (en esta etapa) a la adaptación activa a esa especie y grado de continuidad de ser no perturbada por la reacción ante la intrusión.

Salvo en el comienzo, nunca se reproduce exactamente esta soledad fundamental e inherente. No obstante, a lo largo de toda la vida del individuo persiste una soledad fundamental inalterable e inherente, junto a la cual hay una falta de percatamiento de las condiciones esenciales para ese estado de soledad.

El deseo de alcanzar esta soledad se ve obstaculizado por diversas angustias y permanece oculto en la capacidad de la persona sana para estar a solas al cuidado de una parte del self apartada para su autoasistencia.

El estado previo al de soledad es el de falta de vivacidad, y el deseo de estar muerto es comúnmente un deseo disfrazado de no estar todavía vivo. La experiencia del primer despertar le da al individuo la idea de que existe un estado pacífico de falta de vivacidad, al cual puede accederse pacíficamente mediante una regresión extrema. La mayoría

de lo que habitualmente se dice y siente sobre la muerte se refiere a este primer estado *anterior a la vivacidad*, en el cual la soledad es un hecho, mucho antes de toparse con la dependencia. La vida de un individuo es un intervalo entre dos estados de falta de vivacidad. El primero de ellos, del cual surge la vivacidad, colorea las ideas que tiene la gente sobre la segunda muerte.

Freud se refirió al estado inorgánico del cual emerge cada individuo y al cual retorna, y a partir de esa idea formuló la de los Instintos de Vida y de Muerte. Es prueba del genio de Freud que haya expuesto este hecho obvio dando a entender que en él yacía escondida una verdad. Ni el uso inmediato que hizo del hecho, ni su desarrollo de una teoría de los Instintos de Vida y Muerte a partir de él, me resultan convincentes, y sería más fructífero que quienes desean desarrollar la obra de Freud en este punto descartasen todo, con excepción de su idea original.

Deseo yuxtaponer dos formulaciones separadas, reconociendo la paradoja; un observador puede percibir que cada ser humano individual emerge como materia orgánica a partir de la materia inorgánica, y en su debido momento retorna al estado inorgánico. (Ni siquiera esto es del todo cierto, ya que el individuo se desarrolla a partir del óvulo, el cual tiene una prehistoria en todos los óvulos ancestrales fecundados desde el surgimiento original de la materia orgánica a partir de la inorgánica, hace varios millones de millones de años.) Al mismo tiempo, desde el punto de vista del individuo y de su experiencia (que constituye la psicología), él no emergió de un estado inorgánico sino de la soledad; tal estado surgió antes de que pudiera reconocer su dependencia (que es dependencia respecto de una confiabilidad absoluta) y fue muy anterior al instinto, y más distante todavía de la capacidad para sentir culpa. ¿Qué puede haber más natural que restituir este estado, ya experimentado, como explicación de la muerte incognoscible que viene después de la vida?

El bebé (o el feto) no tiene capacidad alguna de preocuparse por la muerte. Sin embargo, tiene que haber en todo bebé una capacidad para preocuparse por la soledad de la predependencia ya que ella ha sido experienciada, y esta idea no se ve alterada por la incertidumbre que existe respecto de la fecha en que el bebé humano empieza a ser.

El reconocimiento de la experiencia humana inherente de soledad predependiente tiene una enorme significación. El posterior desarrollo freudiano de la teoría de los Instintos de Vida y de Muerte introduce la muerte percibida, la distinción percibida entre los estados orgánico e inorgánico, y aun la idea de destructividad; y al mismo tiempo Freud omite toda referencia a la dependencia original, doble por no haber sido aún sentida, y a la sensación y percepción gradual de la dependencia. En definitiva, esta teoría se convierte en una teoría falsa de la muerte como final de la vida, y en una teoría de la agresividad que también es falsa, porque elude dos fuentes vitalmente importantes de la agresión: la inherente al impulso de amor primitivo (en la etapa previa a la crueldad, aparte de la reacción ante la frustración) y la que corresponde a la interrupción de la continuidad de ser por obra de una intrusión que pone en marcha la reacción. El desarrollo de la teoría psicoanalítica a fin de abarcar estos (y otros, probablemente) fenómenos tempranos ha vuelto redundante, quizá, la teoría freudiana de los Instintos de Vida y de Muerte, y a mi juicio las dudas del propio Freud sobre la validez de la teoría cobraron mayor importancia que la teoría misma. Sin embargo, siempre es posible que yo haya comprendido mal el verdadero significado de lo que dijo Freud.

Si se verifica la secuencia soledad, doble dependencia, impulso instintivo en un estado anterior a la crueldad, y luego preocupación y culpa, entonces no parece necesario introducir un "Instinto de Muerte". Si, por otro lado, no hay un elemento agresivo en el impulso de amor primitivo, sino sólo rabia ante la frustración, y por ende el pasaje de la

crueldad a la preocupación carece de importancia, es preciso buscar otra teoría de la agresión y reexaminar la del Instinto de Muerte.

La muerte, para un bebé en sus comienzos, significa algo bien definido, a saber, la pérdida del ser en virtud de la prolongada reacción ante la intrusión del ambiente (falla de una adaptación suficientemente buena). No hay por qué ir más allá de esto y empeñarse en una teoría sobre el temprano conocimiento infantil de la falta de vivacidad, que es absurda, pues implica una buena cuota de desarrollo que, por hipótesis, todavía no tuvo lugar.

El concepto de una experiencia de la vida de orden: tampoco la experiencia de la vida de orden, ya que la experiencia implica una experiencia de la vida de orden. Hay un estado simple de ser, así como el concepto de la continuidad de la continuidad del ser y de la continuidad de la existencia en el tiempo.

El caso de la experiencia de la vida de orden: la experiencia de la vida de orden es un estado simple de ser, así como el concepto de la continuidad de la continuidad del ser y de la continuidad de la existencia en el tiempo. El caso de la experiencia de la vida de orden: la experiencia de la vida de orden es un estado simple de ser, así como el concepto de la continuidad de la continuidad del ser y de la continuidad de la existencia en el tiempo.

El caso de la experiencia de la vida de orden: la experiencia de la vida de orden es un estado simple de ser, así como el concepto de la continuidad de la continuidad del ser y de la continuidad de la existencia en el tiempo. El caso de la experiencia de la vida de orden: la experiencia de la vida de orden es un estado simple de ser, así como el concepto de la continuidad de la continuidad del ser y de la continuidad de la existencia en el tiempo.

El caso de la experiencia de la vida de orden: la experiencia de la vida de orden es un estado simple de ser, así como el concepto de la continuidad de la continuidad del ser y de la continuidad de la existencia en el tiempo.

6. CAOS

No es necesario postular un estado original de caos. El concepto de caos conlleva la idea de orden; tampoco la oscuridad está ahí al comienzo, ya que oscuridad implica luz. Al comienzo, antes de que cada individuo cree el mundo de nuevo, hay un estado simple de ser, así como el incipiente percatamiento de la continuidad del ser y de la continuidad de la existencia en el tiempo.

El caos sobreviene por primera vez en la historia del desarrollo emocional del individuo por obra de las interrupciones reactivas del estado de ser, en especial cuando dichas interrupciones son demasiado prolongadas. El caos es al principio un curso de ser interrumpido, y la recuperación se produce merced a la re-experiencia de la continuidad; si la perturbación sobrepasa un grado tolerable de acuerdo con las experiencias previas de la continuidad del ser, en virtud de leyes económicas elementales ingresa, en la constitución del individuo, una cierta cuota de caos.

El caos se vuelve significativo exactamente en la medida en que se discierne cierta especie de orden. Representa una alternativa respecto del orden, y para la época en que puede sentirlo el individuo, el caos ya se ha convertido en una especie de orden, un estado que puede organizarse como defensa contra las angustias asociadas con el orden.

El caos recibe en sí nuevo significado en relación con el orden al que se denomina integración. La no-integración,

estado primario, no es caótica. La desintegración sí lo es, al ser una alternativa respecto del orden; y puede decirse que es una especie burda de organización defensiva contra las angustias que provoca la integración. Sea como fuere, el estado de desintegración no puede por sí mismo ir adelante, y en la medida en que debe mantenerse la desintegración, en esa misma medida debe quedar en suspenso el desarrollo emocional. Cada forma de caos contribuye al de etapas siguientes, y la recuperación respecto del caos en una etapa temprana constituye un aporte positivo para esa recuperación más adelante.

Sin duda hay un cierto grado de ambiente caótico que sólo puede dar por resultado un estado defensivo caótico en el individuo, resultado que es difícil distinguir clínicamente de la deficiencia mental debida a una insuficiencia del tejido cerebral. En este caso la deficiencia deriva de una detención permanente del desarrollo desde fecha temprana.

El caos del mundo interno es un fenómeno muy posterior. En el lenguaje de los fenómenos posteriores, el caos del mundo interno es un estado organizado que procede del sadismo oral y pertenece a la vida instintiva del ser humano cuando ha alcanzado estado unitario y tiene un adentro y un afuera. A este caos interno le corresponde la angustia hipocondríaca, y la depresión (en una de sus formas) implica un control mágico de todos los fenómenos internos, en tanto se reconstituye el orden de adentro.

El caos que el paciente depresivo fabrica en el mundo externo representa una tentativa del individuo por mostrar cómo es su interior. Como defensa contra dicho procedimiento, el individuo puede volverse obsesivo con la necesidad de que haya un orden externo, según sucede en la neurosis obsesiva, pero el comportamiento obsesivo señala, permanentemente, el caos interno, de modo tal que el orden obsesivo no es curativo a raíz de que sólo puede tramitar las representaciones externas o renegaciones del caos interno.

En primer lugar, pues, no hay caos porque no hay orden. A esto puede llamárselo no-integración. El caos aparece en relación con la integración, y el retorno al caos es denominado desintegración.

Los estados defensivos subsiguientes no son caóticos, sino que tienen la naturaleza de la escisión. La escisión es un estado esencial en todo ser humano, pero no tiene por qué volverse significativo si la madre posibilita, gracias a su manejo, albergar la ilusión. En ausencia de una adaptación activa suficientemente buena la escisión se torna significativa, con el resultado siguiente:

A. La raíz del verdadero self, con espontaneidad, se relaciona en forma omnipotente con el mundo subjetivo, incomunicable, y

B. El falso self se relaciona, sobre la base del sometimiento (sin espontaneidad), con lo que llamamos realidad externa.

De manera gradual, a medida que prosigue el desarrollo, el individuo puede asimilar la escisión que existe en su personalidad, y entonces su falta de integridad es denominada disociación.

El logro del estado unitario y de la posición depresiva vuelve posible la dramatización del caos, de la escisión y de las disociaciones presentes en el mundo personal interno, siendo incorporados a dichas dramatizaciones los complejos resultados de las experiencias instintivas personales.

La desintegración, luego de que el individuo ha alcanzado el estado unitario, es una anulación organizada de la integración, producida y mantenida como consecuencia de la angustia intolerable en la experiencia de la integridad. La escisión producida en la desintegración se produce a lo largo de las líneas de fisura en la configuración del mundo interno, o de la fisura percibida del mundo externo.

El término disociación describe una situación de la personalidad relativamente bien desarrollada, en la cual

hay una incomunicación exagerada entre diversos elementos. Por ejemplo, puede haber falta de comunicación entre el dormir y los estados de vigilia por los sueños recordados. Hay una disociación normal (en el tiempo) entre la vida de un niño de 3 años y la de ese mismo niño cuando ha crecido y es unos años mayor. La disociación puede presentarse como una propensión a las "fugas", a períodos de acción y de vida impropios que después no se recuerdan.

El individuo se torna capaz entonces de perder contacto con las vastas organizaciones asociadas a los planos primitivos de la existencia, y de disfrutar de una conciencia, enriquecida y también perturbada por lo inconsciente. Ciertos elementos del self continúan siendo inaceptables para éste y una forma especial de lo inconsciente (lo reprimido) pasa a ser notoria.

"Represión" es el término con que se designa la desaparición de la conciencia de una persona más o menos sana de grupos de sentimientos, recuerdos e ideas, por causa de un dolor intolerable que corresponde a la conciencia de un amor y un odio coincidentes, así como del temor a la represalia. A esto se agrega la inhibición del instinto. Es en este aspecto de la represión que el psicoanálisis trae alivio a la manera clásica, permitiéndole al paciente volverse consciente del conflicto y tolerar la angustia que corresponde a la libre expresión del instinto.

Si el desarrollo prosigue bien, el individuo se vuelve capaz de engañar, de mentir, de transar, de aceptar el conflicto como un hecho, y de abandonar las ideas extremas de la perfección y de lo opuesto a la perfección que tornan intolerable la existencia. La capacidad para la transigencia no es una característica del demente.

El ser humano maduro no es ni tan agradable ni tan desagradable como el inmaduro. El agua contenida en el vaso es turbia, pero no es barro.*

* Juego de palabras entre *muddy water* (agua turbia) y *mud* (barro). (T.).

7. LA FUNCION INTELECTUAL

Al principio hay soma, luego una psique que en la salud queda gradualmente anclada al soma; tarde o temprano, aparece un tercer fenómeno llamado intelecto o mente.

El mejor enfoque para estudiar el lugar que le cabe a la mente en la naturaleza humana es partir de la base de una existencia simple del psique-soma, con un ambiente suficientemente bueno.

Al principio, el ambiente debe efectuar una adaptación del 100 % a la necesidad, ya que de otra manera el estado de ser se interrumpe por la reacción ante la intrusión. Sin embargo, esa adaptación total pronto se torna innecesaria, y una gradual inadaptación a la necesidad se vuelve provechosa (a la vez que inevitable). El intelecto ha comenzado a explicar la inadaptación (hasta cierto punto), a darle cabida y a preverla, y por ende reconvierte cierto grado de inadaptación en adaptación total.

Las experiencias son catalogadas, clasificadas y vinculadas con un factor temporal. Mucho antes de que se vuelva notorio el pensar —y tal vez el pensar requiera palabras—, el intelecto ya ha tenido una función que cumplir. Así pues, la función intelectual es sumamente variable de uno a otro bebé, puesto que el trabajo que la mente debe realizar no depende tanto de factores inherentes al ser y al crecimiento como a la conducta del ambiente o

de la madre que cuida al bebé. Un manejo caótico (madre insana) causa un embrollo intelectual y un cierto tipo de deficiencia mental, en tanto que una tensión levemente exagerada a raíz de una inadaptación inicial puede provocar un hipercrecimiento intelectual, y el desarrollo de la mente quizá sea aprovechado más tarde de forma valiosa, aunque esta situación conlleva cierto grado de inestabilidad porque como fenómeno es reactivo más que inherente.

En un caso extremo, un hipercrecimiento intelectual que da cuenta con éxito de la inadaptación a la necesidad se vuelve en sí mismo tan importante dentro de la economía del niño que la mente pasa a ser la niñera, que actúa como madre sustitutiva y cuida del bebé que hay en el self del niño. En tal caso la mente tiene una función falsa y una vida propia, y domina al psique-soma en vez de ser una función especial de éste. El resultado puede ser gratificante para los padres y maestros que gustan de la sagacidad del niño, pero el psiquiatra conoce los peligros y la irrealidad que todo tiene para un individuo así desarrollado. Este enfoque del estudio acerca del uso de la mente tiene que marchar a la par del estudio de la capacidad intelectual, que depende de la calidad del cerebro, calidad que en gran medida es hereditaria. Esta calidad del intelecto es lo que se procura examinar con los tests de inteligencia corrientes, cuidadosa e ingeniosamente inventados en años recientes. No obstante, estos tests no sirven de base para la evaluación de una personalidad o del crecimiento emocional de la persona.

8. RETRAIMIENTO Y REGRESION

En las etapas finales de una psicoterapia en la que ha habido regresión, circunscripta a la situación analítica y desarrollada y sostenida dentro del encuadre profesional del tratamiento, se torna evidente que existe una relación estrecha entre esta regresión y el retraimiento corriente. El retraimiento es un fenómeno común, y si las condiciones son favorables se organiza de forma hostil, y le es aplicable la palabra resentimiento.

Es útil concebir el retraimiento como una condición en la cual la persona en cuestión (niño o adulto) sostiene a una parte de su self que hace la regresión y la cuida, a expensas de las relaciones externas.

Si en el momento del retraimiento en una psicoterapia en que hay oportunidad para una observación y un manejo delicado el terapeuta rápidamente se adelanta y sostiene al bebé, la persona le entrega a él el cuidado y se escabulle convirtiéndose en un bebé.

El retraimiento es un procedimiento de protección, y es provechoso, pero el retorno del retraimiento no trae alivio; más aún, hay complicaciones inherentes a este proceso de retorno del retraimiento. Empero, la regresión tiene el carácter de una cura natural, ya que en ella pueden corregirse las experiencias tempranas y la experiencia y reconocimiento de la dependencia brinda un verdadero

descanso. El retorno de la regresión depende de que se recobre la independencia, y si esto es bien manejado por el terapeuta, el resultado es que la persona queda en mejor estado que antes del episodio. Desde luego, todo esto depende de que exista una capacidad para confiar y de que el terapeuta tenga capacidad para justificar dicha confianza; y puede haber una larga fase preliminar del tratamiento dedicada a la edificación de esa confianza.

En una regresión psicoterapéutica, el paciente (de cualquier edad) debe ser capaz de llegar a la postre a una falta de percatamiento del cuidado ambiental y de la dependencia, lo cual significa que el terapeuta se adapta de modo suficientemente bueno a la necesidad. Hay ahí un estado de narcisismo primario, que debe alcanzarse en ciertos momentos del tratamiento. En el viaje de retorno, el paciente necesita al terapeuta en dos roles: el peor imaginable, en todos los aspectos, y el mejor, o el de una figura materna idealizada que se empeña en un cuidado perfecto del niño. El gradual reconocimiento de la identidad del terapeuta idealizado y del terapeuta muy malo marcha a la par de la gradual aceptación, por el paciente, de lo bueno y lo malo que hay en su self, de la desesperanza y aquello que ofrece esperanza, de lo irreal junto a lo real, y en rigor de todos los extremos contrastantes. Al final, si todo va bien, hay una persona humana e imperfecta relacionada con un terapeuta que es imperfecto en el sentido de no estar dispuesto a actuar a la perfección más allá de cierto grado y más allá de cierto tiempo.

Estas mismas cosas son propias del cuidado común de un bebé, pero no es tan fácil estudiarlas mediante la observación directa de la madre y el bebé como lo es estudiar la situación terapéutica.

9. LA EXPERIENCIA DEL NACIMIENTO

Puede afirmarse, sin duda, que no se dispone de un conocimiento exacto sobre el efecto que tiene el proceso del nacimiento en el bebé que nace. Hasta es difícil probar que haya algún efecto. Muchos aducirían que no puede haberlo porque el bebé no es todavía un ser humano al que algo pueda afectarlo. El punto de vista que formulo aquí es que, cuando el parto se produce a término, ya hay un ser humano en el útero, capaz de tener experiencias y de acumular recuerdos corporales, y aun de organizar medidas defensivas para tramitar los traumas (como la interrupción de la continuidad de ser mediante una reacción ante la intrusión del ambiente, en tanto y en cuanto éste falla en su adaptación).

Según este punto de vista, los fetos a término llegan al proceso del nacimiento con una capacidad individual, o falta de capacidad, para tramitar el gran pasaje de ser no nacido a ser que ha nacido. En este contexto, debe recordarse que existe una variabilidad extrema en el grado en que el suceso del nacimiento resulta traumático para el bebé, suponiendo que éste sea algo que pueda tomarse en cuenta.

Considero necesario postular un nacimiento normal, vale decir, un pasaje no traumático del estado de ser no nacido al estado de ser nacido.

La cuestión es la siguiente: ¿qué significa esta palabra en lo que respecta a la psicología del bebé? El nacimiento

normal comprende tres grandes características. Primero, que el bebé experimenta una grosera interrupción de la continuidad de ser (por injerencia de una alteración de la presión, etc.), pero ya se ha vuelto capaz en grado suficiente de salvar las brechas en la continuidad de ser asociadas con la reacción ante la intrusión. Lo segundo es que el bebé ha construido recuerdos de sensaciones e impulsos que son fenómenos del self, dado que pertenecen a los períodos en que la regla era ser más que reaccionar. La tercera característica es que la mecánica del proceso del nacimiento no sea demasiado anormal, o sea, que el nacimiento no se precipite ni se prolongue.

Sobre la base de estas tres premisas, es posible concebir un nacimiento en el cual, desde el punto de vista del bebé, el pasaje del estado de no nacido al estado de nacido es producido por el propio bebé, quien está biológicamente preparado para los cambios y resultaría afectado en forma adversa por su postergación. Con esto quiero decir que el bebé tiene una serie de impulsos y que el avance hacia el estado de ser nacido proviene de su capacidad para sentirse responsable. Sabemos, desde luego, que el nacimiento fue provocado por las contracciones uterinas. Desde el punto de vista del bebé, fue su impulso el que generó los cambios y el avance físico —por lo común, primero el de la cabeza— hacia una posición nueva y desconocida.

Por cierto caería dentro de lo normal que hubiese una considerable reacción ante las nuevas sensaciones de intrusión que inevitablemente provocan las repetidas interrupciones de la continuidad de ser, las que fuerzan al máximo la capacidad del bebé para dar cabida a dichas interrupciones. Es menester partir del supuesto de que puede haber un nacimiento que, desde el punto de vista del bebé, no constituya una intrusión exagerada, sino algo producido por los impulsos hacia el movimiento y el cambio que emanan directamente de la vivacidad del bebé.

El pasaje del bebé de no respirar a respirar suele

aducirse como ejemplo de la naturaleza esencialmente traumática de nacer o de haber nacido. Sugiero, empero, que la experiencia normal previa del bebé en lo tocante a su recuperación de las reacciones ante la intrusión, sumada a su preparación biológica para empezar efectivamente a respirar, pueden abarcar incluso el comienzo de la respiración, y de hecho un bebé posmaduro puede sufrir, ya en el nacimiento, por la demora en respirar. Análogamente, un bebé prematuro puede perderse algo del valor que tiene la experiencia del nacimiento.

El bebé nacido por cesárea es un caso especial, y el estudio de la pauta de la angustia en las personas nacidas por cesárea podría sin duda arrojar una interesante luz colateral sobre el problema del significado que tiene el nacimiento para el bebé, como señaló el propio Freud.¹

Parto de la premisa de que en un nacimiento normal no hay apresuramientos ni demoras, y de que el bebé nacido mediante cesárea, si bien en algunos aspectos puede estar mejor que otros bebés, ha perdido algo por verse privado de la experiencia corriente del nacimiento. El factor variable más importante es la demora tan frecuente a raíz de que en nuestra cultura las madres tienen su primer hijo a una edad bastante tardía; lo cual, junto con las inhibiciones propias de la civilización y con el hecho del tamaño de la cabeza del bebé humano genera un estado de cosas tal que es improbable, en verdad, que haya muchos nacimientos normales. Demoras leves pero que sobrepasan la capacidad del bebé para tolerarlas deben de ser muy comunes, y desde el punto de vista clínico encontramos aquí una base para el interés intelectual en el tiempo, en su segmentación y en el desarrollo de un sentido del tiempo. Muchos seres humanos portan consigo recuerdos corporales del proceso de nacimiento como un ejemplo notorio de una

¹ Comunicación personal (de Freud) a John Rickman. (Véase también Freud (1905).)

demora que está más allá de su comprensión, ya que para el bebé que reacciona ante la intrusión de un parto demorado no hay precedentes ni varas de medida con los cuales comparar esa demora o predecir sus resultados. En un nacimiento demorado, no hay forma de transmitirle al bebé que en media hora más, o algo así, se terminará todo, y por este motivo el bebé es víctima de una demora indefinida o "infinita". Este tipo de experiencia penosa sirve como base poderosa para una cuestión como la de la forma musical, donde dentro de un esquema que no es rígido se mantiene ante el oyente, desde el principio, la idea de un final. La música sin forma es aburrida. La ausencia de forma es infinitamente aburrida para aquellos a quienes les preocupa particularmente este tipo de angustia, a raíz de las demoras que ocurrieron en su infancia y que sobrepasaron su poder de comprensión. La música dotada de una estructura formal clara trae aparejada una tranquilidad, aparte por entero de sus demás valores.

Este es un ejemplo bastante rebuscado, y hay muchos individuos incapaces de usar la forma como modo de tranquilizarse respecto de lo infinito. En su caso, para que no los invada el aburrimiento es menester enunciar en términos elementales un programa exacto acorde con el reloj.

La infinitud de la demora es naturalmente inherente al proceso de nacimiento cuando éste no es del todo normal, y para ciertos bebés es sumamente importante que sean capaces de elaborar con su mente las probabilidades, de modo tal de predecir que se acerca la comida por los sonidos que vienen de la cocina, o eventualmente de poder dar cuenta de una demora comprendiendo las razones que llevan a las madres a ser impuntuales.

El cambio fundamental del proceso de nacimiento es el pasaje de no respirar a respirar. Dispongo de pruebas extraídas de la labor clínica según las cuales el bebé puede percatarse de la respiración de la madre en el sentido de los movimientos del vientre o de los cambios rítmicos de la

presión o los sonidos, y luego del nacimiento puede necesitar restablecer el contacto con el funcionamiento fisiológico de la madre, en especial con su respiración. Por esta razón, estimo probable que a algunos bebés deba posibilitárseles permanecer desnudos en contacto con la madre, y sobre todo poder ser movidos por los movimientos del vientre de ella.

Es probable que para el recién nacido, lo significativo sea la respiración de la madre; su propia respiración acelerada, en cambio, carece de significación hasta que su ritmo empieza a aproximarse a la frecuencia del ritmo respiratorio de la madre. Por cierto que los bebés, sin saber lo que hacen, juegan con ritmos y con ritmos cruzados, y la observación cuidadosa muestra a veces que su movimiento respiratorio trabaja de forma acorde con el del corazón (por ejemplo, inspiran y espiran cada cuatro latidos). Un poco más adelante se los encontrará abordando la diferencia entre su ritmo respiratorio y el de sus madres, y quizá estableciendo relaciones basadas en un principio en una frecuencia respiratoria doble o triple.

La secuencia puede ser ésta: un percatamiento intrauterino por parte del bebé de la respiración de su madre; un percatamiento extrauterino de la respiración de su madre; un percatamiento de su propia respiración. Sin duda, si en un caso particular no hay motivos especiales para dicho percatamiento de la respiración, la fisiología se hace cargo y el niño respira y se percata de la respiración sin que haya ninguna otra cosa interesante por agregar; pero esto no sería necesariamente lo normal: en particular, correspondería al desarrollo del deficiente mental. Ahora bien, como hay todo tipo de seres humanos, bien puede ocurrir que haya muchos bebés para quienes la respiración no sea realmente algo muy importante porque tienen otros intereses prioritarios, por ejemplo las imágenes eidéticas o sus equivalencias en el campo auditivo o kinestésico.

Un nacimiento anormal desde el punto de vista del bebé significa, desde nuestro punto de vista, un parto prolonga-

do. La mayoría de las diversas complicaciones que conocemos como observadores adultos nada deben significar para el bebé que nace. Sin embargo, tenemos pruebas de que lo que percibe el bebé es catalogado, salvo en la medida en que las demoras, y quizá los dolores causados por la compresión sean demasiado perturbadores o prolongados y quiebren la continuidad de ser. Aparte de la propensión del neonato a las convulsiones a raíz de lesiones corticales, puede haber "desvanecimientos", como podría llamárselos, carentes de una base física.

Debe tenerse presente la posibilidad de que sirvan de pauta para las "ausencias" desarrolladas en una etapa posterior. Parecería que el bebé sólo está en condiciones de asimilar como experiencia una cierta dosis de traumas de nacimiento, y que los peores son, no los correspondientes a una perturbación grave capaz de provocar inconsciencia, sino los derivados de una situación atormentadora en la que hay un avance repetido sin demasiada presión, y sin embargo, con una reiterada falta de resultados.

Se deduce que si esto, o parte de esto, es cierto, la palabra "normal" como descripción de un recién nacido posee un significado muy real.

Por cierto, muchos bebés no se encuentran en un estado normal al nacer y necesitan, en cantidad exagerada, las tempranas técnicas de manejo que las madres instrumentan para proveerles de un ambiente que reproduzca del modo más cercano posible las condiciones intrauterinas. Parece ser corriente la necesidad de ser sostenido en calma después del nacimiento. Es probable que la piel sea muy sensible a los cambios de textura y temperatura, y que la misma formulación pueda hacerse, además, en términos psicológicos generales.

Es probable que, si se adoptan técnicas cuidadosas de atención del bebé, cuando éste ha sufrido un parto particularmente atormentador deba concedérsele, inmediatamente después del nacimiento, un prolongado período durante

el cual se halle en el estado más simple posible, ya sea mediante su sostén o el equivalente más próximo de que se disponga. Sin duda, la idea de tomar al recién nacido, limpiarlo y aun bañarlo no puede ser el procedimiento apropiado en todos los casos. Muchos bebés necesitan un lapso para recobrar el equilibrio, por así decir, o el sentido de la continuidad de ser en lugar de la reacción ante la intrusión, de modo tal que puedan empezar a tener impulsos otra vez e incluso a buscar alimento. Es útil que la madre vea al bebé y hasta lo sienta junto a su cuerpo inmediatamente después de nacer; algunas madres perciben que esto es tan importante que hasta el sueño crepuscular del parto con anestesia les resulta intolerable a menos que puedan recobrar de él tan pronto nace la criatura. Sería inexacto, empero, afirmar que *todos* los bebés están listos para ir con la madre enseguida después de nacer, pues muchos atravesaron experiencias de las que necesitan recuperarse. Tal vez no se admita en grado suficiente que tanto la madre como el bebé que no sufre demasiadas perturbaciones pueden extraer gran provecho de unos momentos de contacto piel a piel, quizá acompañado por el movimiento respiratorio de la madre. No puede dudarse del interés inmediato por la alimentación, aunque parece haber cabida para toda suerte de variaciones dentro de lo que habitualmente se entiende por normal.

Yo diría que la perturbación provocada al bebé por la experiencia del nacimiento no puede concebirse simplemente en función del desgarramiento de las meninges y la hemorragia en el conducto respiratorio raquídeo. Los traumas físicos son muy frecuentes y a veces el estado físico prevalece, pero en el caso normal los traumas físicos no son tantos que deban sufrir un atropello las necesidades emocionales de la madre y el niño.

Tal vez la mejor prueba de que la experiencia del nacimiento es real, o en otras palabras, de que el bebé ya está ahí en ese momento para vivir tales experiencias, es

el enorme placer que obtienen casi todos los niños (y también los adultos) de las actividades y juegos que implican una actuación de tal o cual aspecto del proceso del nacimiento. Nuevamente, esto permite apreciar que en la medida en que ese proceso es normal, resulta valioso para el bebé, de manera que puede afirmarse que un bebé nacido con una gran narcosis por la anestesia administrada a la madre se ha perdido algo.

Hay quienes han comprobado la existencia de recuerdos corporales correspondientes al proceso del nacimiento y aun así no creen que en ese momento hubiera un individuo presente y capaz de tener tal experiencia. Estas personas tratan a veces de eludir el dilema postulando un inconsciente racial, una especie de memoria heredada del nacimiento proveniente de los innumerables nacimientos de los antepasados. Pero la teoría del inconsciente racial puede ser utilizada con harta facilidad para eludir el muy interesante e importante fenómeno del desarrollo del individuo y del recuerdo de algunas de las experiencias personales.

No es seguro que el propio Freud estuviese convencido de que cada individuo retiene recuerdos corporales de su proceso de nacimiento, o de que presumiera la existencia de algo parecido a un inconsciente racial, cuando observó que la pauta de la angustia podría estar determinada (al menos en parte) por las experiencias del nacimiento. Es posible que al principio creyese en una memoria racial pero luego tendiera a pensar más bien en función de la historia del individuo.

Es bastante obvio que si los bebés son capaces de tener experiencias a esta temprana edad, como yo supongo, las demoras del parto deben provocarles sensaciones respiratorias muy desagradables, en especial cuando hay opresión del cordón umbilical o circular de cordón al cuello, a punto tal que el bebé sufre una asfixia parcial antes de estar en condiciones de respirar.

Estas consideraciones, si bien arduas, preparan el terreno para examinar los resultados de una anamnesis cuidadosa. Cuando se recoge la historia de forma apropiada de la madre, que todavía tiene en su posesión los hechos, se advierte que (aparte de los trastornos corporales) los bebés varían en cuanto a su capacidad de iniciar una vida instintiva, en lo tocante a la lactancia. Pueden tomarse plenamente en cuenta las variaciones relativas a la capacidad de la madre para alimentar a su bebé, que depende de su propia psicología, su historia y el estado físico de sus pechos y pezones, y aun así dos bebés difícilmente serán identificados uno al otro en cuanto a su estado cuando la madre y el bebé entablan una relación prolongada. Debemos reservar el calificativo "normal" para el bebé que está pronto cuando su madre está pronta, y usar el término "anormal" para describir todos los grados de irritabilidad con que nos encontramos y que a menudo vuelven imposible para una madre dar el pecho a uno de sus hijos en particular, aun cuando no haya tenido dificultad alguna con los otros.

Es como si ciertos bebés nacieran paranoides, por lo cual entiendo un estado de expectativa de persecución, mientras que otros no. Es fácil declarar que los bebés paranoides heredaron una tendencia o manifiestan un factor constitucional, pero una argumentación que siga estos lineamientos debe ir precedida de un estudio de la prehistoria del bebé que tome debidamente en cuenta las limitaciones correspondientes a su inmadurez. He descrito las formas como la disposición paranoide puede ser congénita pero no heredada.

Quienes dudan de que haya un ser humano presente en esta temprana edad no tienen más opción que aceptar el factor constitucional, ya que no hay duda de que ciertos bebés son muy "difíciles" desde el principio.

En trabajos publicados sobre teoría psicoanalítica, que se basó al principio en el estudio de la neurosis en los

adultos, a menudo parece como si la vida del bebé se iniciara con su primera lactación. Esto es falso sin duda, y será bienvenido cualquier estudio que esclarezca la naturaleza del bebé en el momento de la primera lactación, así como en el momento de nacer. No es menester conocer todo al mismo tiempo. La cuestión es: ¿cuál es el mejor enfoque para estudiar este tema? La respuesta es obvia: la observación directa de los bebés. Sin embargo, aquí se presentan grandes dificultades, ya que no es posible observar al bebé salvo en el sentido de contemplar su cuerpo y vigilar su comportamiento. Probablemente el estudio más convincente sobre las necesidades de la primerísima infancia procede de las observaciones realizadas con pacientes en tratamiento psicoanalítico que han hecho regresiones. En lo que atañe a mi propia experiencia, lo que más me ha enseñado ha sido la observación de una regresión sostenida en el tiempo y seguida de un avance en los casos fronterizos, vale decir, en individuos que en el curso del tratamiento deben alcanzar una enfermedad de tipo psicótico en sí mismos. Para esta labor no son tan útiles los pacientes más graves, los que han padecido derrumbes cayendo en enfermedades de tipo regresivo con total independencia de la psicoterapia; pero si se tiene en cuenta la obra de Rosen, se ve que una aplicación directa de los principios descubiertos en el tratamiento de sujetos menos enfermos puede dar resultado aun con pacientes degenerados internados en hospitales neuropsiquiátricos. Aunque los resultados obtenidos por Rosen no fuesen permanentes, bastarían para probar que el estudio de la psicosis es equivalente al estudio de la tempranísima historia psicológica del individuo en desarrollo.

Dicho a la inversa, el estudio de las primeras etapas del desarrollo emocional individual puede darnos la clave de la salud mental, en lo tocante a la liberación respecto de la psicosis. No hay, pues, estudio más importante que el del individuo comprometido íntimamente con su ambiente en

los comienzos. Aquí confluyen las diversas disciplinas de la indagación científica en general, el diagnóstico y manejo psiquiátricos y psicoterapéuticos, y también la filosofía, a la que le debemos haber avanzado con coraje, paso a paso, hacia una mejor comprensión de la naturaleza humana.

Ya es posible ahora hacer un estudio del ambiente.
En la medida en que el individuo se libera de su ambiente y adquiere una responsabilidad. En una comunidad en que hay una proporción suficientemente grande de individuos maduros, la situación experimenta un tipo de base para lo que se denomina democracia. Si la proporción de individuos maduros alcanza una cierta cifra, la democracia no puede convertirse en un hecho político, pues las asambleas públicas estarían reguladas por los inmediatos, o sea, por aquellos que por identificación con la comunidad pierden su individualidad o por quienes nunca logran otra cosa que la actitud del individuo dependiente de la sociedad.
Al observar al individuo como la gradual ampliación del grupo con el que el individuo puede identificarse sin perder su identidad personal. La base del grupo es la vida familiar, y a veces esta convenientemente se para al solamente que es hacer original cualquier contenido de modo tal que pueda en sí mismo hacer uso de él sino rebelarse también, y experimentar con otros grupos más amplios sin perder el agrupamiento original que tiene una prehistoria, o sea, que existió en los tempranos años de su formación antes del período de latencia. Los niños que sobreviven al período de latencia se ven muy perturbados por la quiebra del hogar.

10. AMBIENTE

Ya es posible ahora hacer un estudio del ambiente.

En la *madurez*, el ambiente es algo a lo que el individuo contribuye y sobre lo cual el hombre o mujer individuales asumen responsabilidad. En una comunidad en que hay una proporción suficientemente grande de individuos maduros, la situación imperante sirve de base para lo que se denomina democracia. Si la proporción de individuos maduros es menor que cierta cifra, la democracia no puede convertirse en un hecho político, pues los asuntos públicos estarían regidos por los inmaduros, o sea, por aquellos que por identificación con la comunidad pierden su individualidad o por quienes nunca logran otra cosa que la actitud del individuo dependiente de la sociedad.

Al observar al adolescente vemos la gradual ampliación del grupo con el que el individuo puede identificarse sin perder su identidad personal. La base del grupo es la vida familiar, y sabemos cuán conveniente es para el adolescente que su hogar original continúe existiendo, de modo tal que pueda no sólo hacer uso de él sino rebelarse también, y experimentar con otros grupos más amplios sin perder ese agrupamiento original que tiene una prehistoria, o sea, que existió en los tempranos años de su formación antes del período de latencia. Los niños que atraviesan *el período de latencia* se ven muy perturbados por la quiebra del hogar,

porque en esa época no tendrían que preocuparse por tales cuestiones; necesitan dar al ambiente por sentido y enriquecerse educativa y culturalmente, y en el juego y con todo tipo de experiencias personales.

Para el varón y la niña tiene especialísima importancia la existencia de una situación hogareña durante el muy importante período del crecimiento emocional *anterior al período de latencia* y luego de alcanzar la capacidad para las relaciones interpersonales como las que se dan entre personas totales. Allí donde la situación familiar tiene como base una unión satisfactoria entre los padres, el niño pequeño está en condiciones de elaborar todos los variados aspectos de la situación triangular: el niño puede dar cabida al pleno desarrollo de los instintos, soñar tanto el sueño heterosexual como el homosexual, y aceptar en toda su amplitud la capacidad para el odio así como para la agresividad pura y la crueldad. Todas estas cosas sobrevienen en el curso del tiempo a raíz de la supervivencia del hogar y de la unión entre los padres, de la llegada y supervivencia —y a veces la enfermedad y la muerte— de hermanitos y de la capacidad de los progenitores para distinguir entre realidad y sueño.

Pero si bien la existencia de un ambiente hogareño es muy importante en esta etapa, no es esencial. Tal vez sería mejor decir que se va volviendo gradualmente menos esencial a medida que pasa el tiempo y el niño se torna capaz de usar situaciones triangulares sustitutivas, en las cuales representar y elaborar toda la gama de sentimientos de los que es capaz. Puede decirse que una vez que el niño ha alcanzado la capacidad para las relaciones interpersonales en términos totales, si se quiebra la situación familiar aun así podrá manejarse siempre y cuando se lo provea de algún sustitutivo del hogar y se eviten los embrollos. A los niños les resulta más fácil soportar la muerte de los padres o recobrase de ella, que de las complicaciones que ocasionan los problemas emocionales

de los padres como pareja. Puede afirmarse que la ruptura del hogar distorsiona el desarrollo emocional de un varón o niña en el período previo a la latencia, pero mucho depende del desarrollo emocional anterior del niño. El tipo de perturbación es de este orden: por ejemplo, un niño mayorcito puede hacerse cargo de los quehaceres propios de la madre con un bebé cuando su hogar se destruye, y quizá lo haga bien, pero pagando un precio por ello, ya que sobre hombros tan jóvenes no tendría que haber recaído una responsabilidad tan grande. No obstante, el niño sigue siendo un niño y aun, en algunos aspectos, las responsabilidades lo enriquecen.

En este período el niño apenas empieza a ser capaz de afrontar las separaciones respecto de sus padres, e importa diferenciar las separaciones que implican el uso de situaciones triangulares sustitutivas (por ej., ir a pasar un tiempo a lo de una tía) y las que implican sacar al niño de las situaciones triangulares conocidas para someterlo a un manejo impersonal (por ej., cuando debe internárselo en un hospital). A esta edad, el niño no sólo ha incorporado ya las pautas del ambiente, sino que cuenta con una pauta propia en materia de expectativas; se ha dicho con razón que el niño desarrolla poco a poco un "ambiente interno", el cual, a medida que transcurre el tiempo y tiene lugar el crecimiento, da cabida a la tolerancia de la falla ambiental y a la organización y producción positivas del medio emocional que el niño desea. También importa recordar que cuando el niño ya es capaz de gozar de situaciones triangulares sustitutivas, ha llegado la hora de suministrarle una oportunidad para el ejercicio de esa nueva dote. La base de la vida del niño sigue siendo la situación triangular original, aquella en la cual está relacionado con sus dos progenitores. Puede presumirse que el niño de 2 años sólo ha hecho sus inicios inseguros en esta era en la que puede usar las situaciones triangulares sustitutivas, y por cierto un niño de esa edad no está listo para tramitar su apartamien-

to de las situaciones triangulares conocidas y el hecho de que se lo someta a un manejo impersonal.

Justamente esta necesidad que tiene el niño pequeño de un ambiente emocional simplificado es la base de la visita diaria a los niños hospitalizados, que sólo en los últimos años se ha vuelto un procedimiento común en este país. Puede sostenerse que el niño de 2 años que se ha desarrollado bien atravesando las complicaciones del desarrollo emocional previo aún no está en condiciones de tramitar cuidados impersonales, y no basta con que en el hospital se le brinde buena atención física; así pues, o bien los padres mantienen la relación con él en el hospital, o de lo contrario debe dársele al niño la oportunidad de establecer en la institución un triángulo sustitutivo de relaciones si, por desgracia, esto se ha vuelto indispensable en virtud de alguna incapacidad física que exige un tratamiento especializado.

Sin pretender ser exacto en cuanto a las edades, puede advertirse que hacia los 5 años muchos niños ya pueden hacer uso de experiencias fuera del hogar, en tanto que a los 2 años al niño debe dañarlo la ruptura con la situación familiar, o sea, esa situación simple cuya base es la unión de los padres.

En una *edad más temprana*, y tampoco en este caso es menester la exactitud, debe pensarse en el ambiente mientras el niño consolida el logro de la posición depresiva en su desarrollo emocional. A medida que retrocedemos en el tiempo, vemos que el ambiente se torna más y más importante. Ya cuando el niño tiene 2 años, y es normal y puede elaborar las complejidades de la relación con los padres, comprobamos que el ambiente debe ser suficientemente bueno y permanente. Al ir más atrás y si pensamos en la posición depresiva, sabemos que el niño *no puede salir airoso* sin el cuidado continuo de una persona. Es cosa del bebé y la madre o la madre sustitutiva. La madre debe estar disponible para sostener la situación

en el tiempo; no sólo debe estarlo físicamente, sino que además debe estar lo bastante bien como para mantener una actitud congruente a lo largo del tiempo, y debe sobrevivir el día y la serie de días que llamamos semanas y meses, a fin de que el bebé pueda experimentar en repetidas ocasiones las angustias asociadas a los impulsos instintivos, así como la reelaboración posterior a estas experiencias y la renovación de la relación con la madre luego del período de reelaboración. Los bebés pueden sobrevivir si nadie cumple este rol, pero con algo faltante en su desarrollo emocional, algo de vital importancia, y el resultado es un desasosiego y una falta de capacidad para preocuparse por el otro, una falta de profundidad y una incapacidad para el juego constructivo y más adelante para el trabajo, con consecuencias insatisfactorias tanto para el individuo como para la sociedad.

Ya hemos mencionado la función especial que cumple la madre o la madre sustitutiva en cuanto a *presentarle al niño el mundo externo* y hacerle posible la ilusión del contacto. Cabe afirmar que este aspecto de los cuidados maternos no es tan específicamente una función de la madre efectiva, ya que en caso de tener éxito el bebé contará con una capacidad utilizable de por vida, mientras que en lo tocante a la posición depresiva lo que importa es la capacidad para la reparación, al principio de la madre misma. Sin embargo, parecería que la propia adaptación muy sensible a la necesidad, requerida para que el bebé tenga una buena iniciación en esto del contacto con la realidad externa, exige un estado de cosas que probablemente no se dé si no es la madre efectiva la que tiene a su cuidado al bebé.

Al comienzo el grado de adaptación necesario es tan grande, que sólo puede realizarlo suficientemente bien alguien que ha tenido para esa tarea la clase de preparación provista naturalmente por los nueve meses de embarazo, durante los cuales la madre se torna gradualmente

capaz de identificarse con el bebé en una medida que no es posible ni siquiera por esa misma madre pocas semanas después de que el bebé haya nacido.

En un examen de los factores que llevan a la integración y a la residencia de la psique en el cuerpo, uno de ellos se vincula con el ambiente y el cuidado físico general como expresión de amor. En este punto, en particular, la técnica importa más que la relación personal, de modo tal que en estas cuestiones es relativamente menos necesario que sea la madre la persona a cargo de la criatura. En otras palabras, si la técnica de puericultura es buena, no importa tanto quién la aplique. Por otro lado, debe recordarse que la experiencia de diversas técnicas plantea al bebé una situación confusa; podría decirse que la técnica de una misma persona es ya harto variable, más de lo que un bebé puede tolerar en los primerísimos momentos sin que le cause confusión. A un bebé criado en una institución puede irle mejor en lo que toca a la integración y a la residencia de la psique en el cuerpo, que con respecto a la iniciación del contacto con la realidad; y como he señalado, no puede irle bien en lo que atañe al desarrollo de la preocupación por el otro. No obstante, los diferentes aspectos del desarrollo emocional están tan íntimamente entremezclados que es muy artificial separar estas cuestiones una de la otra.

Si nos remontamos más atrás, ingresamos en ese estado de cosas en que el individuo carece de sentido del tiempo, no posee una continuidad en su integración, y aunque en ciertos momentos haya integración, no tiene capacidad para sentirse dependiente. Tampoco se desarrolló todavía la capacidad intelectual que permite comprender la falla adaptativa, ni se cuenta con el alivio que ofrece la elaboración imaginativa (que es el aspecto de la función correspondiente a la psique). En estas tempranas etapas operan fuerzas tremendas, pero el comentario principal sería que las fuerzas existentes poseen gran importancia a raíz de

que aún no se conoce alivio ante las crudezas primitivas; los meros factores económicos reinan soberanos, y si no se dan ciertas condiciones, es forzoso que se produzcan determinadas distorsiones.

Al retrotraernos hasta las primerísimas etapas nos aproximamos a la fusión total del individuo en el ambiente, implícita en la frase "narcisismo primario". Entre esto y las relaciones interpersonales hay un estado intermedio de enorme importancia, sobre el cual puede decirse que entre la madre que sostiene físicamente al bebé y el bebé mismo hay un estrato que debemos admitir, el cual es un aspecto de ella y al mismo tiempo un aspecto del bebé. Afirmar esto es una locura, y sin embargo es imperioso sostener este punto de vista. Hay aquí una estrecha analogía con la situación física anterior al nacimiento: la madre tiene un bebé dentro de sí. El útero tiene en su interior toda una organización desarrollada a partir del óvulo fecundado. El endometrio se especializó para entremezclarse con la placenta. Entre la madre y el bebé, pues, están la bolsa amniótica, la placenta y el endometrio. No hay necesidad de llevar demasiado lejos la analogía, pero desde el punto de vista físico también es válido afirmar que hay entre la madre y el bebé un conjunto de sustancias absolutamente esencial hasta que a la postre se produce la separación, y entonces tanto la madre como el bebé pierden ese conjunto de sustancias. En esta etapa, tan difícil de describir, podemos comprender fácilmente, en nuestra calidad de observadores, dónde termina la madre y dónde empieza el bebé. Sin embargo, en la psicología del individuo hay un aspecto importante de las relaciones respecto del cual puede decirse que en el contacto más íntimo hay una falta de contacto, de manera tal que cada individuo retiene en esencia, siempre y para siempre, un aislamiento absoluto. En la analogía física, es cierto que el óvulo fue un huésped transitorio en el cuerpo de la madre y no una parte de ésta, y luego de la fecundación se fue organizando gradualmente

la instauración de la independencia; desde el punto de vista biológico, puede sostenerse que la madre nada perdió de sí misma cuando nació el bebé salvo esa parte del endometrio que se entremezcló con la placenta.

He usado deliberadamente la palabra "locura" porque en la teoría del ser humano en desarrollo se afirman dos cosas acerca de esta sustancia intermedia en el punto del desarrollo que lleva del narcisismo primario a la relación de objeto. Luego de nacer el bebé, esa sustancia que une y a la vez separa queda representada por objetos y fenómenos respecto de los cuales, una vez más, puede decirse que si bien son parte del bebé, también son parte del ambiente. Sólo gradualmente le exigimos al individuo en desarrollo que haga una diferenciación plenamente reconocida entre la realidad externa y la realidad psíquica interna; de hecho, vestigios de la sustancia intermedia permanecen en la vida cultural de los hombres y mujeres adultos, o sea en aquello que más claramente distingue a los seres humanos de los animales (la religión, el arte, la filosofía).

Antes de todo esto hay un estado de *narcisismo primario*, ese estado en el cual lo que vemos como ambiente del bebé y lo que vemos como bebé constituyen una unidad. Aquí puede aplicarse la torpe frase "configuración ambiente-individuo". No es preciso mencionar al ambiente tal como lo conocemos, porque el individuo no tiene modo de percibirlo, y en rigor el individuo no está allí aún, no está todavía separado del aspecto ambiental de la unidad total. Que el centro de gravedad del ser se desplace gradualmente a la parte de la unidad total que nosotros (los espectadores) tan fácilmente vemos cómo el bebé es un logro del desarrollo emocional sano.

En esta primerísima etapa, debe postularse que el ambiente tiene que brindar una adaptación de tipo físico del 100 % para que se inicie un crecimiento sano y el centro de gravedad del ser tienda a apartarse de lo que lo rodea y a aproximarse al centro en donde está el feto. La madre

asume físicamente el aspecto ambiental de la configuración total.

Se ha intentado describir el factor ambiental con relación a los diversos estadios del desarrollo emocional. No obstante, para una plena comprensión debe recordarse que *las etapas tempranas nunca se abandonan del todo*, de modo que en un estudio de un individuo de cualquier edad se encontrarán todos los requerimientos ambientales, tanto los primitivos como los tipos posteriores; y en puericultura, lo mismo que en psicoterapia, es preciso estar atentos todo el tiempo a la edad emocional del individuo *en ese momento* para suministrarle el ambiente emocional apropiado.

Cuando observamos el desarrollo emocional del bebé en estas primerísimas etapas, nos damos cuenta de lo precario que es todo él. Por fortuna, la mayor parte del cuidado ambiental se brinda en términos físicos; al principio es instintivo y la orientación especial de la madre vuelve probable que sucedan las cosas importantes con total independencia de la comprensión y el conocimiento, a menos que la madre esté enferma. Empero, debe advertirse que el *retorno a una etapa anterior de dependencia* significa dolor y un sentimiento de precariedad correspondiente a la dependencia. Cabe presumir que esto no se presenta en el desarrollo original que procede de manera normal. En la enfermedad o en el curso de una psicoterapia puede producirse una regresión, y la regresión a estados de la infancia puede tener un carácter curativo natural siempre que se tolere el muy intenso sufrimiento asociado a la dependencia que se experimenta regresivamente. La torpeza del psicoterapeuta, en comparación con la madre, torna inconcebible que la regresión a la dependencia, aun en un tratamiento cuidadosamente controlado, sea placentera.

La idea de una época maravillosa vivida en el útero (el sentimiento oceánico, etc.) es una compleja organización de renegación de la dependencia. Cualquier placer proveniente de la regresión corresponde a la idea de un ambiente

perfecto, y esto debe sopesarse junto con la idea, no menos real para el niño o el adulto que hacen la regresión, de un ambiente tan malo que no deja esperanzas para una existencia personal.

11. RECONSIDERACION DEL TRASTORNO PSICOSOMATICO

Podemos repasar ahora la teoría del trastorno psicossomático. Al considerar el trastorno psicossomático es menester tener presente todo lo que se conoce sobre el desarrollo emocional del individuo y elaborar fragmento por fragmento la relación entre los elementos físicos y psicológicos. La mejor manera de describir este proceso será dando algunos ejemplos.

ASMA

- a) En algunos casos de asma hay un factor bioquímico cuya acción es oscura, y la palabra "alergia" no nos hace adelantar mucho salvo por su insinuación de que hay en el individuo una sensibilidad a ciertas proteínas. En ciertos casos parecería que este aspecto de la afección, el físico, es el importante, al menos en las primeras etapas. Si se presumiera que en un caso determinado la causa es física, prontamente se le añadiría una capa psicológica secundaria variable según el individuo. No es posible tener asma sin alterarse por padecerla o por la propensión a padecerla.
- b) Varios estudios demostraron que el asma está asociada a un factor ambiental. Suele afirmarse que un quehacer materno exagerado predispone al asma así como a varios

otros tipos de síntomas. Si estas investigaciones están en lo cierto, hay algo importante que decir sobre la teoría, y es que el factor externo adverso continuo no es necesariamente la causa original, y que la causa original puede o no ser un quehacer materno exagerado en alguna fecha temprana específica e importante. Sea como fuere, para comprender plenamente el asma por obra de un factor externo adverso poderoso es necesario comprender el impacto que tiene sobre el niño lo inconsciente reprimido que subyace en la compulsión de la madre a incurrir en un quehacer materno exagerado. Este efecto puede ser variable. En lo tocante al niño considerado como persona total interesada en las relaciones interpersonales, el asma se relaciona claramente a veces con fases de tensión mayor que la habitual, como ante el nacimiento de un hermanito o en episodios en que se le impone al niño una carga emocional que es incapaz de soportar, allí donde otro niño desarrollaría una enuresis o alguna otra manifestación de desazón; el asma se produce por razones vinculadas a factores más profundos, algunos de los cuales son conocidos y otros desconocidos.

El análisis de un niño asmático, si el analista se mantiene en el plano de las relaciones interpersonales y del conflicto entre el amor y el odio, revela muchas cosas valiosas. El niño se vuelve perspicaz y es capaz de darle cabida al asma o aun de evitarla adoptando ciertos procedimientos. De todas maneras, el análisis de un asmático, si se mantiene en esos planos, puede o no tener éxito con respecto a los síntomas del asma, aunque sí puede posibilitarle al niño desarrollar su carácter y personalidad, así como su libertad general para las relaciones. En este plano, el análisis nunca revela la naturaleza del asma en sí. Mucha más luz arroja sobre el significado del asma para el niño un tratamiento que tome en cuenta ese momento especial del desarrollo de la relación entre el niño y la madre que ha sido denominado la posición depresiva en el desarrollo emocional. Puede haber ricas fantasías siste-

máticas sobre el interior del pecho y toda clase de variaciones acerca del tema del pecho como representante de la panza o como alternativa de la panza o del interior general de la psique, que se ha convertido en una unidad. El manejo de las feroces batallas internas y el control de las fuerzas del bien y del mal dentro del self, todos estos y los restantes fenómenos que contribuyen a la angustia hipocondríaca, aparecen y son valiosos cuando el niño los hace conscientes en vez de carecer de acceso a ellos, además de ser valiosos para nosotros en nuestro intento de comprensión.

No hay todavía ninguna clave, empero, acerca de la naturaleza del asma. En el análisis en que hay una regresión a una mayor dependencia y en la situación analítica y la relación transferencial, el paciente se muestra infantil en ciertos momentos o fases. Hay una mayor aproximación a la verdadera naturaleza del asma, aunque debe admitirse que mucho es lo que se está por comprender. El estado infantil trae consigo una revivencia de los problemas respiratorios asociados con los momentos posteriores al parto y con el propio proceso de nacimiento. Aparecen en la sesión recuerdos corporales de gran importancia y perturbaciones físicas del aparato respiratorio a los que no se había accedido antes como material mnémico, ni siquiera en los sueños. Sigue faltándonos, empero, la clave del asma, ya que estos recuerdos corporales de dificultades respiratorias no provocaron necesariamente el asma y pueden estar asociados, en cambio, con una propensión a la bronquitis y con toda clase de otros trastornos respiratorios y sensaciones de ahogo, etc. El asma sólo parece comenzar a encajar cuando el tratamiento arriba a etapas muy tempranas del desarrollo emocional del individuo, por ejemplo cuando al paciente lo preocupa el establecimiento de un verdadero self como lugar desde el cual vivir, así como el afincamiento [*settlement*] de este verdadero self en el cuerpo. Aquí cobra interés el nexa filológico entre la palabra "alma" y la palabra "aliento". El vaivén del respirar

resulta intolerable en el caso de ciertas angustias asociadas al escape de self verdadero y quizás oculto, y al gritar, así como en el asma, se alcanza el conflicto entre la necesidad de un libre ingreso y egreso y la angustia por la falta de control sobre lo que entra y sale de la unidad psíquica que acaba de establecerse. A la conocida relación entre el eccema infantil y el asma no se la comprende en lo psicológico, y hasta que ello suceda debe aceptarse la argumentación a favor de que ambas afecciones tienen una base física común.

En esta breve reseña del asma intenté ilustrar el uso de la psicología de las diversas clases y estratos más que formular una enunciación completa del tema de la psicología del asma.

ULCERA GÁSTRICA

Podemos aplicar el mismo sistema al examinar el tema de la úlcera gástrica. No es preciso discutir las causas puramente físicas de la úlcera gástrica. En lo tocante al ambiente, puede demostrarse que en una proporción significativa de casos de úlcera gástrica están presentes las condiciones que conducen a una continua tensión emocional. En algunos, la eliminación del factor externo adverso es parte importante del tratamiento físico, y el tratamiento debe ser físico porque hay una lesión física peligrosa. En los tratamientos con internación y, por ejemplo, en la dieta de leche únicamente, tomada en dosis pequeñas y frecuentes, debe recordarse que el paciente ha sido separado de su entorno hogareño y se justifica que se hayan aliviado las angustias asociadas al trabajo. Si el manejo del paciente no se ocupa de estas angustias, es probable que el tratamiento por medios físicos fracase; la confianza del paciente en el médico y la enfermera tiene suprema importancia como parte de dicho manejo y en el desplazamiento de los factores emocionales adversos permanentes que están

presentes en la vida del paciente. Dicho sea de paso, el tratamiento puede implicar que se interrumpa la oportunidad de entregarse a diversos excesos que, desde luego, tienen una causa psicológica.

En lo que atañe a las relaciones personales como las que se dan entre personas totales, mucho se hallará si se emprende la búsqueda. Se nos presenta, en la investigación, toda la gama de la fantasía y el sueño así como las distintas identificaciones cruzadas. Un análisis del paciente en este nivel puede disipar angustias y permitirle hacer frente a los factores ambientales al aliviarlo de la necesidad de revivir experiencias tempranas infortunadas que habían sido olvidadas. El análisis basado en la posición depresiva revela mucho en estos casos, en particular un estado de ánimo defensivo crónico que oculta en su núcleo la depresión. A esto se lo denomina comúnmente inquietud ansiosa de la niñez o hipomanía, y la teoría psicoanalítica concibe dicha inquietud como una defensa maníaca contra la depresión; una constante hiperactividad e hiperexcitación provoca alteraciones fisiológicas que fácilmente pueden afectar cosas tales como la acidez estomacal. Aquí se halla la fuente, asimismo, de los diversos excesos compulsivos y de ciertas perturbaciones menores, como comer demasiado rápido o la selección inadecuada de las comidas. Ninguna de estas cosas por sí sola genera la úlcera gástrica, sino más bien la acción de diversos factores a lo largo de un período. El análisis de un paciente de esta índole diferirá según que la úlcera exista ya o sólo estén dadas las condiciones que fácilmente pueden generar una ulceración crónica. En el primer caso, el paciente otorgará significación a la úlcera de acuerdo con las fantasías que tenga sobre los fenómenos de su mundo interno. En una proporción de casos se comprueba que la enfermedad es la depresión subyacente en el talante hipomaniaco, pese al gran alivio que se obtuvo en el análisis en lo que respecta al conflicto entre el amor y el odio y las relaciones interpersonales y

angustias inherentes al complejo de Edipo. No hay razón para esperar que el análisis de los aspectos más primitivos contribuya a la comprensión o tratamiento de la úlcera gástrica, aunque, por supuesto, en un caso cualquiera puede encontrarse que por debajo de todo hay una enfermedad psicótica.

Una cosa debe recordarse siempre, no obstante, respecto del trastorno psicossomático, y es que la parte física de la enfermedad vuelve a meter a la enfermedad psicológica en el cuerpo. Esto tiene particular importancia como defensa contra la fuga en lo puramente intelectual, vale decir, la pérdida de la significación del psique-soma para el individuo. De este modo, en el estudio de cualquier caso de trastorno psicossomático, incluida la úlcera gástrica, pueden cobrar importancia los fenómenos muy tempranos que han sido calificados con el término "primitivos".

Se apreciará que el estudio del factor externo corriente puede dar resultados que, pese a tener significación estadística, tal vez sean extremadamente engañosos.

APENDICE

Sinopsis I

Agosto de 1954

Introducción

I

Examen del niño humano.

Soma, psique, mente.

Salud: mala salud.

Interrelación de la enfermedad del cuerpo y el trastorno psicológico.

El campo psicossomático (preliminar)

II

El desarrollo emocional del ser humano

A. Relaciones interpersonales.

B. Preocupación, culpa, reparación.

C. Etapas primitivas.

A. Relaciones interpersonales

Yo: Ello: Superyó.

Sexualidad infantil.

Instintos, genitales y pregenitales.
Angustia.
Organizaciones defensivas.
Lo inconsciente reprimido.
El concepto de salud según la teoría de los instintos.

B. La etapa de preocupación.
La posición depresiva (Klein) en el desarrollo emocional.
El tema del mundo interno.
El estado de retraimiento:
relación con — preocupación
— concentración

El estado paranoide y la angustia hipocondríaca.
Cuatro tipos de material psicoterapéutico:
1. Relaciones externas; elaboración imaginativa.
2. Relaciones del mundo interno.
3. Ramificaciones intelectuales.
4. Fenómenos transicionales.

Consideración del encuadre de la psicoterapia de los estados calmos-excitados de las necesidades primitivas y pre-primitivas.

C. Desarrollo emocional primitivo
a) Establecimiento de una relación con la realidad externa (compartida)
La primera lactación teórica.
El valor de la ilusión y de los estados transicionales
El falso self: aspectos normales y anormales
el self protector
la "persona" (cf. Jung)
b) Integración: el logro del estado unitario.
c) Residencia de la psique en el cuerpo.
d) Los estados más tempranos:
El diagrama previo:
la configuración ambiente-individuo.
La experiencia del nacimiento.
Un estado primario de ser.
Caos-orden que surge del vacío.

III
Evolución del ambiente.
Estudio de las secuencias

1) Elaboración imaginativa de la función.
Fantasía.
Realidad Interna.
2) Realidad interna;] Memoria; arte creativo
sueño;] juego; trabajo
fantasía;]
fantaseo;]

Desarrollo del tema de la pediatría psicosomática.
Relación con 1) el funcionamiento normal;
2) la neurosis;
3) los trastornos afectivos;
4) la psicosis.

Objetos y fenómenos transicionales

IV

Conducta antisocial.
Delincuencia relacionada con la falla ambiental.
El niño deprivado.

V

Latencia.
Pre-pubertad.
Adolescencia.
Madurez.

INTRODUCCION ESTUDIO DE LA NATURALEZA HUMANA.

PARTE I

I

Examen del niño humano.

Soma, psique, mente.

El psique-soma y la mente.

Mala salud.

Interrelación de la enfermedad del cuerpo y el trastorno psicológico.

El campo psicósomático.

II

El desarrollo emocional del ser humano.

Plan (hacia atrás)

Relaciones interpersonales.

Establecimiento de la unidad personal.

Principales objetivos.

Entrelazamiento de las secuelas de la dependencia.

PARTE II

Introducción

Establecimiento del estado unitario.

preocupación

Consecuencias: culpa

realidad psíquica personal interna

Posición depresiva: represión con referencia a la depresión

Riqueza interna: un concepto nuevo

Tema del mundo interno: Estilo de vida paranoide
La depresión como trastorno del estado de ánimo
La defensa maniaca - manía

Diversos tipos de material psicoterapéutico.
Angustia hipocondríaca.

PARTE III

La teoría del Yo

Relación con la realidad externa:
Realidad: Juego
Creatividad

Integración

Residencia

Ambiente

Freud, S. (1920-27). *The Psycho-Analytic Treatments of Children*. Imago, 1945.

— (1920). *The Ego and the Id*. Hogarth, 1977. (Trad. esp. El yo y los mecanismos de defensa, Buenos Aires, Paidós, 1971.)

Freud, S. (1900). *The Interpretation of Dreams*, in *James Strachey (transl.), The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, 24 vols. Hogarth, 1953-78, vols. 4 & 5.

— (1905). *Three Essays on the Theory of Sexuality*, S. E. 7.

— (1917). *Mourning and Melancholia*, S. E. 14.

— (1923). *The Ego and the Id*, S. E. 19.

— (1924). *Inhibitions, Symptoms and Anxiety*, S. E. 20.

— (1924). *Female Sexuality*, S. E. 21.

Glover, E. (1938). *On the Early Development of the Mind*. Imago, 1958.

Gorez, G. and Rickman, J. (1948). *The People of Great Russia. A Psychological Study*. Grasset.

Gottlieb, L. G. (1907). *Functional Nervous Disorders of Child*. Lond. Oxford University Medical Publications.

BIBLIOGRAFIA

- Handerson, D. E. (1940): *A Textbook of Psychiatry for Students and Practitioners*, 2ª edición. Oxford University Medical Publications.
- Jackson, J. (1954): *Aggression and its Inhibition*. Methuen.
- Jones, E. (1927): *The Early Development of Temperament*. London: Hogarth Press.
- Klein, M. (1952): *The Psycho-Analysis of Children*, en *Collected Works*, vol. II. Hogarth Press, 1952 (Trad. esp.: *El niño y el psicoanálisis*, O. C. Jones II. Buenos Aires, Paidós, 1957).
- (1954): *A Contribution to the Psychogenesis of Manic-Depressive States*. London: Hogarth Press.
- (1955): *On the Psychology of the Unborn Child*. London: Hogarth Press.
- (1956): *On the Psychology of the Infant*. London: Hogarth Press.
- (1957): *On the Psychology of the Child*. London: Hogarth Press.
- (1958): *On the Psychology of the Adolescent*. London: Hogarth Press.
- (1959): *On the Psychology of the Adult*. London: Hogarth Press.
- (1960): *On the Psychology of the Old*. London: Hogarth Press.
- (1961): *On the Psychology of the Dying*. London: Hogarth Press.
- (1962): *On the Psychology of the Dead*. London: Hogarth Press.
- (1963): *On the Psychology of the Afterlife*. London: Hogarth Press.
- (1964): *On the Psychology of the Soul*. London: Hogarth Press.
- (1965): *On the Psychology of the Spirit*. London: Hogarth Press.
- (1966): *On the Psychology of the Mind*. London: Hogarth Press.
- (1967): *On the Psychology of the Body*. London: Hogarth Press.
- (1968): *On the Psychology of the Soul*. London: Hogarth Press.
- (1969): *On the Psychology of the Spirit*. London: Hogarth Press.
- (1970): *On the Psychology of the Mind*. London: Hogarth Press.
- (1971): *On the Psychology of the Body*. London: Hogarth Press.
- (1972): *On the Psychology of the Soul*. London: Hogarth Press.
- (1973): *On the Psychology of the Spirit*. London: Hogarth Press.
- (1974): *On the Psychology of the Mind*. London: Hogarth Press.
- (1975): *On the Psychology of the Body*. London: Hogarth Press.
- (1976): *On the Psychology of the Soul*. London: Hogarth Press.
- (1977): *On the Psychology of the Spirit*. London: Hogarth Press.
- (1978): *On the Psychology of the Mind*. London: Hogarth Press.
- (1979): *On the Psychology of the Body*. London: Hogarth Press.
- (1980): *On the Psychology of the Soul*. London: Hogarth Press.
- (1981): *On the Psychology of the Spirit*. London: Hogarth Press.
- (1982): *On the Psychology of the Mind*. London: Hogarth Press.
- (1983): *On the Psychology of the Body*. London: Hogarth Press.
- (1984): *On the Psychology of the Soul*. London: Hogarth Press.
- (1985): *On the Psychology of the Spirit*. London: Hogarth Press.
- (1986): *On the Psychology of the Mind*. London: Hogarth Press.
- (1987): *On the Psychology of the Body*. London: Hogarth Press.
- (1988): *On the Psychology of the Soul*. London: Hogarth Press.
- (1989): *On the Psychology of the Spirit*. London: Hogarth Press.
- (1990): *On the Psychology of the Mind*. London: Hogarth Press.
- (1991): *On the Psychology of the Body*. London: Hogarth Press.
- (1992): *On the Psychology of the Soul*. London: Hogarth Press.
- (1993): *On the Psychology of the Spirit*. London: Hogarth Press.
- (1994): *On the Psychology of the Mind*. London: Hogarth Press.
- (1995): *On the Psychology of the Body*. London: Hogarth Press.
- (1996): *On the Psychology of the Soul*. London: Hogarth Press.
- (1997): *On the Psychology of the Spirit*. London: Hogarth Press.
- (1998): *On the Psychology of the Mind*. London: Hogarth Press.
- (1999): *On the Psychology of the Body*. London: Hogarth Press.
- (2000): *On the Psychology of the Soul*. London: Hogarth Press.
- (2001): *On the Psychology of the Spirit*. London: Hogarth Press.
- (2002): *On the Psychology of the Mind*. London: Hogarth Press.
- (2003): *On the Psychology of the Body*. London: Hogarth Press.
- (2004): *On the Psychology of the Soul*. London: Hogarth Press.
- (2005): *On the Psychology of the Spirit*. London: Hogarth Press.
- (2006): *On the Psychology of the Mind*. London: Hogarth Press.
- (2007): *On the Psychology of the Body*. London: Hogarth Press.
- (2008): *On the Psychology of the Soul*. London: Hogarth Press.
- (2009): *On the Psychology of the Spirit*. London: Hogarth Press.
- (2010): *On the Psychology of the Mind*. London: Hogarth Press.
- (2011): *On the Psychology of the Body*. London: Hogarth Press.
- (2012): *On the Psychology of the Soul*. London: Hogarth Press.
- (2013): *On the Psychology of the Spirit*. London: Hogarth Press.
- (2014): *On the Psychology of the Mind*. London: Hogarth Press.
- (2015): *On the Psychology of the Body*. London: Hogarth Press.
- (2016): *On the Psychology of the Soul*. London: Hogarth Press.
- (2017): *On the Psychology of the Spirit*. London: Hogarth Press.
- (2018): *On the Psychology of the Mind*. London: Hogarth Press.
- (2019): *On the Psychology of the Body*. London: Hogarth Press.
- (2020): *On the Psychology of the Soul*. London: Hogarth Press.
- (2021): *On the Psychology of the Spirit*. London: Hogarth Press.
- (2022): *On the Psychology of the Mind*. London: Hogarth Press.
- (2023): *On the Psychology of the Body*. London: Hogarth Press.
- (2024): *On the Psychology of the Soul*. London: Hogarth Press.
- (2025): *On the Psychology of the Spirit*. London: Hogarth Press.
- Abraham, K. (1924): "A Short Study of the Development of the Libido, Viewed in the Light of Mental Disorders", en *Selected Papers on Psycho-Analysis*, Hogarth Press, 1927.
- Aichhorn, A. (1925): *Wayward Youth*. Imago, 1951.
- Balint, A. (1931): *The Psycho-Analysis of the Nursery*. Routledge & Kegan Paul, 1953.
- Freud, A. (1926-27): *The Psycho-Analytic Treatment of Children*. Imago, 1946.
- (1936): *The Ego and the Mechanisms of Defence*. Hogarth, 1937. [Trad. esp.: *El yo y los mecanismos de defensa*, Buenos Aires, Paidós, 1971.]
- Freud, S. (1900): *The Interpretation of Dreams*, en James Strachey (comp.), *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, 24 vols. Hogarth, 1953-73 vols. 4, 5.
- (1905): *Three Essays on the Theory of Sexuality*, S. E. 7.
- (1917): *Mourning and Melancholia*, S. E. 14.
- (1923): *The Ego and the Id*, S. E. 19.
- (1926): *Inhibitions, Symptoms and Anxiety*, S. E. 20.
- (1931): *Female Sexuality*, S. E. 21.
- Glover, E. (1932): *On the Early Development of the Mind*. Imago, 1956.
- Gorer, G. and Rickman, J. (1949): *The People of Great Russia: A Psychological Study*. Cresset.
- Guthrie, L. G. (1907): *Functional Nervous Disorders in Childhood*. Oxford University Medical Publications.

- Henderson, D. K. and Gillespie, R. D. (1940): *A Textbook of Psychiatry for Students and Practitioners*, 5ª edición. Oxford University Medical Publications.
- Jackson, L. (1954): *Aggression and Its Interpretation*. Methuen.
- Jones, E. (1927): "The Early Development of Female Sexuality", en *Papers on Psycho-Analysis*, 5ª edición. Baillière, Tindall & Cox, 1948.
- Klein, M. (1932): *The Psycho-Analysis of Children*, en *Collected Works*, vol. II. Hogarth Press, 1975. [Trad. esp.: *El psicoanálisis de niños*, O. C., tomo II, Buenos Aires, Paidón, 1987.]
- (1934): "A Contribution to the Psychogenesis of Manic-Depressive States", en *Collected Works*, vol. I.
- Middlemore, M. (1941): *The Nursing Couple*. Hamish Hamilton, 1941.
- Money-Kyrle, R. E. (1951): *Psycho-Analysis and Politics: A Contribution to the Psychology of Politics and Morals*. Duckworth, 1951.
- Ophuijsen, J. H. W. van (1920): "On the Origin of the Feeling of Persecution", en *Int. J. Psycho-Anal.* I.
- Rivière, J. (comp.) (1952): *Developments in Psycho-Analysis*. Hogarth, 1952.
- Rosen, J. (1953): *Direct Analysis: Selected Papers*. New York: Grune & Stratton, 1953.
- Spence, J. (1946): "The Care of Children in Hospitals", en *The Purpose and Practice of Medicine*. Oxford University Press, 1960.
- Spitz, R. A. (1945): "Hospitalism: An Inquiry into the Genesis of Psychiatric Conditions in Early Childhood", en *Psycho-Analytic Study of the Child*, I.
- Winnicott, D. W. (1945): "Primitive Emotional Development", en *Through Paediatrics to Psycho-analysis*. Hogarth Press, 1975.
- (1949): "Mind and its Relation to the Psyche-Soma", en *Through Paediatrics to Psycho-Analysis*. Hogarth Press, 1975.
- (1949): "Weaning", en *The Child, the Family and the Outside World*. Harmondsworth: Penguin, 1964.
- (1950): "Some Thoughts on the Meaning of the Word 'Democracy'" en *Home Is Where We Start From*. Harmondsworth: Penguin, 1986.
- (1968): "The Use of an Object and Relating Through Identifications", en *Playing and Reality*. Harmondsworth: Penguin, 1980.

INDICE ANALITICO

- Abraham, Karl, 67, 233
- absorción, deficiencias en la, 33, 41-3
- aburrimiento, 34
- accidentes, 29-30, 33
- propensión a los, 42-4
- adaptación
- casi perfecta al comienzo, 146-7, 180-1, 185, 195, 218
- como profilaxis contra la esquizofrenia, 159
- de la madre al bebé, 24-5, 146-7, 149-50, 157-8, 162, 183-5, 192, 214-5
- de la madre al bebé, y creatividad, 152-3, 157-9, 162
- decreciente, 156-7, 185
- del terapeuta al paciente, 198
- falla en la, e interrupción de la continuidad del ser, 183-4, 189
- falla en la, y distorsión de los procesos vitales, 147, 153-5
- falla en la, y organización del falso self, 155-7, 192
- necesidad de, según el grado de dependencia, 147
- propensión a los, 42-4
- total mediante el uso del intelecto, 195
- adolescencia e importancia de la vida familiar, 211
- adopción
- y problemas de manejo, 53
- y tendencia a la maternidad, 160
- adquisitividad y amor primitivo, 117-8
- afectos suscitados por la fantasía en los estados excitados, 50
- agresión
- aceptada por el niño en un ambiente estable, 212
- asimilación de la, al self total, 117-8
- e Instinto de Muerte, 187-8
- en el amor instintivo primitivo, 106, 187-9

reconocimiento de la, en el amor instintivo, 110
relacionada con la interrupción de la continuidad del ser, 187-8
responsabilidad del bebé por la, 117-8
Aichhorn, A., 18
aislamiento (*véase también* soledad)
 esencial del individuo, 217
 original, en el bebé, 180-1
alergia, 44-6
alma, 82
 y el problema de la leucotomía, 82-3
 y respiración, 223-4
alojamiento de la psique en el soma (*véase* residencia)
alucinación y proceso de la creación, 147, 152-3
ambiente (*véase también* configuración ambiente-individuo; dependencia), 211-9
aislamiento del individuo en el, 180-1, 217
alteraciones en el, originadas por el propio bebé, 200
caótico, 192-5
configuración ambiente-individuo como unidad original, 180, 185, 218
como factor fundamental de la integración, e ingenuidad, 175
como medio circundante de contención, 182-4

contacto inicial con el, a través del impulso y no de la reacción, 211
contacto inicial con el, y pautas futuras 181, 214-5
contribución al, en la madurez, 211
dependencia del, disminuye con la madurez del niño, 59-60, 212
dependencia temprana del, 53, 143-4, 147, 179, 214-8
en el período anterior a la latencia, 212-5
en el período de latencia, la adolescencia y la madurez, 211
estabilidad del, necesaria para el desarrollo de la personalidad, 82
estabilidad del, necesaria para el niño pequeño, 85-8, 94-6, 213
falta del, y amenaza de desintegración, 166-7
falta de percatamiento del, en el bebé, 182-4, 186, 8, 218
interno, su desarrollo en el niño pequeño, 213
intrusión del, 180-1, 189
necesidad de control externo del, durante la contemplación, 115
participación temprana en el, y psicosis, 207-8
requerimientos del, nunca desaparecen por completo, 218

y asma, 220-2
y lo femenino en el varón, 76
y necesidad de la presencia de la madre en la posición depresiva, 107-8, 214-5
y necesidad de una madre única en las primeras etapas, 147, 160, 215-6
y úlcera gástrica, 226
ambivalencia, 84-5
 pasaje de la preambivalencia a la, 105
 resultante del crecimiento del Yo, 68
 solución de los problemas de la, mediante la fantasía, 92
 y conflictos penosos de la etapa edípica, 78-9
amor (*véase también* relaciones interpersonales)
 como adaptación a la necesidad, 24-5, 93-4, 185-7
 como cuidado físico, 24-5, 93-4, 147, 183-5, 214, 5
 de la madre por su bebé, 160
 del niño varón por la madre, en la etapa edípica, 78-9, 84-6, 96
 e instinto en las etapas fálica y genital, 71, 74-5
 entre el niño y otras personas totales, 76-7
 instintivo, y agresión, 84-5, 106, 110
 pasaje de ser desechado al, sentido por el bebé al nacer, 183-4

primitivo, y agresión y destructividad, 106, 111-2, 119-20
primitivo, y dificultades inherentes a la vida, 117-8
reemplazo del objeto de, como defensa, 85-6, 96
y odio en la relación triangular, 84-5
análisis, *véase* relación analítica
anestesia como defensa, en la etapa edípica, 97-8
angustia (*véase también* defensa; persecución)
 asociada con el orden, conducente al caos, 191
 asociada con la integración, 165
 de castración, 77-9, 96
 de la madre que perturba el sostén, 169-70
 de la madre, y falta de adaptabilidad, 181
 de las enfermeras que se ocupan del inicio de la lactancia, 149-50
 de nacimiento, y Freud, 205-6
 de un niño de 3 años en análisis, 133-4
 derivada de un conflicto inconsciente, 47
 derivada del derrumbe de las defensas en la etapa edípica, 85-6, 97-8
 diversos tipos de, que dan origen a defensas, 35-7
 en la posición depresiva, 105, 214-5

explotación de las manifestaciones somáticas de la, 97-8
 hipocondríaca, 105, 139-40, 192, 221-2
 intensa, en el apogeo de la excitación, 84-5
 paranoide, 125-7, 171-2
 por demoras del parto o en la infancia, 201
 psicótica y trastornos psicósomáticos, 174
 relacionada con la libre expresión de los instintos, 191
 subyacente en los síntomas neuróticos, 62, 84-5, 97-8
 tolerancia de la, y fantasía, 92
 valor de la, en la salud, 62
 y ataque defensivo, 171-2
 y culpa, 105
 y dificultades respiratorias, 223-4
 y estructura del Yo, 135-7
 ano, efectos de la hiperestimulación del, 121-2
 apuntalamiento, *véase* relación anaclítica
 artistas, verdadero self y falso self en los, 156-8
 asma, 45-6, 220-4
 ataque de, en un niño de 3 años, 131
 asociación psicósomática, 29, 143-4, 173-7
 e histeria, 140, 173
 fundamental, 83
 importancia de la piel en la, 173
 material relacionado con la, en el análisis, 137
 no inherentes, 174
 pérdida de la, 74-5, 173, 175
 pérdida temporaria de la, en niños normales, 175
 resultante de la experiencia personal y ambiental, 174-5
 se la da fácilmente por sentido, 173
 y angustia hipocondríaca, 139, 174
 y capacidad de identificarse con lo que no es el self, 174
 y ectoplasma, 173
 y ejercicio físico y libertad, 174-5
 y fantasía, 139
 y superposición de la psique y el cuerpo, 174
 y técnicas de puericultura, 215-6
 y valor positivo del trastorno psicósomático, 174, 226
 ataque defensivo en momento de integración, 171-2
 "ausencias" debidas al trauma del nacimiento, 203-4
 autopercatamiento, 82, 92
 Balint, Alice, 18
 bebé(s)
 acción de la gravedad en el, al nacer, 183-4
 al nacer, 199-201

confusión del, al presentarle el mundo, 163
 continuidad del ser en el, 180-3, 186-7, 189
 cuidado físico del, 162
 depresión del, 106-8, 128-9
 desazón del, 42-3
 estado inicial primitivo del, 215-7
 estado no-integrado del, 165-169-70
 estados calmos y excitados del, al nacer, 161-2
 experiencia de soledad del, 187-8
 ilusión y desilusión del, 146
 impulsos destructivos y agresivos del, 110, 214-5
 observación directa del, 207-8
 potencialidad creativa del, 157-9
 prematuro y posmadura, 41-2, 161, 179
 primera lactación del, 145, 147, 151, 161-2
 seducido para que se alimente y viva, 153-4
 sexualidad del, y Freud, 89-90
 sostén del, 169-70
 su capacidad para tramitar la pérdida, 58-60
 su descubrimiento del pecho, 148-9, 151
 su falta de percatamiento del ambiente esencial, 182-3, 185-8
 su independencia inicial respecto del padre, 106
 su necesidad de un contacto corporal desnudo después de nacer, 169-70, 202-3, 204
 sus experiencias previas al nacimiento, 179-83, 199-200
 variabilidad del, y su capacidad para la lactancia, 205-6
 y objetos y fenómenos transicionales, 152-3
 y pérdida del ser, 189
 y proceso de creación, 146-50, 159, 162
 ya es un individuo al nacer, 53, 204-8
 bisexualidad, 76
 caos, 187-94
 e interrupciones reactivas de la continuidad del ser, 191
 en el mundo interno, 61-2
 fabricado por el paciente depresivo, 192
 patológico, vinculado con la desintegración, 166-7, 192
 recuperación respecto del, 192
 temor al, y coeficiente de inteligencia elevado, 31-2
 y el orden obsesivo, 192
 y la idea del orden, 191
 carácter
 determinado por el predominio de una zona con la fantasía adecuada, 67

casos
 hombre que se revolcaba en el medio circundante, 182-3
 niña de 6 años atendida un año después del tratamiento, 137
 niño de 3 años en psicoanálisis, 131-4
 niño de 6 años, con riesgo de desintegración del Yo, 135-7

castración
 angustia de, 77-9, 96
 complejo de, en la niña, 78-9
 fantasía de, en la niña, 71, 74-5
 simbólica, 77
 temor a la, 71
 y complejo de Edipo, 77, 90-1, 96
 y liberación psicológica, 77

cerebro
 como base de la psique, 29, 39, 82
 como base del intelecto, 29-31
 y almacenamiento de la experiencia, 41-2
 círculo benigno, 108-12
 civilización y fantasía, 92
 coeficiente intelectual (CI)
 y angustia, 31-2
 y desarrollo emocional, 31, 196
 y herencia, 30-1
 Coles, Joyce, 12
 complejo de Edipo, 84-71
 comprensión del, es útil para el niño, 59-60
 defensas en el, 84-6
 expresión apropiada para las relaciones entre tres personas totales, 77
 fantasía que rodea el, 77
 invertido, en la niña, 77-9
 pautas derivadas del, en el análisis, 93-4, 94-5
 según aparece en el análisis de un niño de 3 años, 133-4
 y dificultad para ayudar al niño, 59-60
 y salud, 78-9

compulsión
 debida a conflictos inconscientes, 47
 y úlcera gástrica, 225

conciencia e inconsciente, 101-3, 166-7, 193

configuración ambiente-individuo, como unidad original, 180, 185, 218

conflicto
 en la génesis del asma, 220-1, 223-4
 entre el impulso y el ideal del Yo, 47
 es menos perjudicial cuando es relativamente consciente, 45-7, 84-5
 inherente a la vida, 50
 irresueltos, y capacidad sexual, 135-6
 penoso, y defensas neuróticas, 84-5
 tolerancia del, y fantasía, 92
 y cambios corporales irreversibles, 47

y deficiencias en la eliminación, 42-3
 y perturbaciones del funcionamiento corporal, 47

confusión
 derivada de la diversidad de técnicas de crianza, 215-6
 entre la angustia y la excitación en la etapa edípica, 97-8
 al presentarle el mundo al bebé, 163

contemplación
 necesidad de períodos de, en la salud, 128-9
 relacionada con la tarea de la digestión, 108-9, 115
 y discriminación de los fenómenos del mundo interno, 107-09, 115, 126-7

continuidad del ser (*véase ser*)

control
 de los fenómenos internos malos, 120-1, 125-6
 de los fenómenos internos, y asma, 221-2
 de los instintos, y pérdida de la vitalidad, 126-7

control mágico
 de los fenómenos internos, 192
 del analista por el niño, 133-5
 y objetos transicionales, 152-3

creatividad
 cuestiones vinculadas con el problema de la, 29-30
 en los empeños productivos, 157-8
 primaria, 157-60
 y sentido de la realidad, 157-8
 crueldad y preocupación, 24-5, 58, 68, 117-8, 189
 cuadros (*véase también* figuras)
 defensas contra la angustia - amenaza de castración, 96
 derrumbe de las defensas, 97-8
 elementos del mundo interno, 112-3
 etapas pregenital y genital, 68
 etapas pregenitales, 67
 mala salud de la psique, 35-6
 mala salud somática, 33
 neurosis de la niñez, 63
 psicología del niño varón pequeño según la teoría de los instintos, 96
 cuerpo (*véase también* funcionamiento del cuerpo; soma)
 cambios irreversibles en el, debidos a un conflicto emocional, 47
 exagerado hincapié en los límites del, 68, 137
 necesidad del contacto desnudo del, luego del nacimiento, 169-70
 salud del, 29-30, 45-6, 139
 síntomas del, vinculados con fenómenos de la fantasía, 120-1, 125-6, 139

y fantasía, 139
 y sufrimiento normal por el conflicto, 51-2

culpa
 demasiado grande como para que el bebé la soporte, 117-8
 en la posición depresiva, 105-6, 112-3, 117-8
 y expiación obsesiva, como defensa, 97-8

cultura, influencia de la
 en la idea que tiene el niño pequeño de la vagina, 71
 en la identificación de la niña con la mujer, 71
 en la identificación del niño varón con la mujer, 76
 en la presunción de la pérdida del pene en las niñas, 72

defecación (véase heces)

defensa (s) (véase también angustia; ataque defensivo; persecución)
 caos como, 191
 caótica, similar a la deficiencia mental, 192
 como indicadores para el diagnóstico, 37
 como indicadores para el diagnóstico, 37
 contra diversas clases de angustia, 35-7
 contra la angustia en la etapa edípica, 96-8
 cuidado propio exagerado como, 116-7
 derrumbe de las, en la etapa edípica, 97-8
 derrumbe de las, en la etapa edípica, 97-8
 desintegración como, 165-7, 191
 en la enfermedad psiquiátrica, 35-6
 escisión como, 192-3
 falso self como, 153-7, 192
 la anestesia como, en la etapa edípica, 97-8
 maníaca, 128-30
 neurótica, 62, 78-9, 84-6, 94-6
 orden obsesivo como, 192
 reemplazo de los objetos amados como, 85-6, 96
 rigidez de las, 34-5 n, 97-8
 sentimiento oceánico como, 219
 trastorno psicossomático como, contra la fuga en el intelecto, 226
 deficiencia mental, 57, 192, 195, 202-3

democracia y madurez de los individuos, 211

dependencia (véase también ambiente)
 ambiente como parte esencial de la, 147
 completa en las etapas tempranas, 185-8
 disminución de la, a medida que el niño madura, 59-60, 212-5
 disminución de la, con la integración, 166-7
 e ingenuidad, 175

falta de percatamiento de la, en el paciente que hace una regresión, 198
 falta de percatamiento de la, por el bebé, 147
 nunca se la abandona por completo, 218
 percatamiento de la, en el bebé, 24-5
 regresión a la, como defensa en la etapa edípica, 96
 regresión penosa a la, 219
 renegación de la, y sentimiento oceánico, 219
 temprana del ambiente, 53, 147, 185-8
 y capacidad para el cuidado propio, 176-7
 y soledad, 186-8

depresión (véase también estado de ánimo depresivo) e "inquietud angustiada corriente" de los niños, 129-30
 en la infancia, 106-8, 128-9
 en la madre, 181
 en personas esquizoides, 108-9
 oculta, en el niño, 129-30
 renegación de la, 129-30
 y caos, 192
 y despersonalización, 108-9, 128-9
 y dudas sobre el mundo interno, 140
 y posición depresiva, 106-8, 128-9
 y úlcera gástrica, 225-6

desarrollo
 de la psique, descripción de la, 51-3
 existente desde el principio, 185
 físico según la edad del niño, 24-7
 idea del, predominante en la psicología infantil, 62
 oculta, en el niño, 129-30
 potencialidad para el, existente desde el principio, 185
 precariedad del 218
 psicossomático como logro gradual, 53
 tareas del, en el período de los 2 a los 5 años, 96
 tareas del, nunca se completan, 58, 62, 123

desarrollo emocional
 característico de la infancia, 101-2
 fenómenos tempranos del, 143-4
 normalmente penoso, 51-2
 temprano, y psicosis, 207-8
 trastornos del, 34-5

deseo
 e ilusión de crear, 152-3
 pasaje de la necesidad al, 147
 y omnipotencia, 152-3

desintegración
 amenaza de, por falla ambiental, 166-7
 como defensa contra la angustia asociada a la integración, 165-7, 191, 193
 como defensa contra la no integración, 169-70

según las líneas de fisura del mundo interno, 193
y caos, 166-7, 191
y detención del desarrollo, 191-2

destete, 123
cobra significado en la posición depresiva, 108-9
y capacidad del bebé para tramitar las pérdidas, 58-60

destruictividad
aceptación por el bebé de su responsabilidad respecto de la 117-8, 128-9
asimilación de la, al self total, 117-8
e instinto de muerte, 187-8
y amor instintivo, 110-2, 117-8

diagramas de la configuración ambiente-individuo, 179-84

dibujos del self como círculo, trazados por niños, 102-3, 116-7, 139, 174

disociación
de los estados calmos y excitados, en el bebé, 111-2
ejemplos de, 193
entre los elementos del mundo interno, como defensa, 137
y escisión, 193

dolor, propiedades persecutorias del, 120-1, 125-6

duelo
capacidad para el, y posición depresiva, 128-9
y estado de ánimo depresivo, 108-9

Edipo (personaje de Sófocles), 77

elaboración imaginativa del funcionamiento corporal, 81, 119
según el tipo de instinto predominante, 65-6, 69-70, 81
y evolución del animal humano, 82
y fantasía, 50, 81
y solución de los problemas de ambivalencia, 92
en las etapas fálica y genital, 69-72
diferencia de los niños de los animales, 65-6
la psique como, 39, 51-2, 174

eliminación, deficiencias en la y persecución, 120-1

Ello
crecimiento del, 69-70
enunciación del desarrollo del, más acorde con elemento masculino, 74-5
su relación con el Yo, 87
uso del término por Freud, 87

enfermedad
de la psique, 30, 34-7
depresiva, y posición depresiva, 106-8
neurótica, derivada del conflicto edípico, 78-9
somática, 33-5

enfermedad esquizoide (*véase también* esquizofrenia; psicosis)
y depresión, 108-9

y falta de capacidad para la ilusión, 115

enfermedades (*véase también* trastornos)
diagnóstico de las, 26-7
discriminación de las, 26-7
físicas de causa todavía no comprendida, 44
físicas de la niñez, 26-7
somáticas, clasificación de las, 33-5

enfermeras (*véase* médicos y enfermeras)

enojo, *véase* rabia

enquistamiento, 119

erotismo oral, 68
desplazamiento al ano, 121-2

escena primaria, 90-1

escisión
asimilada a la personalidad, 137
cierto grado de, es inherente, 136, 155, 192
del mundo interno, 193
y falso self, 155, 192
espectros (*véase* fantasmas)

esquemas (*véase* cuadros)

esquizofrenia (*véase también* enfermedad esquizoide; psicosis), 35-6
y falla en el contacto inicial, 155
y falso self, 155
y manejo en las etapas más tempranas, 159
y sentimientos de irrealidad, 159

estados calmos
y perturbados por excitaciones, en el recién nacido, 161-2
primarios, 162, 180-1
su discriminación de los estados excitados, 105
su relación con la vida instintiva, 83-5, 117-8, 146-7
y aislamiento, 181
ya no son posibles cuando se quiebra el círculo benigno, 111-2

estado de ánimo depresivo (*véase también* depresión)
causas del, 126-9
relacionado con el duelo y la pérdida, 108-9
renegación del, 129-30
y acallamiento del mundo interno, 108-9
y dudas sobre el self 128-30
y posición depresiva, 106, 128-9
y salud, 128-30
y vaivén maníaco-depresivo, 130

estados excitados (*véase también* excitación; instintos)
problemas de los, determinados por los instintos, 83
relaciones en los, vinculadas con las que se establecen en los estados calmos, 159
su discriminación respecto de los estados calmos, 101-2
tres fases de los, 49

y alteraciones fisiológicas, 49-50
 y primera lactación, 145, 148-9
 y puesta a prueba de la estructura personal, 116-7
 etapa anal, variabilidad de la experiencia en la, 68-70
 etapa fálica, 67
 y sentimientos de inferioridad en la niña, 72
 fantasía de la experiencia en la, 68-70
 etapa genital, 67, 69-70
 fantasía de la experiencia en la, 67
 huellas de las etapas pregenitales en la, 69-71
 meta de la, 71
 y complejo de Edipo, 77
 y postergación de la procreatividad, 88
 y reconocimiento de las personas como unidades totales, 88
 y tolerancia de la frustración, 57, 71, 88
 etapa oral (véase también erotismo oral)
 como primera etapa del desarrollo instintivo, 65-8
 erotismo y sadismo en la, 68
 sadismo en la, y persecución, 120-1
 etapa pregenital
 constitutiva de la sexualidad infantil, 89-90
 división de la 43, 67 y 69
 etapa uretral, 67-8

evolución del niño (véase desarrollo)
 excitación (véase también estados excitados; instintos) e integración, 65-6
 instintiva, y partes del cuerpo, 65-6
 no asimilada, en el recién nacido, 161-2
 somática como correlato de la fantasía, 84-5
 y comienzos de la lactancia, 145-6
 y preocupación por el objeto, 117-8
 y preocupación por los cambios internos, 105, 117-8
 experiencia (s)
 almacenamiento de las, y comienzos del ser humano, 41-2
 anteriores al nacimiento, no se pierden, 179-80, 204
 catalogada, clasificada y relacionada con el tiempo, 195
 discriminación de los resultados de las, 106
 excitadas y calmas como origen de la residencia de la psique en el soma, 174
 incluidas en el mundo interno del bebé, 112-3
 inicial, 179-80
 instintivas, y sus resultados imaginativos, 106
 sentimiento de realidad en las, 119
 y capacidad del niño para

conservar la integridad, 116-7
 falso self
 basado en el sometimiento, 155, 156-7n, 192
 del artista, 156-7
 inherente a la vida, 155
 y búsqueda de una vida que se sienta real, 155
 y esquizofrenia, 155
 y falla del contacto inicial, 155
 y falta de capacidad para las relaciones, 155
 y futilidad, 155
 y grados menores de escisión que aparecen en una etapa posterior, 156
 y ocultamiento del verdadero self, 155, 156-7n, 192
 familia, 64-05
 como ámbito de las relaciones triangulares de la salud, 64-5, 78-9, 85-6, 94-5, 212
 importancia de la, en el período de latencia y la adolescencia, 211
 ruptura de la, en el período de latencia, 212-3
 y continuidad en el tiempo, 64-5
 fantaseo
 bajo control consciente, 135
 uso del, para tramitar la frustración instintiva, 84-5, 88
 fantasía (véase también mundo interno)
 casi física, 81-2
 como característica humanizadora, 92
 como origen de una excitación somática localizada, 84-5
 consciente e inconsciente, como histología de la psique, 50
 e identificación del niño varón con la mujer, 76
 en torno del complejo de Edipo, 77
 enriquecimiento de la, por la experiencia, 119
 específica de cada individuo, 50, 81
 importancia de distinguir la realidad de la, 90-1
 importancia de la, según el tipo de instinto, 67
 impropiedad del término, 135-6
 influencia de la, en las manifestaciones de angustia, 85-n, 139
 localizada en el pecho, en el asma, 221-2
 relacionada con la genitalidad femenina, 73-4
 relacionada con los afectos en los estados excitados, 50
 y bisexualidad, 76
 y elaboración imaginativa del funcionamiento corporal, 50, 81
 y fantaseo, 135-6

y preparación para la experiencia orgiástica, 81
 y realidad psíquica, 135-6
 y úlcera gástrica, 225
 y unidad de la psique y el cuerpo, 82, 139

fantasmas, 173

fase hipocondríaca después de la lactación, 115

feto
 comienzo de la experiencia para el, 179-80
 continuidad del ser del, 180
 sujeto a la reacción ante la intrusión, 180

figuras (*véase también* diagrama de la configuración ambiente-individuo), 110, 114, 146, 176-7, 180-1

filosofía
 y problema de lo "real", 162-3
 y la mente, 23

fisiología
 como base de la psicósomática, 49
 del temor, 85-6, y n.
 y estados excitados, 49-50

fisura palatina, 42-3

forma
 como modo de reconfortarse ante la infinitud, 201-3
 el parto demorado como base de la, 201

forma musical (*véase* música)

funcionamiento del cuerpo
 desarrollo del, 24-7
 elaboración imaginativa del, 24-5, 50, 73-4, 81

predominio de ciertas zonas del, 81
 su aceptación por el niño, 24-5
 y el complejo de Edipo, 77

fusión del individuo con el ambiente, 24-5, 217

Freud, Anna, 18, 81 n., 160

Freud, Sigmund, 58, 74-5, 108-9 n.
 y angustia del nacimiento, 205-6
 y el estudio de las relaciones interpersonales, 61, 101-2
 y el nacimiento por cesárea, 200-1
 y la sexualidad infantil, 89-90
 y los conceptos de Yo, Ello y Superyó, 87-8
 y los instintos de vida y de muerte, 186-8

frustración
 y aflojamiento del lazo psicósomático, 173
 y destructividad 111-2, 117-8 n., 128-9

gesto espontáneo de amor del bebé, 107-8, 111-2

Gillespie, R. D., 111-2 n.

Glover, Edward, 112-3 n., 165 n.

Gorer, G., 175n.

gravedad, acción de la 183-4

Guthrie, L. G., 26-7n.

heces

elemento persecutorio de las, 120-2
 interés del niño por las, 121-2

Henderson, D. K. 111-2, n.

herencia, 33, 39
 e intelecto, 30-1, 196
 y lo femenino del niño varón, 76
 y propensión del niño a la neurosis y la psicosis, 64-5
 y tendencia a los diversos tipos psiquiátricos, 39

hipocondríaca (*véase también* angustia; fase hipocondríaca), 52
 y angustia por la rabia o el odio, 105
 y asociación psicósomática, 139, 174
 y caos interno, 192
 y dudas sobre el bien o el mal internos, 139

hipomanía, 225

histeria, 140

hombre y mujer
 dependen mutuamente para completarse en la etapa genital, 71n.
 diferencias en su influencia recíproca, en la etapa genital, 67
 diferencias entre, en la etapa fálica, 67
 mayor uso de los instintos pregenitales por la mujer, 69-70
 valor de lo masculino en la mujer y lo femenino en el hombre, 76

homosexualidad
 del varón en la etapa edípica, 85-6
 normal o manifiesta, 76n.
 valor de la, para la sociedad 76
 y la idea de una transigencia con el padre o la madre, 90-1, 96

hospitalización del niño pequeño, 213

Humpty Dumpty, 166-8

identificación
 capacidad para la, y bisexualidad, 76
 con el rival, como defensa, 96
 de la madre con el bebé, 147, 215-6
 de la niña con el hombre, 72
 de la niña con la mujer, 71
 de las personas inmaduras con la comunidad, 211
 del niño varón con el padre, 85-6
 del niño varón con la madre, 76
 del niño varón con la mujer, 76
 uso de la, para tramitar la postergación de la creatividad, 88
 y pérdida de la identidad personal, 211

ilusión
 ámbito de la, entre lo subjetivo y lo objetivo, 153-4, 163
 ámbito de la, posibilitado al bebé, 152-3

de estar en contacto con la realidad externa, 162-3
 su valor en la religión y el arte, 159
 y desilusión, 146
 y escisión esencial, 192
 ilusiones del bebé
 crear el pecho, 146
 haber creado lo que encuentra, 149-50, 159, 162
 poseer un poder creador mágico, 152-3
 imágenes eidéticas en el recién nacido, 203-4
 inconsciente racial, 204-6
 y Freud, 205-6
 y memoria de las experiencias del nacimiento, 206
 inconsciente (s), 92
 prueba de la existencia de lo, en el psicoanálisis, 92-4
 sentimientos e ideas, en la posición depresiva, 107-8
 y conciencia, 193
 y el psicoanálisis, 87
 y el Yo y el Ello, 87
 y fantasía casi física, 81
 incorporación
 de la experiencia, y mundo interno, 112-3, 115, 119
 del "pecho bueno", 112-3
 infancia (*véase también* bebé)
 características de la, y propensión posterior a la neurosis, 62-3
 desarrollo emocional en la, 101-3
 progresión del tipo de instinto durante la, 65-7
 infecciones relacionadas a veces con estados emocionales, 44
 ingenuidad, 175
 inhibición
 aminorada como resultado de la reparación, 108-9
 derivada de un conflicto inconsciente, 47, 50
 en la etapa edípica, como defensa, 78-9, 96
 por ruptura del círculo benigno, 111-2
 y lo reprimido inconsciente, 193
 instintos (*véase también* estados excitados; excitación)
 aceptación personal de los, 24-5, 212
 apogeo del funcionamiento temprano de los, 85-6
 control de los, en la posición depresiva, 117-8
 control de los, y pérdida de la vitalidad, 126-7
 desarrollo de los, y ambiente estable, 212
 división pregenital de los, 67, 69-70
 elaboración imaginativa de las etapas pregenital y genital de los, 69-75
 en el bebé y en la primera lactación, 147, 157-8, 161
 frustración de los, y aflojamiento del lazo psicossomático, 173
 genitales, y complejo de Edipo, 77

importancia de los, según Freud, 61
 inicios de la responsabilidad por los, 102-3
 liberación respecto de los, como resultado de la reparación, 106, 108-9
 liberación respecto de los, y salud corporal, 45-7
 manejo de los, 45-7, 50
 naturaleza de los, revelada por el psicoanálisis, 87
 pérdida de los, como defensa, 85-6, 96
 predominio de las etapas pregenital y genital de los, 65-7
 pregenitales, regresión a los, como defensa, 96
 preocupación por los, en las relaciones, 105
 ricos resultados imaginativos de los, 106
 satisfacción de los, 64-5
 teoría de los, en el niño pequeño, 96
 tipos de, su progresión en la infancia, 67, 69-70
 e ideas agresivas, 106
 e impulsos verdaderos y ataques defensivos, 171-2
 y construcción del mundo interno por el bebé, 112-3
 y la niñez temprana sana, 64-5, 212
 y liberación de la tensión en el período de latencia, 85-6
 y períodos de descanso, 64-5
 y psicoanálisis, 133-4
 Instituto de Psicoanálisis de la Sociedad Psicoanalítica Británica, 18, 61
 integración, 165-72
 a partir del estado no-integrado, 143-4, 165-7
 desintegración como defensa contra la, 165-7, 191
 logro de la, en la posición depresiva, 117-8
 mediante el cuidado del bebé, por oposición a la experiencia instintiva, 169-170, 175
 mediante la reacción ante la intrusión, 169-70
 precaridad de la, 166-7
 promovida por el cuidado ambiental, 166-7, 175, 215-6
 promovida por los instintos y la agresión, 166-7, 175
 se da fácilmente por sentada, 165
 significado de la, 169-70
 y ataque defensivo, 171-2
 y expectativa de ser atacado, 171-2, 175
 y técnicas de puericultura, 215-6
 y unidad, 218
 y valor en la autoexpresión, 168
 intelecto (*véase también* mente), 195-6
 afectado por el desarrollo emocional, 31-2

capacidad heredada del, 196
 crecimiento del, 24-5
 el cerebro como base del, 29-31
 embrollo del, 195
 explotación del, en el trastorno emocional, 30-2
 función del, antes del pensar, 195
 función variable del, según el ambiente, 195
 hipertorfia temprana del, 195-6
 y la mente como madre sustitutiva, 196, 201
 y psicosis, 31
 y salud, 30, 32
 y sentimientos de irrealidad, 196
 introyección
 e idealización, 112-3, 115
 mágica, y mundo interno, 112-3, 115, 119
 intrusión (véase también paranoia; persecución)
 de la demora del nacimiento, 201
 impredecibilidad de la, 181, 201
 necesidad de la, y disposición paranoide, 169-70
 reacción ante la, como acicate de la integración temprana, 169-70
 reacción ante la, e interrupción de la continuidad del ser, 180-3, 189, 195, 199-200, 203-4
 ira, véase rabia

Isaacs, Susan, 9

Jackson, Lydia, 171-2 n.

Jones, Ernest, 74-5 n.

juego
 constructivo, y posición depresiva, 112-3, 214-5
 de trenes por un túnel, en un niño de 3 años, 131
 e instintos 84-5, 88
 en el contacto inicial entre la madre y el bebé, 151
 en que se une la casa del analista con la propia, en una niña de 6 años, 137
 mundo interno revelado en el, en psicoanálisis, 133-6
 y angustia vinculada con la desintegración del Yo, 135-7

Klein, Melaine, 18, 107-8 M, 111-2, 128-9

lactación, lactancia (véase también primera lactación)
 afectada por un trastorno físico, 41-3
 dificultada por un sostén angustiado, 169-70
 impersonal, e imposibilidad de alcanzar la posición depresiva, 108-9
 inhibición para la, 45-6, 149-50
 perturbaciones de la, en bebés de más edad, 42-3
 seguida de un período de

contemplación, 115
 y acumulación de material para crear, 152-3
 y capacidad para las relaciones excitadas, 148-9
 y el problema de lo "real", 162
 y la variabilidad del bebé al nacer, 41-2
 latencia, período de
 como liberación del desarrollo instintivo temprano, 85-6, 88
 y necesidad de un ambiente estable, 211
 y postergación de la procreatividad física, 88
 lobotomía, 82-3

madre
 amor del niño varón por la, en la etapa edípica, 78-9, 84-6
 consecuencias de la demencia de la, 195
 consecuencias de la rigidez y falta de adaptabilidad de la, 181
 creada por el bebé, 147
 disminución de su capacidad adaptativa, 146, 195
 fallas de la, en la adaptación temprana, 146-7, 163
 fallas de la, y paranoia, 126-7
 fantasía de muerte de la, en la niña, 90-1
 fantasía del niño varón de satisfacer a su, 90-1

fantasía de robarle a, en la niña, 90-1
 identificación de la niña con la, 71
 identificación del niño varón con la, 76
 importancia de la, en los inicios de la vida del bebé, 160-1
 importancia de su contacto con el recién nacido, 204
 necesidad de ciertas condiciones para que obre connaturalidad, 115, 169-70
 necesidad que tiene el bebé de la, en los momentos de integración, 171-2
 según se la ve en los estados calmos y excitados, 105-6
 su aceptación de un gesto reparador, 110
 su adaptación para dar cabida a la ilusión de crear en el bebé, 146-7, 149-50, 159, 162, 214-5
 su adaptación, y la capacidad del bebé para las relaciones excitadas, 146
 su capacidad para obrar naturalmente, 160
 su capacidad para iniciar la lactancia, 205-6
 su empatía al tomar en brazos al bebé, 166-7
 su orientación a la maternidad, 160, 215-6, 219
 su presentación del pecho al bebé, 145, 148-51, 157-8

su quehacer materno exagerado como origen del asma, 220-2
suficientemente buena, 146
supervivencia de la, en la posición depresiva, 214-5
sus experiencias durante el parto, 160-1
y la provisión de cuidados físicos, 147, 166-7, 183-4
y sostén de la situación en la posición depresiva, 107-8, 111-2, 116-7, 214-5
y sostén del recién nacido, 203-4
madurez
del desarrollo instintivo, a los 5 años, 94-5
primera, cerca de los 5 años, 57-8
y capacidad para la transacción, 193-4
y democracia, 211
y salud, 30, 53
y responsabilidad por el ambiente, 30, 211
y tolerancia de las ideas, 90-1
maestros
incorporación o introyección de los, 112-4
papel de los, al posibilitar la reparación, 111-3
masculino y femenino (*véase* hombre y mujer)
masturbación
en la niña pequeña, asociada con la privación, 73-4
en los bebés, asociada a la perturbación emocional, 89-90
no compulsiva, y conservación de los instintos, 84-5
matrimonio, relaciones excitadas y calmas en el, 159
médicos y enfermeras
confianza en los, y tratamiento de la úlcera gástrica, 225
importancia de los, en el momento del parto, 151
interferencia de los, en el primer contacto entre la madre y el bebé, 149-51
y comprensión de la desazón del bebé, 42-3
y comprensión de la psicología del recién nacido, 40
y comprensión de la situación de la madre, 161
y temor a las heces, 121-2
medio circundante, 182-4
membrana limítrofe (*véase también* piel), 101-3
mente (*véase también* intelecto)
como ayuda para la predicción, 202-3
como función del psique-soma, 29, 57
como sustituto materno, 196
lugar asignado a la, en la fantasía, 83
predominio de la, y sentimientos de irrealidad, 196
su predominio sobre el psique-soma, 196

y desarrollo emocional por oposición a la capacidad heredada, 196
Midelemore, Merrill, 151
Money-Kyrle, R. E., 92 n.
muerte
de los padres, y tensiones emocionales entre ellos, 212
deseo de, y deseo de no estar vivo todavía 186-7
el bebé desconoce la, 187-8
en la fantasía del complejo de Edipo, 77-9, 90-1
instinto de, y Freud, 186-8
renegación de la, y defensa maníaca, 129-30
y estado previo a la vivacidad, 186-8
y pérdida del ser, 189
mundo interno (*véase también* fantasía)
acallado en el estado de ánimo depresivo, 108-9, 126, 9
cambio permanente del, 125-6
caos en el, y sadismo oral, 192
complejidad del, manifestada en la obra de los artistas, 115, 119
del niño, según se revela en la psicoterapia, 107-8, 133-6
discriminación de lo bueno y lo malo en el, 107-8, 115, 119, 126
disociación de los elementos del, 137
e intercambio con la realidad externa, 116-7, 125-6
enriquecimiento del, por la experiencia, 115
lo malo en el, obedece a experiencias insatisfactorias, 125-6
lo malo en el, se vuelve persecutorio, 120-2, 125-6
localizado por el bebé en la panza, 115
muerte en el, y defensa maníaca, 129-30
pauta del, relacionada con la digestión, 115
peligro en el, e introyección y proyección, 119
relación subjetiva con el, y falso self, 156-7 M
riqueza y complejidad del, 121-2
ruptura en el, y desintegración, 169-70
tres elementos del, 112-3
música y forma, 201
nacimiento (*véase también* parto), 199-209
anormal, y parto prolongado, 203-4
asfixia parcial en el, 205-6
como gran despertar, 41-2
demoras en el proceso del, 201
e individualidad del bebé, 53, 199, 204
momento psicológicamente adecuado para el, 161, 179
normal, tres características

del, 199-200
por cesárea, 200-1
prematuro y posmaduro, 144, 41-2, 161, 179
problemas respiratorios en el, y el asma, 223-4
problemas respiratorios en el, y el asma, 223-4
proceso del, y actuación posterior, 204
provocado por el bebé, 200-1
provocado por el bebé, 200-1
traumas físicos en el, 203-4
y anestesia administrada a la madre, 204
y el pasaje a la respiración, 200, 202-4
y la importancia de la anamnesis, 205-6
y la importancia de la psicología del bebé, 40-2, 161
y la necesidad de un sostén calmo del recién nacido, 203-4
y la primera experiencia de la gravedad, 183-4
y la reacción ante la intrusión, 199-200
narcisismo primario, 217-8
naturaleza humana
 como tema ilimitado, 17
 y soledad esencial, 162
 enfoque evolutivo del estudio de la, 24-5
necesidad
 del bebé y proceso de creación, 146-7, 149-50
 pasaje de la, al deseo, 147
neumonía, importancia de los cuidados antes de la existencia de antibióticos contra la, 44
neurosis
 y deseo de autopercatamiento, 92
 descripción de la, 34-6
 obsesiva, y renegación del caos, 192
 origen de la, y relaciones interpersonales, 57-60, 77
 pone de manifiesto un trastorno más fundamental, 63
 propensión a la, en el niño pequeño, 63
 síntomas de la, datan de los 2 a 5 años, 62, 78-9
neurosis obsesiva
 en la etapa edípica, 97-8
niñas
 complejo de Edipo invertido en las, 77-9
 desazón de las, en la etapa fálica, 72
 etapa genital en las, 73-5
 importancia de "el varón" para las, 71
 secretos de las, vinculados con la genitalidad, 73-4
 su identificación con la mujer, 71, 73-5
 su identificación con el hombre, 72
 valor de la masculinidad en las, 76
 y apuntamiento en el tipo de instinto pregenital, 71, 73-5
 y fantasía sobre el adentro

del self y de la madre, 74-5
niño varón
 etapas fálicas y genital en el, 69-71
 lo femenino en el, 76
 peleas y empujones entre los, vinculados a la genitalidad, 76
 su capacidad de identificarse con la mujer, 76
 su uso del padre internalizado para el control de los instintos, 85-7
 y complejo de Edipo, 77-9, 84-6
 y la idea de la vagina, 73-4
niños (*véase también* sexualidad infantil)
 asma en los, 220-2
 enfermedades físicas de los, 26-7
 fragmentados por las distintas disciplinas, 23
 su capacidad para diferenciar sueño de realidad, 90-2
 su propensión a la neurosis, 62-3
 y complejo de Edipo 59-60, 212
 y frustración de la vida instintiva, 84-5
 y pérdida temporal de la residencia psicosomática, 175
 y perturbaciones neuróticas, 59-60
 y predominio de la excitación erótica genital, 65-7
 y ruptura de la familia, 212-3
no-integración, regresión a la en el bebé normal, 168
 en la psicoterapia, 168-70
 y sentimiento de "locura", 168
no-integración
 acompañado de la falta de percatamiento, 165
 da origen a la integración, 166-7
 deja paso a la desintegración, 168-70
 es el estado originario, 185, 191-2
 riesgosa a raíz de la expectativa de persecución, 175
 y falta de un centro de gravedad, 165
 y relajación, 169-70
 y sostén en la cuna o en los brazos de la madre, 169-70
objeto
 confianza en que se ha de encontrar un, 152-3
 considerado como persona estructurada y valiosa, 117-8
 en el mundo interno del bebé, 112-3
 tolerancia de la falta de, 152-3
 uso del, 96 n., 117-8n.
objetos y fenómenos transicionales, 152-4
 como base de la religión y el arte, 153-4, 218

creación de los, por el bebé, 152-3
 y descanso en la tarea de discriminar entre los hechos y la fantasía, 153-4, 218
 y zona intermedia, 218
 odio
 aceptado por el niño en un ambiente estable, 212
 al padre, en la etapa edípica, 78-9, 84-5, 96
 omnipotencia
 experiencia de, como base para la aceptación de las limitaciones, 152-4
 experiencia de, merced a la adaptación de la madre, 152-3
 experiencia de, prolongada en los fenómenos transicionales, 152-3
 surge libremente en las relaciones triangulares, 84-5, 212
 y génesis de la hipocondría, 105
 y rabia ante la frustración, 117-8, 128-9
 Ophuijusen, J. H. W., Van, 120-1 n.
 padre
 amor y odio al, en la etapa edípica, 84-5
 castración del o por el, en la fantasía, 90-1
 como prototipo de la conciencia moral, 85-7
 confiabilidad de las ideas instintivas lograda gracias a la intervención del, 106
 fantasía de la niña de estar a merced del, 90-1
 identificación del niño varón con, en la etapa edípica, 85-6
 independencia inicial del bebé respecto del, 106
 muerte del, en la fantasía, 77-9, 90-1
 sentido de paternidad del, y preocupación, 121-2
 su relación con el hijo varón, 85-6
 transacción con el, 90-1
 paranoia (*véase también* intrusión, persecución), 35-6
 congénita o constitucional, 205-8
 en los momentos de integración, 171-2, 175
 oculta en la reacción ante la amenaza externa, 125-6
 pruebas clínicas tempranas y posteriores de la, 126-7
 y angustias de la posición depresiva, 105
 y fallas maternas 126-7, 169-70
 y mejoramiento a través de la psicoterapia, 127-7
 y mejoramiento a través del cuidado adaptativo, 126-7
 y necesidad de persecución,

42-4, 125-7, 169-70
 y trauma coincidente, 126-7
 padres
 e importancia de distinguir los hechos de la fantasía, 90-1, 212
 e importancia de tolerar las ideas, 90-1
 importancia de la relación entre los, para el niño, 78-9, 85-6, 212-4
 importancia de los, en la etapa edípica, 64-5, 78-9, 85-6, 90-1, 212
 proceder de los, derivado del miedo a las heces, 121-2
 y establecimiento del círculo benigno, 111-2
 Parte de mí / distinto de mí diferenciados por primera vez por el niño, 102-3
 imposibilidad de diferenciarlos, en una etapa temprana, 185
 y el adentro y el afuera, 102-3
 parto (*véase también* nacimiento)
 e ideas de persecución de la madre, 160
 liberación del temor al, 40
 pecho
 su creación por el bebé, 146, 148-50
 se descubrimient por el bebé, 148-50
 ofrecido al bebé en el momento adecuado, 145
 pediatría
 y comprensión de la creatividad del recién nacido, 157-9
 y comprensión de la psicología, 26-7
 y enfermedades físicas de la niñez, 26-7
 y psicoanálisis, 27
 y psiquiatría infantil 17-8, 27
 y salud física y emocional del recién nacido, 161
 pene
 deseo del, en la niña en la etapa genital, 74-5
 envidia del, en la niña, 74-5, 78-9
 erección del, en las etapas fálica y genital, 71
 secuencia de ideas concernientes al, en la niña, 71-2
 percatamiento (*véase también* autopercatamiento), 81, 83, 92, 165-7, 169-70
 falta de, 92, 97-8, 165
 pérdida, capacidad del bebé para tramitar la, 58-60
 persecución (*véase también* defensas; paranoia)
 del ambiente, necesidad de, y paranoia, 42-4, 120-1, 125-7, 169-70
 e intolerancia al dolor, 120-1
 expectativa de, al comienzo de la lactancia, 205-6
 expectativa de, en los momentos de integración, 171-2, 175

imaginada por la madre en el parto, 160
 provenientes de la panza, 120-1
 y alucinación e idea delirante, 120-1,
 y constipación, 120-1
 y fenómenos internos malos, 120-1, 125-6, 134-5
 y función anal, urinaria y genital, 121-2
 y proyección, 120-1
 personas totales, 102-5
 calma y excitada, 145
 establecida al nacer por los ritmos respiratorios, 202-3
 falla inicial de la, y escisión del bebé, 153
 falla inicial de la, y seducción del bebé para que viva, 153-4
 importancia de la continuidad de la, en la posición depresiva, 108-9, 214-5
 importancia de la, en los inicios, 151
 instintiva o dependiente, 106
 integración de los tipos calmo y excitado de, 105
 preocupación por la, a raíz del elemento instintivo, 105
 personalidad, fundamentos tempranos de la, en la integración, 169-70
 pesadillas, 97-8
 piel (*véase también* membrana limitante)
 carente de significado en la histeria, 173
 como frontera del mundo interno, 84, 173
 cuidado de la, su importancia para lograr vivir en el cuerpo, 173
 explotación de la, e hincapié exagerado en el cuidado propio, 168
 hipersensibilidad de la, al nacer, 169-70, 203-4
 y desazón del Yo, 68
 posición depresiva, 105-23
 a veces no se alcanza, 169-70
 círculo benigno en la, 108-12, 117-8
 logro de la, y salud, 117-9
 resolución de la 106, 214-5
 y asma, 221-2
 y desarrollo del self, 116-8
 y estado de ánimo depresivo, 106-8
 y fantasías sobre el adentro, en las niñas, 74-5
 y reconocimiento de la destructividad en el amor instintivo, 110
 y relación de la madre con el bebé, 106, 214-5
 resolución de la, 106, 214-5
 potencia, y posición depresiva, 111-2
 primera lactación (*véase también* lactancia), 204-6
 y creación del pecho por el bebé, 146, 148-50

y expectativa del bebé, 145
 y potencial creativo, 157-8
 preocupación
 capacidad para la, y relación entre la madre y el bebé, 110, 214-5
 falta de capacidad para la, 214-5
 pasaje de la crueldad a la, 24-5, 58, 68, 105, 189
 por los cambios internos luego de experiencias excitadas, 105, 117-8
 sobre el elemento instintivo de las relaciones, 105, 112-3
 sobre el objeto del amar excitado, 117-8
 y salud, 80
 progenitores (*véase* padres)
 proyección
 mágica, y mundo interno, 119-21
 de los elementos persecutorios, 120-1, 125-6
 psicoanálisis (*véase también* psicoterapia)
 actuación de los niños y adultos en el, 135-6
 como método de Freud para poner de manifiesto el conflicto entre el Yo y el Ello, 87
 comprensión en el, 94-5
 creencia en las personas que traen los pacientes que acuden al, 131-2
 cuatro tipos de material en el, 131-7
 de neuróticos y psicóticos, 92-4
 de un niño asmático, 220-1
 de un niño de 3 años, 131-4
 de un paciente con úlcera gástrica, 225
 del instinto y su fantasía, 133
 e interpretación del material del mundo interno, 134-6
 enfoque evolutivo esencial para el, 62
 intelectualización en el, 135-6
 interpretación generadora de nuevos materiales en el, 137
 interpretación y sostén en el, 93-5
 manejo especial del fin de la sesión en el, 134-5
 material vinculado con la residencia psicósomática en el, 137
 mundo interno revelado en el, 133-6
 necesario para el estudio del desarrollo emocional, 57
 neurosis de transferencia en el, 92-4, 133-4
 primera interpretación en el, 131-2
 regresión en el, y estudio de la temprana infancia, 207-8
 retraining y regresión en el, 182-3
 traer el pasado al presente

en el, 93-4
 y aminoramiento de la re-
 presión, 133-4
 y lo inconsciente reprimido,
 193
 y los enfermos neuróticos,
 94-5
 y pediatría, 27
 y seducción, en el pasado, y
 en la actualidad, 93-4
 y teoría de la genitalidad
 femenina, 73-5
 y teoría de las relaciones
 interpersonales, 61
 y tolerancia de la regresión
 a la dependencia, 93-4
 y tolerancia de las ideas y
 sentimientos, 93-4
 psicoanalistas
 incluidos en el mundo inter-
 no del niño, 134-5
 objetividad de los, 134-5
 y el concepto de la posición
 depresiva, 112-3 n.
 psicología
 académica y dinámica, 57
 humana y animal, 65-6
 se ocupa de los problemas
 inherentes al desarrollo,
 27
 psicosis (*véase también* enfer-
 medad esquizoide; esqui-
 zofrenia)
 descripción de la, 34-6
 e imposibilidad de experien-
 ciar las dificultades in-
 herentes a la vida, 119
 subyacente en el trastorno
 psicossomático, 174
 y afirmaciones sobre la rea-
 lidad, 159
 y desarrollo infantil distor-
 sionado, 63-5
 y esperanza de poder sentir-
 se real, 92
 y estudio de la historia psi-
 cológica temprana, 207-8
 psicossomática (*véase también*
 asociación psicossomática;
 trastorno psicossomático)
 bases fisiológicas de la, 49-
 50
 se ocupa de la fantasía cons-
 ciente e inconsciente, 50,
 139
 y aflojamiento de la relación
 entre la psique y el soma,
 150
 y dudas sobre el mundo in-
 terno, 139-40
 y medicina física, 51-2
 y necesidad de estudiar al
 individuo físicamente
 sano, 51-2
 psicoterapia (*véase también*
 psicoanálisis)
 manejo en la, relacionado
 con el desarrollo primiti-
 vo, 143-4
 mundo interno del niño re-
 velado en la, 107-8, 121-2
 pecado imperdonable en la,
 93-4
 regresión en la, 168-70, 182-
 3, 197, 219
 retraimiento y sostén en la,
 182-3, 197
 tipos de material en la, 131-7

y aceptación de lo bueno y lo
 malo en el self, 198
 y adaptación al paciente, 198
 y alteraciones corporales
 debidas al conflicto emo-
 cional, 47
 y confianza, 197
 y estudio de la primera in-
 fancia, 169-70
 y herencia, 39
 y manejo de los momentos
 de integración, 171-2
 y manejo del retorno de la
 regresión, 197-8
 y mejoramiento de los temo-
 res persecutorios, 126-7
 y provisión de un ambiente
 apropiado, 218
 y puericultura, 173
 y regresión a la no-integra-
 ción, 168-70, 217
 psique (*véase también* psi-
 quiatría)
 clasificación de las enferme-
 dades de la, 34-7
 como elaboración imagina-
 tiva del funcionamiento
 somático, 39, 50-2, 82,
 174
 conflicto en la, 47, 50
 crecimiento temprano de la,
 depende del ambiente, 53
 distorsión en la, debida a
 una falla ambiental, 53
 e individualidad, 51-2
 el cerebro como base somá-
 tica de la, 29, 51-2, 82,
 174
 enfermedad de la, a pesar de
 estar sano el cerebro, 30
 evolución de la, 24-5
 fantasía como histología de
 la, 50
 se ocupa de las relaciones,
 51-2
 simbolizada por el consulto-
 rio del analista, 107-8
 su efecto sobre el funciona-
 miento corporal, 45-7
 su unidad fundamental con
 el cuerpo, 82-3
 vida interna de la, en la po-
 sición depresiva, 30
 y acumulación de recuerdos,
 51-2
 y alma, 82-3
 y el self, 39, 51-2
 y posibilidad de elegir, 53
 y relación con la realidad
 externa, 53
 vida interna de la, en la po-
 sición depresiva, 107-8
 psiquiatría
 y estudio de la infancia, 139-
 40
 y herencia, 39
 y necesidad de comprender
 la creatividad primaria,
 157-8
 pubertad, 88
 cambios producidos en la,
 94-5
 y reaparición de las pautas
 de la niñez, 94-5
 puntos de fijación buenos y
 malos, 96
 rabia
 ante la frustración y agre-

sión primaria, 117, M, 128-9
ante la frustración, causada por la omnipotencia, 117-8 n., 128-9
en la génesis de la hipocondría, 105
en la posición depresiva, 107-8, 128-0
realidad
problema de la, y riesgo de pérdida de la capacidad para las relaciones, 163
significado del término, 159, 162-3
realidad externa
capacidad para establecer relaciones excitadas en la, 146
importancia de la, en la etapa edípica, 90-1
surgimiento del concepto de la, en el bebé, 152-3
realidad externa, relación con la, 143-4, 214-6
excluida, en el análisis de niños, 134-5
inicial, e ilusión, 162-3, 214-5
inicial, y el problema de lo "real", 162
y desarrollo de la psique, 51-3
y falso self, 155
realidad psíquica interna
no hay lugar para la renegación en la, 135-6
y fantasía, 135-6
recuerdo (s)
acumulación de, y sentido del self, 51-2, 166-7
acumulación de, en las primeras lactaciones, 152-3
corporales del proceso del nacimiento, 204
corporales de los problemas respiratorios del nacimiento, 223-4
corporales del nacimiento postergado, 201
de la experiencia corporal y comienzos del self, 41-2, 166-7
de la experiencia corporal, retenidos desde antes del nacimiento, 179-80
del cuidado ambiental, e integración, 166-7
reelaboración de los sucesos en la posición depresiva, 106, 155, 214-5
regresión
a la dependencia, en la etapa edípica, 96-8
característica curativa de la, 197, 219
dolor en la, 219
en el análisis de asmáticos, 221-4
en el análisis de un paciente adulto, 182-3
en el análisis, y estudio de la temprana infancia, 207-8
en el tipo de paciente psicótico, 18
instintiva, como defensa en la etapa edípica
su vínculo con el retraimiento, 182-3, 197

relación entre la madre y el bebé, 101-2
y aislamiento esencial, 217
y establecimiento del contacto en la primera lactación, 145, 148-9, 151, 205-6
y falla en el contacto inicial, 148-50, 153-8
y comienzo de la lactancia, 149
y necesidad del contacto con el bebé luego del nacimiento, 169-70, 202-3, 204
y reparación, 106, 214-5
relación analítica, 106
relaciones interpersonales (véase también amor; relación entre la madre y el bebé), 61
amenaza de pérdida de la capacidad para las, 163
capacidad para las, y disminución de la necesidad del ambiente, 212
como la que se da entre personas totales, en la etapa genital, 88
era de las, y origen de la neurosis, 58
estudio de las, derivado de Freud y el psicoanálisis, 61
excitadas y calmas, 159
excitadas, se establecen en la primera lactación, 148-9
grado de objetividad de las, afecta las pérdidas, 76-7

son una preocupación privada del niño, 59-60
triangulares, 64-5, 212
y aislamiento esencial, 217
y etapa genital en la niña, 74-5
y fantasía que surgió en el análisis de un niño de 3 años, 133-4
relaciones triangulares (véase también relaciones interpersonales), 64-5
y capacidad del niño para usar sustitutos, 212-3
e importancia de la supervivencia de la familia, 212
como base de la vida del niño, 213
amor y odio en las, 84-5
manejo de las primeras, y salud, 77
reparación
capacidad del bebé para la, 106-8, 110, 214-5
conducente a la creencia en los empeños constructivos, 106
gesto espontáneo de amor del bebé como acto de 107-8, 111-3
uso de lo bueno interno para la, 107, 8
y capacidad del ser humano para soportar la destructividad, 110-2, 214-5
ya no es posible cuando se quiebra el círculo benigno, 111-2

represión
 aminoramiento de la, con el psicoanálisis, 133-4
 del amor o el odio como defensa, 97-8
 y enquistamiento de objetos y experiencias, 119
 y retorno de lo reprimido, 97-8

reprimido inconsciente (*véase también* inconsciente)
 conflicto en lo, dañino para el cuerpo, 47, 50
 e inhibición del instinto, 193
 en el niño, y génesis del asma, 221-2
 y conflicto generado por la vida instintiva, 87, 193
 y elementos inaceptables para el self, 193
 y psicoanálisis, 193
 y psiconeurosis, 92
 y síntomas de los niños, 59-60

residencia de la psique en el soma, 137, 143-4, 173-7

respiración
 de la madre, su significación para el recién nacido, 202-3
 pasaje a la, al nacer, 200, 202-4
 problemas en la, al nacer, y asma, 223-4
 ritmo de la, en el recién nacido y el bebé, 202-3
 y deficiencia mental, 202-3

Rickman, J., 175 n.

rivalidad
 de la niña con la madre, 78-9
 en las etapas fálica y genital, 71

Rosen, J., 207-8

salud
 a los 4 años, incluye una vida sexual plena, 89-90
 como falta de rigidez de las defensas, 34-5, 47
 corporal, 24-7, 45-6, 139
 e intelecto, 30, 32
 física y emocional, entrelazamiento de la, 45-7, 139
 física y emocional, en el recién nacido, 161
 mental, y proceso creativo en el bebé, 149-50
 mental, y psicosis, 207-8
 significado positivo de la, 17
 somática, 29-30
 y capacidad para el sufrimiento, 119
 y capacidad para la depresión reactiva, 128-30
 y continuidad del crecimiento a lo largo de toda la vida, 23, 30, 94-5
 y continuidad del ser, 180, 185
 y dificultades inherentes a la vida, 117-8
 y experiencia de preocupación, 119
 y fases temporarias de desesperanza, 128-9
 y la idea de valor, 101-2
 y liberación respecto del instinto, 45-7

y madurez, 30, 53
 y manejo de las primeras relaciones triangulares, 77
 y necesidad de períodos de contemplación, 128-9
 y necesidad de una adaptación inicial perfecta, 218
 y reconocimiento de los factores destructivos en el amor instintivo, 110

self
 como unidad, 24-5, 101-2, 116-7
 concepción del, por el niño, 102-3, 116-8
 conciencia del propio, y de los de otras personas, 64-5, 101-2, 116-7
 desarrollo del, en la posición depresiva, 116-8
 dudas sobre el, inherentes a la vida, 119, 128-9
 dudas sobre el, y angustia hipocondríaca, 139
 dudas sobre el, y estado de ánimo depresivo, 26-7
 falta de centro de gravedad para el, en la no-integración, 165
 instauración del, 166-7, 171-2
 percatamiento del, como experiencia instintiva, 81, 166-7
 y asimilación de los impulsos destructivos, 117-8
 y la psique, 39

ser
 centro de gravedad del, pasa al bebé, 218
 continuidad del 180-7, 189
 interrupciones de la continuidad del, que dependen del bebé, 181-3, 199-200
 interrupciones en la continuidad del, al nacer, 199-200, 203-4
 interrupciones en la continuidad del, y caos, 191
 pérdida del, 189

sexualidad femenina
 desarrollo de la, 71-4
 teoría de la, 73-5
 y fantasías sobre el adentro del self y de la madre, 74-5

sexualidad infantil
 depende del sexo de la persona amada en la edad decisiva, 76
 madurez e inmadurez de la 87-8
 y Freud, 61, 89-90

sinopsis del libro, 11, 58, 231-3

socialización
 la fantasía es la sustancia de la, 92
 y manejo del instinto, 45-7, 50

soledad (*véase también* aislamiento)
 comparada con el estado inorgánico, 188
 esencial del ser humano, 162, 186-8
 inicial, 186-8

y cuidado propio, en la salud, 186-7
 y falta de percatamiento de la dependencia, 186-8
 soma (*véase también* cuerpo) como base de la psique, 39
 enfermedades del, 33-5
 y fantasía, 50
 sostén
 de la madre en la posición depresiva, 106, 111-2, 116-7
 e interpretación, en psicoanálisis, 92-4
 en la cuna y en los brazos de la madre, 169-70
 fallas en el, en las etapas tempranas, 166-7
 físico, y acción de la gravedad, 183-4
 necesidad del, luego del nacimiento, 203-4
 no puede enseñarse, 169-70
 perjudicado por la angustia de la madre, 169-70
 recuerdos del, y desarrollo del cuidado propio, 168
 y capacidad del bebé para la no-integración, 169-70
 Spence, J., 161
 Spitz, René A. 106 n.
 sueños
 de la sexualidad infantil, en la salud, 89-90
 del niño varón en la etapa edípica, 85-6
 no recordados, en la etapa edípica, 89-91
 uso de los, para hacer frente a la frustración de los instintos, 88
 Superyó
 ampliación del concepto de, 88
 uso del término por Freud, 87-9
 y padre internalizado, 85-7
 temor
 a las heces, 120-2
 a las ideas agresivas en la posición depresiva, 106
 fisiología del, 85-6 n.
 tendencia antisocial
 y el problema de la verdad, 159
 y renegación de la dependencia, 159
 tiempo
 continuidad del ser en el, 191
 continuidad en el, proporcionada por el medio familiar, 64-5
 integración del self con el transcurso del, 116-7, 169-70
 interés en el, y demoras del nacimiento, 201
 necesario para alcanzar la posición depresiva, 105-6
 paso del, y alivio de la tensión, 88
 y discriminación de los fenómenos del mundo interno, 126-7
 trabajo, capacidad para el, y posición depresiva, 111-2, 214-5

transigencia, como logro de la madurez, 193-4
 trastorno psicossomático (*véase también* asociación psicossomática; psicossomática), 220-6
 asma como, 220-4
 como defensa contra la fuga en lo intelectual, 226
 debe ser estudiado mediante la psicología, 51-2, 220-1
 elemento contrarrestante de la despersonalización en el, 51-2 n., 174, 226
 sostenido por la angustia psicótica, 174
 úlcera gástrica como, 223-6
 y alergia, 44-6, 220-1
 trastornos (*véase también* enfermedades)
 del cuerpo, debidos a tensiones emocionales, 47
 emocionales, clasificación de los, 34-7
 físicos que afectan la alimentación, 41-3
 somáticos, clasificación de los, 33-5
 trastornos congénitos, 33, 40
 dos grupos de, 40
 no son afectados habitualmente por la psicología del bebé, 41-2
 trastornos psiquiátricos
 clasificación de los 34-6
 su simplificación por los médicos, 27
 trastornos respiratorios y nacimiento, 223-4
 tres mujeres en los mitos y en los sueños, 74-5 n.
 úlcera gástrica, 223-6
 unidad
 configuración ambiente individuo como, 180, 185, 218
 en la aritmética y en la matemática abstracta, 68
 etapa del desarrollo en la cual el bebé se convierte en una, 101-2, 165-70
 self como, 24-5, 116-7, 143-4, 166-7
 ser humano como, 23
 uso de un objeto, 96 n., 117-8 n.
 útero y conjunto de sustancias entre la madre y el bebé, 217
 vagina
 desconocimiento verbal de la, 72
 ideas del niño pequeño sobre la, 71
 y erotismo infantil, 73-4
 valor, idea de, en el niño en desarrollo, 101-2
 vivacidad, falta de, 186-7
 Winnicott, Clare, 9-10
 Winnicott, D. W., 99 n., 92 n., 117-8 n., 123 n.
 envidia del pene en la mujer, 72-4
 su designación en el Hospital Paddington Green, 26-7
 su deuda para con Melaine Klein, 107-8 n.

su labor con niños antisociales, 18
 sus conferencias, 9
 sus notas para la revisión de este libro, 12, 34-6, 72, 76, 96, 131-2
 y el psicoanálisis, 18
 y la atención de niños en consultorios externos, 18
 y la docencia, 9, 18-9
 y la pediatría y psiquiatría, 17-8
 y los pacientes regresivos de tipo psicótico, 18

Yo

desarrollo del, vinculado al crecimiento del Ello, 69-70
 desarrollo del, y ambivalencia, 68
 desazón del, e hincapié exagerado en la piel, 68

fronteras del (véase límites del)

límites del, hincapié exagerado en los, 135-7

límites del, representados por las paredes del consultorio, 134-5

su relación con el Ello, 87 M
 uso del término por Freud, 87

zona intermedia

analogía con la situación física en el útero, 217

diferencia a los seres humanos de los animales, 218

entre la madre y el bebé, 217

y desarrollo del narcisismo primario a la relación con el objeto, 217

y los objetos y fenómenos transicionales, 218

y vida cultural, 218

Biblioteca de PSICOLOGIA PROFUNDA

2. A. Freud - *Psicoanálisis del desarrollo del niño y del adolescente.*
4. A. Freud - *Psicoanálisis del jardín de infantes y la educación del niño*
6. C.G. Jung - *La psicología de la transferencia*
7. C.G. Jung - *Símbolos de transformación*
8. A. Freud - *El psicoanálisis y la crianza del niño*
9. A. Freud - *El psicoanálisis infantil y la clínica*
12. C.G. Jung - *La interpretación de la naturaleza y la psique*
14. C.G. Jung - *Arquetipos e inconsciente colectivo*
15. A. Freud - *Neurosis y sintomatología en la infancia*
16. C.G. Jung - *Formaciones de lo inconsciente*
21. O. Fenichel - *Teoría psicoanalítica de las neurosis*
22. Marie Langer - *Maternidad y sexo*
24. Hanna Segal - *Introducción a la obra de Melanie Klein*
25. W.R. Bion - *Aprendiendo de la experiencia*
29. C.G. Jung - *Psicología y simbólica del arquetipo*
30. A. Garma - *Nuevas aportaciones al psicoanálisis de los sueños*
31. Arminda Aberastury - *Aportaciones al psicoanálisis de niños*
35. W. Reich - *La función del orgasmo*
36. J. Bleger - *Simbiosis y ambigüedad*
37. J. Sandler, Ch. Dare y A. Holder - *El paciente y el analista* (ed. revisada y aumentada)
40. Anna Freud - *Normalidad y patología en la niñez*
42. S. Leclair y J.D. Nasio - *Desenmascarar lo real. El objeto en psicoanálisis*
44. I. Berenstein - *Familia y enfermedad mental*
48. J. Bowlby - *El vínculo afectivo*
49. J. Bowlby - *La separación afectiva*
50. J. Bowlby - *La pérdida afectiva. Tristeza y depresión*
56. I. Berenstein - *Psicoanálisis y semiotica de los sueños*
57. Anna Freud - *Estudios psicoanalíticos*
59. O. Kernberg - *La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico*
60. M. Sami-Ali - *Cuerpo real, cuerpo imaginario*
62. W.R. Bion - *Seminarios de psicoanálisis*
63. J. Chasseguet-Smirgel - *Los caminos del anti-Edipo*
67. Anna Freud - *El yo y los mecanismos de defensa*
68. Heinz Kohut - *La restauración del mismo*
72. I. Berenstein - *Psicoanálisis de la estructura familiar*
76. L. Grinberg - *Psicoanálisis. Aspectos teóricos y clínicos*
78. C.G. Jung - *Energética psíquica esencia del sueño*
80. S. Freud - *Esquema del psicoanálisis*
81. D. Lagache - *Obras I (1932 - 1938)*
82. D. Lagache - *Obras II (1939 - 1944)*
83. D. Lagache - *Obras III (1947 - 1949)*
84. D. Lagache - *Obras IV (1950 - 1955)*
85. M. Balint - *La falta básica*
91. M. Mannoni - *El niño retardado y su madre*
92. L. Ch. Delgado - *Análisis estructural del dibujo libre*
93. M.E. García Arzeno - *El síndrome de la niña púber*
95. M. Mahler - *Estudios 1. Psicosis infantiles y otros trabajos*

Biblioteca de PSICOLOGIA PROFUNDA
(cont.)

96. M. Mahler - *Estudios 2 - Separación - individuación*
97. C.S. Hall - *Compendio de psicología freudiana*
98. A. Tallaferro - *Curso básico de psicoanálisis*
99. F. Dolto - *Sexualidad femenina*
100. B.J. Bulacio y otros - *De la drogadicción*
101. Irene B.C. de Krell (comp.) - *La escuela, la histeria*
102. O.F. Kernberg - *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*
103. D. Lagache - *El psicoanálisis*
104. F. Dolto - *La imagen inconsciente del cuerpo*
105. H. Racker - *Estudios sobre técnica psicoanalítica*
106. L.J. Kaplan - *Adolescencia. El adiós a la infancia*
108. M. Pérez Sánchez - *Observación de niños*
110. H. Kohut - *¿Cómo cura el análisis?*
111. H. Mayer - *Histeria*
112. S.P. Bank y M.D. Kahn - *El vínculo fraterno*
113. C.G. Jung - *Aion. Contribución a los simbolismos del sí-mismo*
114. C.G. Jung - *Las relaciones entre el yo y el inconsciente*
115. C.G. Jung - *Psicología de la demencia precoz. Psicogénesis de las enfermedades mentales 1*
117. M. Ledoux - *Concepciones psicoanalíticas de la psicosis infantil*
118. M.N. Eagle - *Desarrollos contemporáneos recientes en psicoanálisis*
119. P. Bercherie - *Génesis de los conceptos freudianos*
120. C.G. Jung - *El contenido de las psicosis. Psicogénesis de las enfermedades mentales 2*
121. J.B. Pontalis, J. Laplanche y otros - *Interpretación freudiana y psicoanálisis*
122. H. Hartmann - *La psicología del yo y el problema de la adaptación*
123. L. Bataille - *El ombligo del sueño*
124. L. Salvarezza - *Psicogeriatría. Teoría y clínica*
125. F. Dolto - *Diálogos en Quebec. Sobre pubertad, adopción y otros temas psicoanalíticos*
126. E. Vera Ocampo - *Droga, psicoanálisis y toxicomanía*
127. M.C. Gear, E.C. Liendo y otros - *Hacia el cumplimiento del deseo*
128. J. Puget e I. Berenstein - *Psicoanálisis de la pareja matrimonial*
129. H. Mayer - *Volver a Freud*
130. M. Safouan - *La transferencia y el deseo del analista*
131. H. Segal - *La obra de Hanna Segal*
132. K. Horney - *Últimas conferencias*
133. R. Rodulfo - *El niño y el significativo*
134. J. Bowlby - *Una base segura*
135. Maud Mannoni - *De la pasión del Ser a la "locura" de saber*
136. M. Gear, E. Liendo y otros - *Tecnología psicoanalítica multidisciplinaria*
137. C. Garza Guerrero - *El superyó en la teoría y en la práctica psicoanalíticas*
138. I. Berenstein - *Psicoanalizar una familia*
139. E. Galende - *Psicoanálisis y salud mental*
140. D.W. Winnicott - *El gesto espontáneo*
142. J. McDougall y S. Lebovici - *Diálogo con Sammy. Contribución al estudio de la psicosis infantil*
143. M. Sami-Ali - *Pensar lo somático*
144. M. Elson (comp.) - *Los seminarios de Heinz Kohut*
145. D.W. Winnicott - *Deprivación y delincuencia*

Biblioteca de PSICOLOGIA PROFUNDA
(cont.)

146. I. Berenstein y otros - *Familia e inconsciente*
147. D.W. Winnicott - *Exploraciones psicoanalíticas I*
148. D.N. Stern - *El mundo interpersonal del infante*
149. L. Kancyper - *Resentimiento y remordimiento*
150. M. Moscovici - *La sombra del objeto*
151. J. Klauber - *Dificultades en el encuentro analítico*
152. M.M.R. Khan - *Cuando llegue la primavera*
153. D.W. Winnicott - *Sostén e interpretación*
154. O. Masotta - *Lecturas de psicoanálisis. Freud, Lacan*
155. L. Hornstein y otros - *Cuerpo, historia, interpretación*
156. J.D. Nasio - *El dolor de la histeria*
157. D.W. Winnicott - *Exploraciones psicoanalíticas II*
158. E.A. Nicolini y J.P. Schust - *El carácter y sus perturbaciones*
159. E. Galende - *Historia y repetición*
160. D.W. Winnicott - *La naturaleza humana*
161. E. Laborde-Nottale - *La videncia y el inconsciente*
162. A. Green - *El complejo de castración*
163. McDougall, J. - *Alegato por una cierta anormalidad*
164. M. Rodulfo - *El niño del dibujo*
165. T. Brazelton y otro - *La relación más temprana*
166. R. Rodulfo - *Estudios clínicos*
167. Aulagnier, P. - *Los destinos del placer*
168. Hornstein, L. - *Práctica psicoanalítica e historia*
169. Gutton, P. - *Lo puberal*
170. Shoffer, D. y Wechsler, E. - *La metáfora milenaria*
171. Sinay, C. - *Psicoanálisis. Verdad o conjetura.*