

## Capítulo 7

# Melanie Klein y Donald W. Winnicott



## La herencia psicoanalítica: teorías de las relaciones objetales

... la añoranza del bebé por un pecho inagotable y siempre presente de ninguna manera surge sólo del intenso deseo de comida...

Melanie Klein

Alguna vez aventuré el comentario: “No hay tal cosa como un bebé”... Un bebé no puede existir solo, sino que forma parte esencial de una relación.

D. W. Winnicott

**Melanie Klein**

**Nace:** 1882 en Viena, Austria

**Muere:** 1960, en Londres, Inglaterra

### ACERCA DE LAS TEORÍAS DE LAS RELACIONES OBJETALES

Los teóricos de las relaciones objetales como Melanie Klein y Donald W. Winnicott empezaron por hacer pequeñas revisiones, pero a la larga transformaron la teoría freudiana y la práctica psicoanalítica de manera más completa que los psicólogos del yo. Este capítulo se enfoca en las contribuciones de dos de los teóricos más conocidos.

**Melanie Klein** imaginaba el mundo subjetivo del bebé como una mezcla caótica de imágenes internalizadas de personas y partes de personas. La imaginación del niño, aguijoneada por la ansiedad y el enojo, transforma esas imágenes en fantasmas a veces aterradores de objetos buenos y malos.

**Donald W. Winnicott**, un pediatra y psicoanalista infantil, aprendió de Melanie Klein acerca del mundo interno de relaciones objetales del infante. Winnicott se enfocó menos en la psicopatología e incluyó su entendimiento de la capacidad de los niños para la espontaneidad saludable.

### ¿QUÉ SON LAS TEORÍAS PSICOANALÍTICAS DE LAS RELACIONES OBJETALES?

Como se expuso en el capítulo 3, el término *relaciones objetales* se deriva de la teoría freudiana de la pulsión en que Freud (por ejemplo, 1917b; 1921; 1923a) hace referencia a los satisfactores específicos de las pulsiones como los “objetos” de la pulsión. Por ejemplo, diferentes alimentos se consideran *objetos* de la pulsión del hambre. Más tarde, en *El yo y el ello*, Freud propuso que el yo podía incorporar como imágenes internas a los objetos amorosos perdidos o a los que se había renunciado. Al crear dichas imágenes, el yo disminuye la frustración del ello por la pérdida. Freud concluyó que muchas cualidades del yo se forman mediante la incorporación de los objetos amorosos perdidos. En este proceso, el yo introyecta o asume algunas características de los objetos amorosos que ya no están en realidad disponibles (Freud, 1923a, pp. 29 y 30; véase también Freud, 1917b).

La importancia interpersonal del término *relaciones objetales* sólo evolucionó de manera gradual. En tanto que Freud había invertido un gran esfuerzo en explicar la manera en que el yo hace realidad los propósitos de las pulsiones del ello, teóricos como Melanie Klein y Donald W. Winnicott se concentraron en los esfuerzos interpersonales del bebé por obtener seguridad, amor, empatía, admiración y confianza. En consecuencia, el modelo freudiano de la pulsión fue reemplazado por una teoría de las relaciones íntimas. El término **relaciones objetales** llegó, por consiguiente, a entenderse como las relaciones reales de la persona con "objetos" (en su mayoría personas) más allá del mundo subjetivo del sí mismo. Para calificar como una teoría psicoanalítica de las relaciones objetales, una teoría también debe incluir significados privados e inconscientes asociados con la pauta de relaciones objetales de una persona.

## EL PSICOANÁLISIS COMO PEDAGOGÍA: LA EDUCACIÓN DE ERICH

A pesar de no contar con una maestría o un doctorado, Melanie Klein fue alentada por su psicoanalista, Sandor Ferenczi (1873-1933), para que observara el desarrollo educativo de los niños y relacionara sus observaciones con la teoría psicoanalítica. Su primer sujeto fue su hijo Erich. Carente de formación en evaluación psicológica o en métodos de investigación empírica, las primeras contribuciones de Klein fueron confirmaciones entusiastas y en gran medida acríicas de la teoría psicoanalítica freudiana y del psicoanálisis infantil.

Freud había argumentado a favor de la importancia teórica especial de las neurosis infantiles para el psicoanálisis y había propuesto que cada neurosis adulta se origina en la neurosis infantil (Freud, 1918, p. 9). Klein coincidía con este punto de vista y consideraba que el psicoanálisis o una "educación con rasgos psicoanalíticos" era una terapia preventiva necesaria (Klein, 1931/1975a).

A partir de sus primeras observaciones y psicoterapia con niños, Klein resaltó la reconstrucción imaginativa que hacen los niños de la realidad. Como una feminista temprana y elocuente, respondió a la importancia que otorgaba Freud a la envidia del pene y a la psicodinámica masculina con una mayor valoración de la importancia de la envidia del útero, el pecho femenino y el papel maternal.

## EL DESCUBRIMIENTO DE KLEIN DEL "FANTASMA"

Melanie Klein descubrió que desde los primeros momentos de vida, los niños construyen lo que ella llamó *fantasmas*. Klein utilizó la palabra **fantasma** para referirse al mundo inconsciente del bebé de lo "real irreal" (Klein, 1937/1975a, p. 221). Melanie Klein usaba el término "fantasma", distinto de fantasía, para describir los pensamientos y deseos inconscientes que no son necesariamente reales (comparar con Mitchell, 1986, p. 22). Es de suponer que reservaba el término *fantasía* para referirse a las construcciones conscientes e imaginativas.

En el concepto de Klein, el fantasma crea el mundo de imaginación. A través de los procesos fantasmales el bebé prueba y construye, de manera primitiva, sus experiencias de dentro y fuera. La realidad externa puede influir y modificar gradualmente el sentido poco realista de la realidad que crea el fantasma (Mitchell, 1986, p. 23).

## LA INTERPRETACIÓN ADULTA DE KLEIN DEL FANTASMA

La aproximación inicial de Klein a las interpretaciones de los niños era directa y en ocasiones categórica (Klein, 1961). Luego de un largo periodo de experiencia clínica, Klein aprendió al final a ofrecer interpretaciones expresadas de manera más diestra y oportuna. Klein creía que la interpretación directa y el conocimiento comprensivo de los fantasmas del niño fortalecían su capacidad para lidiar con sentimientos conflictivos como el amor y el odio por la misma persona (comparar con Segal, 1992, p. 59).

Una característica destacada del estilo interpretativo de Klein es que trataba las expresiones verbales del niño durante el juego como equivalentes a las asociaciones libres de los adultos. Para alentar la verbalización proporcionaba una variedad de juguetes que incluían figuras humanas y animales, bloques de construcción y todo tipo de vehículos. Incluso usaba objetos comunes en el consultorio. Klein no limitó sus interpretaciones sólo a lo que el niño decía. Pensaba que la conducta real del niño con los juguetes representaba, y en ocasiones incluso simbolizaba, ideas, deseos y fantasmas inconscientes. Klein creía que los temas expresados en el juego son similares a los que se encuentran en los sueños y, por consiguiente, son especialmente adecuados para la interpretación (Klein, 1926/1975a, p. 134).

### RECUADRO 7.1 Sólo para relacionar...

La teoría de Klein anticipa algunas ideas que más tarde fueron propuestas por los psicólogos cognitivos (capítulos 12 y 13). Su teoría indica que los bebés no responden a la realidad de los estímulos, sino a los significados que

perciben. Una prioridad de Klein que no se resaltó en los enfoques cognitivos posteriores fue la importancia del fantasma o imaginación como fuente de la experiencia que tiene el bebé del mundo.

## CORRECCIÓN DEL HINCAPIÉ EN LO MASCULINO DE FREUD

Klein se esforzó mucho por corregir la teoría freudiana concerniente a su opinión de la relevancia de la conducta y la anatomía femenina. Por ejemplo, creía que Freud se había equivocado al no reconocer en su teoría el papel de la madre. La versión freudiana del desarrollo psicosexual se concentraba en el hombre. Por ejemplo, en sus conceptos de ansiedad por la castración y envidia del pene destacó la importancia del pene para ambos géneros. En contraste, Klein atribuyó mayor importancia al pecho amoroso o rechazante, lo cual se convirtió en el núcleo imperecedero de su teoría psicoanalítica centrada en la madre (comparar con Hughes, 1989; pp. 174-175). Melanie Klein pretendía equilibrar las teorías de Freud dando más atención a la importancia de la mujer (comparar con Sayers, 1991, pp. 3-20 y 261-268).

La pronunciación de Klein hacia la importancia del pecho no discrepaba del todo de la teoría freudiana. Freud también había reconocido la importancia del pecho en sus escritos. Considera el siguiente pasaje bien conocido:

El primer objeto erótico de un niño es el pecho de la madre que lo alimenta; el amor tiene su origen en el apego a la necesidad satisfecha de alimento. Es indudable que, para empezar, el niño no distingue entre el pecho y su propio cuerpo; cuando el pecho tiene que separarse del cuerpo y se desplaza al "exterior" porque el niño lo encuentra ausente con mucha frecuencia, lo lleva consigo como un "objeto", una parte de la catexia libidinal narcisista original. Este primer objeto se completa luego en la persona de la madre del niño, quien no sólo lo alimenta, sino también lo cuida y de este modo despierta en él otras sensaciones físicas, placenteras y desagradables. Por su cuidado del cuerpo del niño se convierte en su primera seductora. En esas dos relaciones se encuentra la raíz de la importancia de la madre, única, sin paralelo, establecida, de manera inalterable, para toda la vida como el primer y más fuerte objeto amoroso y como el prototipo de todas las relaciones amorosas posteriores para ambos sexos (Freud, 1940, p. 188).

## DESARROLLO DEL MUNDO OBJETO

### APEGO: AMOR Y ODIO AL PECHO

El objeto más importante en el mundo del bebé, al inicio el único objeto, es el pecho. Preocupado sólo por la gratificación de las necesidades, un bebé está limitado a dos categorías importantes de experiencia: placer (gratificación) y dolor (frustración). Si el bebé está siendo gratificado por el pecho, lo ama y tiene fantasmas agradables respecto de éste. Cuando los bebés se sienten frustrados por el pecho, sus fantasías consisten en atacarlo. En esas fantasías agresivas el bebé desea morder y desgarrar a la madre y sus pechos, y destruirla también de otras maneras (Klein, 1937/1975a, p. 308).

La relación del infante con el pecho y, por tanto, con el mundo es casi por completo de una orientación oral, pasiva-incorporativa. Existe muy poca iniciativa activa o diferenciación basada en la realidad entre el sí mismo y lo exterior. En consecuencia, el fantasma que tiene el bebé del mundo se enfoca en el pecho como su "objeto de constante deseo". El pecho se posee por incorporación.

En el fantasma, el niño succiona el pecho hacia su interior, lo mastica y lo traga; de este modo siente que en realidad lo tiene, que posee en su interior el pecho de la madre, con sus aspectos buenos y malos (Klein, 1936/1975a, p. 291).

En este fantasma de incorporación, el bebé experimenta que el pecho en la boca es parte de sí mismo; pecho y bebé se perciben como uno y lo mismo.

### DESARROLLO DE LOS OBJETOS PARCIALES A LA PERSONA TOTAL

El mundo objeto del bebé muy pequeño consta de objetos parciales, algunos de los cuales son gratificantes, otros frustrantes, algunos acogedores y otros hostiles, algunos en el interior y otros en el exterior. De manera gradual, los bebés perciben que el mundo consta de **objetos buenos** (que dan satisfacción y placer) y **objetos malos** (que producen frustración y dolor). Los objetos buenos (los gratificantes) son idealizados. El fantasma los eleva a la bondad absoluta. Los objetos malos son fantasmas creados en representaciones de odio destilado. Como el pecho de la madre en ocasiones satisface y otras veces frustra las necesidades orales del bebé, las formas en que la madre maneja el amamantamiento y el destete tienen una fuerte influencia en la manera en que el niño aprende a manejar las emociones de amor y odio.

Las habilidades cognitivas subdesarrolladas del bebé permiten que se apegue a una parte de una persona o incluso a partes de su propio cuerpo. El bebé trata a la parte como un todo. Por tanto, no es necesario que la experiencia de la madre en la primera infancia sea la persona real e íntegra. Al principio, la experiencia de la madre es poco más que un pezón que sobresale del pecho (Klein, 1936/1975a, p. 290). Según la teoría de Klein, el bebé experimenta ese **objeto parcial** como la fuente de todo lo bueno o como el agente de todo lo que es frustrante:

La madre es deseada y odiada con toda la intensidad que es característica de los primeros impulsos del bebé. Desde el principio ama a su madre en los momentos en que satisface sus necesidades de alimento. Ella alivia sus sentimientos de hambre y le da placer sensual, lo que experimenta cuando succiona el pecho. Esta gratificación es la parte inicial de la sexualidad del niño. El significado de la situación se altera de repente cuando los deseos del bebé no son gratificados. Se suscitan sentimientos de odio y agresión y el niño queda dominado por los impulsos de arremeter contra el objeto de todos sus deseos que, en su mente, está conectado con todo lo que experimenta, bueno y malo por igual (Klein, 1937/1975a, p. 306).

La maduración de la vida emocional del infante es paralela a su creciente sofisticación para percibir sus objetos amorosos. Algún tiempo después de los cuatro o cinco meses de vida, la madre se transforma de un conjunto de objetos parciales en un **objeto total**. Los pechos bueno y malo pasan a experimentarse como madres buena y mala. Ahora el conflicto de amor y odio (el temor de ser atacado por un objeto gratificante, pero atemorizante) se transfiere a la madre como una persona completa.

El bebé pasa ahora por una intensificación de sus conflictos acerca de los objetos buenos y malos. Es difícil afrontar a una madre buena que a veces es también una madre mala. Una estrategia podría ser atacar al objeto malo para proteger al objeto bueno. Aniquilar a la mamá mala antes de que ella te ataque. Sin embargo, esa lógica infantil choca con la percepción de que lo *bueno* y lo *malo* ya no se experimentan como objetos parciales separados. Mamá es una persona completa. En opinión de Klein, el bebé debe calcular que podría destruir al objeto bueno amado aunque sólo intentaba destruir al objeto malo persecutorio. La tenue conciencia de que el objeto amoroso está en peligro conduce al bebé a la comprensión, con su respectiva cuota de culpa, de que él es peligroso para la madre (Klein, 1936/1975a, 295). Los sentimientos de culpa se agregan entonces al dolor del conflicto entre el amor y el odio.

---

## SADISMO INFANTIL Y EL COMPLEJO DE EDIPO

En la teoría de Klein, el bebé interpreta que los objetos hostiles lo persiguen y lo atacan (1936/1975a, p. 293). Para defenderse, el niño incorpora tanto sea posible de la seguridad y gratificación del pecho bueno y a la larga extiende sus impulsos “voraces” al cuerpo entero de la madre. Los impulsos eróticos y agresivos se fusionan en el **sadismo infantil**, una actitud muy agresiva hacia los objetos amorosos.

Los pensamientos y observaciones de Klein la llevaron a concluir que el complejo de Edipo se desencadena en el niño durante el destete, un periodo de máxima frustración tipificado por los impulsos sádicos. En sus primeros trabajos, Klein (1921/1975a) al principio reportó observaciones que indicaban la presencia de un superyó sádico ya desde los dos años de edad. En contraste con la opinión de Freud del dominio genital en la fase edípica, Klein creía que las dinámicas del complejo de Edipo clásico sólo emergen cuando se construyen sobre esos primeros impulsos sádicos, más amorfos y difíciles de controlar (Klein, 1929/1975a, p. 212; 1933/1975a, p. 251). Al final, Klein (1933/1975a) propuso que los orígenes del superyó y un complejo de Edipo rudimentario ocurrían incluso antes, en los primeros seis meses de vida.

En resumen, las opiniones de Freud y de Klein respecto a la naturaleza y el origen del complejo de Edipo son claramente diferentes. Freud consideraba que el complejo de Edipo se desarrolla durante la etapa fálica y que surge del sentido de rivalidad del niño varón con el padre. Klein pensaba que el complejo de Edipo era una respuesta a la frustración durante la etapa oral.

## EL INSTINTO EPISTEMOFÍLICO (AMOR AL CONOCIMIENTO)

El yo del bebé está subdesarrollado y mal equipado para entender la naturaleza de los impulsos orales y anales cuya intensidad va en aumento. Aunque se siente abrumado ante esos impulsos difíciles de controlar, el yo del bebé siente gran curiosidad acerca de ellos. Debido a la importancia que atribuía a la curiosidad sexual del niño, Klein la llamó *pulsión epistemofílica* (amor al conocimiento).

Pero ¿qué es con exactitud lo que le causa tanta curiosidad al niño? Las interpretaciones clínicas de Klein la llevaron a creer que los bebés, igual que los niños pequeños, atrapados en una espiral de impulsos orales, anales y genitales que van surgiendo, sienten curiosidad acerca de esos mismos procesos en el objeto amoroso. Por tanto, el impulso del niño por conocer se dirige primero al cuerpo de la madre, que el niño considera como el sitio de todos los procesos sexuales. En la teoría de Klein, el niño pequeño fantasea que dentro del cuerpo de la madre hay heces, órganos sexuales e incluso el pene del padre. Dado que su relación con el mundo es todavía incorporativa y está dominada por la agresión, el niño no sólo siente curiosidad acerca del cuerpo de la madre y sus contenidos, sino que siente el fuerte deseo de poseerlo. Klein llamó a esta fase del desarrollo la **fase de femineidad** porque los bebés de ambos géneros se identifican activamente con la madre que buscan poseer (Klein, 1928/1975a, p. 189). Los bebés de ambos sexos desean poseer los “órganos sexuales especiales” de la madre. Dicho de otra manera, los niños de ambos géneros experimentan “envidia del pecho” y “envidia del útero”.

La intensa curiosidad sexual del niño en principio sólo encuentra frustración porque su yo primitivo carece de la habilidad del lenguaje para hacer preguntas acerca de los impulsos sexuales y partes del cuerpo. Incluso cuando el niño es capaz de plantear algunas preguntas básicas, la frustración se reaviva porque el niño se percata de que la mayor parte de las preguntas más complejas e interesantes permanecen sin ser abordadas (Klein, 1928/1975a, p. 188). Las frustraciones iniciales y posteriores se convierten en ira e indignación. La represión de la curiosidad sexual del niño con el tiempo puede generalizarse para incluir la inhibición de toda forma de curiosidad, lo que puede dar lugar a sentimientos obsesivos generales de ineptitud e incapacidad. El enojo por “no saber” puede impedir que el niño desarrolle las habilidades y

la competencia intelectual generalizada que se necesita para satisfacer las demandas de la vida.

### EL COMPLEJO DE EDIPO EN LOS NIÑOS VARONES

Klein pensaba que la *envidia del útero* era más importante que la envidia del pene como motivo edípico universal. Los pechos y la vagina también son órganos sexuales de interés para el niño varón. Lleno de impulsos agresivos y sádicos, el niño no sólo quiere aprender acerca de esos órganos y poseerlos, sino también lastimarlos o destruirlos. Pero el bebé teme asimismo las represalias por su odio. Además, Klein sugiere que también la madre puede ser parte de los temores de castración del niño varón:

El niño teme al castigo por su destrucción del cuerpo de la madre, pero además de esto, su miedo es de una naturaleza más general... Teme que su cuerpo será mutilado y desmembrado, y que él será castrado. Aquí tenemos una contribución directa al complejo de castración. En este periodo temprano del desarrollo la madre que aleja las heces del niño también significa una madre que lo desmiembra y lo castra. No es sólo por medio de las frustraciones anales que ocasiona que allana el terreno para el complejo de castración: en términos de la realidad psíquica, ya es también la castradora (Klein, 1928/1975a, p. 190).

Para ilustrar esos temores por uno mismo, podríamos imaginar a un bebé que yace asustado e indefenso mientras su madre, quizá de manera enérgica, limpia la materia fecal de su trasero. Dicha escena es muy diferente de la imagen de un bebé que succiona el pecho con satisfacción.

Klein propuso además que los bebés de ambos géneros fantasean que la madre incorpora oralmente uno o más de los muchos penes del padre. Como resultado, los bebés envidian a la madre, pero también temen lo que puede haber en su interior. Para el niño, la madre que incorpora el pene del padre es una "mujer con un pene", es decir, una amalgama del padre y la madre. No pasa inadvertido para el niño que la madre ha "tomado" el pene de un hombre. En resumen, la madre puede ser una persona peligrosa y castrante (Klein, 1928/1975a, pp. 131, 245).

Coincidente con el entrenamiento de control de esfínteres, durante el cual la madre debe frustrar, al menos en parte, los impulsos anales del niño como ya frustró en algún momento sus primeros impulsos orales, la fase de femineidad reaviva los sentimientos de intenso enojo hacia el causante de la frus-

tración. Klein (1928/1975a, pp. 189 ss) creía que esta nueva **frustración anal** es de hecho un "segundo trauma" que a la larga lleva al niño a devaluar a su frustrante objeto amoroso. De este modo, los niños de ambos géneros pueden ser inducidos a alejarse de la madre y acercarse al padre.

Bajo la influencia de sus impulsos genitales emergentes, el niño desea a su madre como un objeto amoroso. Ya la experimenta como responsable de la frustración de sus necesidades orales y anales y sus sentimientos acumulados de odio ahora son amplificados para abarcar los impulsos genitales. Para hacer las cosas más difíciles, alrededor de los cuatro o cinco años se hace presente una versión temprana e incompleta de la ansiedad de castración que adopta la forma de celos y temor del padre. Sin embargo, ya desde la edad de uno o dos años, el niño varón se ve atrapado en un dilema de tres flancos: el deseo de poseer a la madre, el odio hacia ella como agente de frustración y castración y el temor amorfo de que el padre tomará venganza.

La curiosidad sexual del niño crece. Su inseguridad de no ser capaz de tener un bebé porque no tiene útero se oculta detrás de una fachada de curiosidad siempre creciente acerca de éstos. Puede convertirse en experto en saber de dónde vienen los bebés aunque no pueda tener uno. Por tanto, el niño dirige sus impulsos y temores sexuales hacia la curiosidad y obtención de información. De este modo, los desafíos intelectuales ante los cuales con el tiempo puede sentirse superior desplazan a las deficiencias anatómicas que lo hacen sentir inferior (Klein, 1928/1975a, p. 191). El uso de su mente lo ayuda a lidiar con la "envidia del útero".

### EL COMPLEJO DE EDIPO EN LAS NIÑAS

Después del destete, la niña se aleja de su frustrante madre y es además alentada a devaluarla por las privaciones anales que siente que le impone. Klein propuso que, en cuanto empiezan los indicios de los impulsos edípicos, la niña siente a nivel inconsciente su vagina y otro equipo sexual (Klein, 1928/1975a, p. 192). A diferencia de su contraparte masculina, Klein creía que la niña obtiene poca gratificación de la masturbación por esos impulsos genitales de reciente aparición. La envidia y el odio a la madre surgen porque la niña cree que la madre no sólo posee al padre, sino también el pene del padre. A medida que pasa el tiempo, aparece la forma más clásica de las dinámicas edípicas (en realidad,

#### RECUADRO 7.2 Sólo para relacionar...

En esta parte de su teoría, Klein alude a lo que Erikson llamaría *culpa* (en lugar de iniciativa) e *inferioridad* (en lugar de laboriosidad). Está de acuerdo en la importancia del desarrollo de la iniciativa y de un sentido de propó-

sito, laboriosidad y competencia, pero, a diferencia de Erikson, Klein indica que la respuesta de los padres a la curiosidad sexual del niño es un determinante importante del desarrollo posterior de esas cualidades positivas.

dinámicas de Electra) a medida que la niña se apega más al padre, experimenta, de manera erótica, sus atenciones y aumenta su resentimiento hacia la madre.

La pulsión epistemofílica de la pequeña es despertada en principio por el complejo de Edipo; el resultado es que la niña descubre que carece de un pene. Siente que esta carencia es una nueva causa de odio hacia la madre, pero al mismo tiempo su sentido de culpa la hace considerarlo como un castigo. Esto amarga su frustración en esta dirección y, a su vez, ejerce una profunda influencia en todo el complejo de castración (Klein, 1928/1975a, p. 193).

De manera análoga a la angustia de castración del niño en el complejo de Edipo completo descrito por Freud, también la niña tiene un temor primordial. Desea vaciar el cuerpo de la madre de todas las cosas buenas, incluyendo el pene del padre, de las heces y de otros niños que imagina que lleva dentro. No obstante, la niña fantasea que la madre puede ajustar cuentas y contraatacar vaciando el cuerpo de la niña de todas esas cosas buenas. En resumen, la madre puede atacar al sí mismo y destruirlo, devorarlo o aniquilarlo. Klein consideraba que este terrible temor a ser destruida por la madre era la situación de peligro fundamental y universal entre las mujeres. En las etapas posteriores del desarrollo, este temor de una madre que ataca se transforma en el miedo a perder a la madre real (Klein, 1929/1975a, p. 217).

De este modo, la madre como objeto amoroso tiene una estrecha asociación con la culpa y la angustia. En consecuencia, Klein pensaba que la niña encuentra que le resulta más fácil identificarse con el padre que con la madre. La cosa se pone más interesante a medida que la culpa de la pequeña la lleva a tratar de formar una nueva relación amorosa con la madre. Este esfuerzo lleva el sello distintivo de la sobrecompensación y la formación reactiva. La niña exagera al punto de ser empalagosa y poco genuina. Este nuevo intento de una relación amorosa está condenado al fracaso en la medida en que la niña experimenta una nueva ronda de odio y rivalidad con la madre por las atenciones del padre. Al final la niña abandona sus intentos por identificarse con el padre y llega a verlo como un objeto amoroso del cual puede obtener amor y a quien puede amar sin ser por fuerza como él. Más o menos por omisión, la madre se convierte en el objeto de identificación de la niña (Klein, 1928/1975a, pp. 193-194).

## CÓMO RESULTA TODO: LA PRIMERA TEORÍA DEL SUPERYÓ DE KLEIN

A la larga, la niña toma como modelo a su *fantasma* de la madre en sus aspectos crueles y cariñosos. “De la identificación inicial con la madre en que predomina el nivel anal-sádico, la pequeña obtiene celos y odio y forma un superyó cruel a la manera de la imagen materna” (Klein, 1928/1975a, p. 195). Por fortuna, a medida que la niña madura y que sus

impulsos genitales adquieren predominio sobre el sadismo oral y anal de la temprana infancia, se identifica cada vez más con las cualidades de cuidado, amabilidad y generosidad de la madre. Incluso fantasea una imagen idealizada de la “madre pródiga” que puede ser más un producto del deseo que de la realidad.

El desarrollo del niño corre a través de líneas similares con un resultado ligeramente distinto para su superyó. Al principio, el niño también adquiere un superyó estricto modelado en la imagen cruel y sádica que construyó en su fantasía de la madre-pecho. Además, igual que su contraparte femenina, la madurez hace que el niño incorpore de una manera más modesta los aspectos amables y cariñosos de la imagen materna. Pero en última instancia los niños tienen que identificarse con más fuerza con el *padre*. La imagen idealizada del padre ahora se vuelve dominante en el superyó del niño.

Klein (1927/1975a, véase sobre todo 1928/1975a, pp. 197 ss) sostuvo al inicio de su carrera que su explicación del complejo de Edipo, incluyendo el odio del bebé y sus orígenes en un superyó cruel inicial, no contradecía el modelo de Freud. Creía que sus ideas ampliaban las de Freud sin hacer cuestionamientos importantes a sus opiniones básicas. A medida que las ideas de Klein evolucionaban, de manera gradual, empezó a considerar que el odio era un factor menos importante en el desarrollo de lo que creía Freud. Para otros psicoanalistas era evidente que tomaba las ideas de Freud y se las apropiaba (por ejemplo, A. Freud, 1927, pp. 37-40, y A. Freud, 1952/1992, p. 63; Freud y Jones, 1993, pp. 621 ss; véanse en especial las cartas de Freud a Jones, núm. 508, p. 624, y la carta núm. 509, pp. 627 ss).

## DESACUERDOS ENTRE MELANIE KLEIN Y ANNA FREUD

Para Klein, el juego de un niño es un equivalente a la asociación libre en el adulto y, en consecuencia, es adecuado para la interpretación directa. Como vimos en el capítulo 6, Anna Freud no consideraba al análisis infantil como un simple equivalente del psicoanálisis adulto. Insistía en una técnica especializada, una fase de preparación para el análisis y sólo entonces interpretaba las asociaciones verbales producidas por el juego. Anna Freud evitó interpretar la actividad de juego en sí misma y acentuó, en todos los sentidos, los requisitos excepcionales del desarrollo que distinguen al trabajo analítico con niños del trabajo con adultos. Dada esta divergencia fundamental en la orientación a la tarea, la técnica terapéutica de Melanie Klein difería de la de Anna Freud en cuatro formas importantes:

Primero, las interpretaciones de Klein se basaban a menudo en significados simbólicos derivados de su teoría. Ella trataba los juegos y la interacción del niño con los juguetes como representantes directos de los objetos fantasmales que plantea su teoría en el inconsciente del niño. Cuando trabajaba con niños, Klein utilizaba el entretenimiento del

niño con juguetes y objetos en la habitación para hacer interpretaciones de significados simbólicos. Anna Freud pensaba que las interpretaciones simbólicas imponían significados en las acciones del niño en lugar de esclarecer su significado inherente. En su opinión, dicha técnica equivalía a un “análisis salvaje” en el cual los pensamientos y las acciones del niño se manejan de modo que se conformen con la teoría kleiniana. En la técnica de Anna Freud para el análisis infantil (véase el capítulo 6) se hacía hincapié en las producciones verbales del niño durante el juego o en la narración de cuentos y las interpretaciones se limitaban a la evidencia disponible que surgía de las asociaciones que hacía el niño después de un periodo de preparación en que se le enseñaba el procedimiento y se le hacía sentir cómodo con el mismo. Los niños muy pequeños no se consideraban candidatos adecuados para el psicoanálisis precisamente porque no tenían el lenguaje suficiente.

Segundo, para Anna Freud, la relación de transferencia con un niño es diferente a la transferencia del adulto porque las relaciones pasadas del niño también son por fuerza sus relaciones actuales (A. Freud, 1927, pp. 39 ss y p. 45). Desde el punto de vista de Melanie Klein, transferencia es transferencia; en su visión de la infancia, las relaciones objetales empiezan casi desde el nacimiento. Por tanto, las relaciones objetales, reales y fantasmales, son lo bastante abundantes para formar la base de una relación de transferencia del niño hacia el terapeuta. Tal como en el psicoanálisis adulto, el analista tiene que interpretar la transferencia (A. Freud, 1952/1992, p. 63).

Tercero, Klein sugirió que Anna Freud consideraba que los niños eran muy distintos de los adultos mientras que ella veía pocos motivos para tratar a un paciente infantil, de manera distinta, a un paciente adulto. Melanie Klein pensaba que mediante el uso de su técnica de juego con juguetes y dibujos había podido tener acceso a las capas más primitivas del inconsciente del niño, un logro que está fuera del ámbito de la técnica más verbal de Anna Freud. A Klein le parecía que el método de Anna Freud minimizaba el papel del psicoanalista como intérprete de los conflictos inconscientes del niño. El analista que trabaja con la técnica de Anna Freud se convierte más bien en un modelo con un papel educativo que alienta una relación de transferencia positiva, incluso sumisa, con el niño. Debido a la incapacidad del analista para establecer una “verdadera situación analítica”, el niño no puede ni quiere dar a conocer sus sentimientos más profundos (Klein, 1927/1975a, pp. 153-154, 167).

Cuarto, desde el punto de vista de Anna Freud, el enfoque kleiniano da lugar a una exageración de la patología y, en ocasiones, a atribuciones injustificadas de los motivos agresivos del niño.

La disputa entre Anna Freud y Melanie Klein produjo divisiones en la profesión del análisis infantil. En Londres, los psicoanalistas y sus estudiantes se identificaban como annafreudianos, kleinianos o algún grupo intermedio.

## ANGUSTIA:<sup>1</sup> PRIMERAS MODIFICACIONES DE LA TEORÍA DEL DESARROLLO DE KLEIN

Al aumentar su experiencia y el número de observaciones de análisis infantiles, Melanie Klein modificó sus planteamientos básicos acerca del desarrollo del superyó y el complejo de Edipo. Los cambios adoptaron tres formas. Agregó detalles acerca del contenido de los fantasmas del niño, cambió el momento del desarrollo en que ocurrían y redujo ligeramente el papel de la agresión en todos ellos. El primer cambio resultó en una explosión importante de la población de objetos internalizados por el bebé, mientras que el segundo hizo retroceder los orígenes de la estructura de la personalidad a los primeros días de vida. Klein planteó la existencia en el nacimiento de un yo y un superyó rudimentarios así como de motivos pulsionales de tipo edípico; además, complementó su acento en la importancia de la agresión como el motivo primordial de la infancia con un pequeño grado de consideración de la envidia, la culpa, la angustia y el amor.

### TEMOR DE LOS PROPIOS IMPULSOS DESTRUCTIVOS: PROYECCIÓN

Al ampliar sus razones para la severidad del superyó del infante, Klein profundizó su teoría de los objetos internalizados. Sus observaciones la llevaron a creer que una parte regular de la vida del niño se centra en los temores de figuras fantasmales atemorizantes que amenazan con desmembrarlo, devorarlo o “hacerlo pedazos”. Klein creía que los personajes aterradores de los cuentos de hadas son transformados por la fantasía en construcciones personalizadas de objetos reales en la vida del niño.

No tengo duda, a partir de mis observaciones analíticas, de que los objetos reales detrás de esas aterradoras figuras imaginarias

<sup>1</sup> Desde la traducción que hizo López-Ballesteros de la obra de Freud, la palabra alemana “Angst” fue vertida al español como “angustia”. Por su parte, James Strachey tradujo dicho término al inglés como “anxiety”; sin embargo, en esa lengua para describir un estado más agudo se llega a utilizar el término “anguish”. Quizás por esa razón, los traductores de M. Klein han vertido “anxiety” como “ansiedad”. Por nuestra parte, y dado que M. Klein cuando diferencia los términos “angustia” y “culpa” (por ejemplo, Klein, M. *et al.*, [1973], *Desarrollos en psicoanálisis*, Buenos Aires: Paidós) utiliza como referencias dos textos de Freud: *Inhibición, síntoma y angustia* y *Conferencias de introducción al psicoanálisis*, en los cuales este autor señala las diferencias entre “angustia”, “miedo” y “temor”, matices que la propia M. Klein parece aceptar, sin aportar mayores distingos teóricos. Por tanto, hemos decidido traducir “anxiety” por “angustia”, término que, en nuestra opinión, posee una mayor resonancia en la literatura psicoanalítica (Notas de los RR. TT.)

son los propios padres del niño, y que esas formas espantosas de una u otra manera reflejan los rasgos de su padre y su madre, por distorsionado y fantástico que pueda ser el parecido (Klein 1933/1975, p. 249).

Si de manera inconsciente un niño iguala a sus padres con las bestias salvajes y los monstruos de los cuentos de hadas, entonces es claro que el niño no se está identificando con los padres tal como existen en la realidad. Más bien, el niño se identifica con las imágenes transformadas de los padres que creó inconscientemente. La crueldad y el sadismo del superyó del niño provienen entonces, de manera secundaria, de la identificación con la crueldad de esos objetos transformados e imaginarios. Recuerda que la transformación primordial de los objetos en perseguidores malévolos fue un producto del sadismo innato del niño. Pero ¿cómo llega el temor del niño a un nivel que puede transformar a los seres queridos en imágenes de objetos amenazadores?

La respuesta de Klein es que al yo inmaduro del niño le asusta su propio sadismo. El peligro de ser destruido por el propio instinto de muerte es tan aterrador que el yo inmaduro moviliza contra el instinto de muerte la libido o instinto de vida que tenga disponibles (Klein, 1932/1975b, pp. 126 ss). Luego, mediante el uso de la defensa relativamente primitiva de proyección, el yo dirige la incontenible agresión al exterior hacia los objetos externos. De esta manera, el temor que tiene el niño de sus propios impulsos internos se convierte, en parte, en un miedo a los objetos externos (Klein, 1932/1975b, p. 128). Ahora el bebé cree que los objetos quieren destruir al sí mismo y no a la inversa. Las proyecciones se convierten en perseguidores. Los objetos internalizados y externalizados del niño se han convertido en terroristas destructores en su interior. En realidad, el temor que experimenta el bebé es el horror de sus propios impulsos destructivos hacia los objetos amorosos. En consecuencia, "... su miedo a sus objetos siempre será proporcional al grado de sus propios impulsos sádicos" (Klein, 1933/1975a, p. 251).

Las armas del sadismo del niño son el equipo y las actividades infantiles ordinarias transformadas por la fantasía en agentes de destrucción. En consecuencia, orinar se vuelve equivalente de ahogar, cortar, apuñalar y quemar; las heces se equiparan con misiles y armas combativas de contacto directo. Con el desarrollo, el niño más informado puede percibir las heces como venenos y toxinas de todo tipo. El pene mismo puede ser un blanco de heridas o un arma con la cual infligirlas, y siempre se dispone de los recursos de morder, masticar y escupir, los cuales pueden volverse equivalentes intercambiables de devorar, desmembrar y aniquilar (Klein 1930/1975a, pp. 219-220, 226).

Con la atención firme en el sadismo y el temor como fuerza motivadora, Klein cambió el momento de los orígenes del superyó a las primeras introyecciones orales de los objetos, es decir, a los primeros meses de vida del niño.

## SADISMO ORAL, URETRAL Y ANAL: CANIBALIZAR A LA MADRE

En su replanteamiento, Klein mantuvo su dependencia de la agresión innata como motivo primordial. Sin embargo, atenuó esta confianza con una consideración de los temores del niño de su propia agresión y su desplazamiento de esa agresión a objetos fantasmales internalizados y externos. Al final suavizó aún más el sadismo con consideraciones de amor y culpa. Sin embargo, por ahora el contenido de las fantasías sádicas del niño se explicó con mayor detalle y precisión del desarrollo.

Basada una vez más en el trabajo de Freud, Klein distinguió entre una primera fase agresiva de succión oral y una fase posterior de sadismo oral. En la primera parte del primer año de vida durante la fase de succión oral, el niño fantasea con llevar el pecho a su interior; en la fase posterior de sadismo oral, el niño imagina que mastica y devora el pecho y lo canibaliza. En esta fase posterior, supuestamente al final del primer año, la misma fantasía gratifica al mismo tiempo las necesidades orales y agresivas. En el segundo y el tercer año de vida, el niño entra en la fase de sadismo anal en que la atención necesaria en la eliminación queda atada una vez más a los impulsos agresivos. Klein creía que para el niño la eliminación de las heces adoptaba el significado de eliminar al objeto amoroso (una "expulsión forzosa" del mismo) vinculado a sus deseos destructivos (1933/1975a, p. 253). Entre la fase sádica oral y la fase sádica anal, Klein distinguió una fase de transición sádica uretral y sus fantasmas asociados.

En sus fantasías sádicas orales el niño ataca el pecho de la madre para lo cual emplea sus dientes y mandíbulas. En sus fantasías uretrales y anales, busca destruir el interior del cuerpo de la madre y para ese propósito usa su orina y sus heces. En este segundo grupo de fantasmas los excrementos son considerados como sustancias ardientes y corrosivas, animales salvajes, armas de todo tipo, etc. y el niño entra en una fase en la cual dirige todo instrumento de su sadismo al único propósito de destruir el cuerpo de su madre y lo que éste contiene. En lo que respecta a la elección de objeto, los impulsos sádicos orales del niño aún son el factor subyacente, de modo que piensa en succionar y comer el interior del cuerpo de la madre como si fuera un pecho (Klein, 1933/1975a, pp. 253-254).

Cuando el niño fantasea con atacar el interior de la madre, ataca de ese modo muchísimos objetos internalizados. Klein argumentaba que, por extensión de la lógica de su fantasía infantil, el infante está atacando a todo un mundo poblado por objetos hostiles para el sí mismo, que incluyen al padre, la madre, los hermanos y hermanas. "El mundo transformado en el cuerpo de la madre es un conjunto hostil contra el niño y lo persigue" (Klein, 1929/1975a, p. 214). Destruir o ser destruido se convierte en la estrategia del bebé, pero es una estrategia cargada de culpa y angustia.

## ODIO FRENTE A CULPA: REPARACIÓN DE LOS ESTRAGOS DEL SADISMO

Conforme el niño madura hacia la fase genital del desarrollo entre los cuatro y cinco años de vida, el sadismo innato disminuye porque toman prioridad los motivos creativos y de afirmación de la vida. Con esos desarrollos normales surge la capacidad del niño para la piedad, la compasión y la empatía (Klein, 1929/1975a, p. 214). En resumen, el auténtico objeto amoroso se hace posible.

### DE LA INTROYECCIÓN DEL OBJETO PARCIAL A LA IDENTIFICACIÓN CON EL OBJETO TOTAL

Como hemos visto, al inicio el yo infantil sólo es capaz de identificarse con objetos parciales y esas personas parciales a menudo son igualadas en la fantasía con procesos y productos corporales como heces, pechos y penes. Con el desarrollo, el yo infantil se hace capaz de percibir e identificarse con objetos totales que se aproximan más a la realidad. Más importante, dada la elección, al yo le resulta más fácil identificarse e incorporar los objetos buenos más que los malos porque los objetos buenos pueden proporcionar placer para el ello y porque es probable que los objetos malos instalados en el sí mismo generen dolor. Desde el punto de vista del yo, la preservación del objeto bueno internalizado es sinónimo de su supervivencia (Klein, 1935/1975a, p. 264). Dicho de otra manera, el yo ahora es capaz de entender que la pérdida o el daño del objeto bueno amenaza su propia existencia.

Con este cambio en la relación con el objeto, hacen su aparición nuevos contenidos de angustia y tiene lugar un cambio en los mecanismos de defensa. El desarrollo de la libido también recibe una influencia decisiva. La angustia paranoide de que los objetos destruidos con sadismo fueran una fuente de veneno y peligro dentro del cuerpo del sujeto ocasiona que, a pesar de la vehemencia de sus arremetidas sádicas orales, tenga una profunda desconfianza de los objetos al mismo tiempo que los incorpora (Klein, 1935/1975a, p. 264).

El infante repite una y otra vez el acto de incorporar el objeto bueno. Cada repetición es también una prueba compulsiva de la bondad de un objeto mientras el niño trata de rebatir sus temores acerca del mismo. De esta forma, el niño se fortifica en contra de los objetos persecutorios y puede fantasear acerca de proteger a los objetos buenos salvaguardándolos dentro del sí mismo.

### PROTECCIÓN DEL OBJETO BUENO: ANGUSTIA PARANOIDE FRENTE A ANGUSTIA DEPRESIVA

Para consternación del niño, la repetición no conduce al éxito o a la irrevocabilidad. El niño pronto descubre que no puede proteger a los objetos buenos internalizados del sadismo

de los malos internalizados. Se genera angustia acerca de los peligros que aguardan a los objetos buenos internalizados, incluyendo una fantasía de que dentro del cuerpo puede haber un lugar venenoso donde perecen los objetos buenos (Klein, 1935/1975a, p. 265). Cada acto de destrucción real e imaginario que los objetos han representado uno contra el otro, incluyendo las relaciones sexuales de los padres que el niño considera como un acto de violencia, son vistos como fuentes de peligro continuo para el objeto bueno.

Una ironía, perdida en el niño, es que su nueva capacidad para identificarse con objetos totales ocurre al mismo tiempo que el desarrollo de su conciencia de que no los puede proteger de la persecución de los objetos malos o del ello.

Para que el yo tome conciencia del estado de desintegración al que ha reducido y continúa reduciendo a su objeto amado, hace falta una completa identificación con dicho objeto y un total reconocimiento de su valor. El yo encuentra luego que está confrontado con la realidad psíquica de que sus objetos amados se encuentran en un estado de disolución —en pedazos— y la desesperación, el remordimiento y la angustia que se derivan de ese reconocimiento se encuentran en el fondo de numerosas situaciones de angustia. Para citar sólo unas cuantas: está la angustia sobre cómo reunir esos pedazos de la manera adecuada y en el momento correcto; cómo elegir los pedazos buenos y eliminar los malos; cómo traer a la vida al objeto una vez que ha sido armado; y también está la angustia de sufrir la interferencia en esta tarea de los objetos malos y el propio odio, etc. (Klein, 1935/1975a, p. 269).

Otra ironía es el estrecho vínculo entre el amor y la destrucción. Para esta etapa de su desarrollo, existe una cercana conexión entre amar a un objeto y devorarlo. Un niño pequeño que cuando su madre desaparece cree que se la comió y la destruyó (por motivos de amor o de odio) es atormentado por la angustia por ella y por la madre buena que absorbió.

Ahora se hace evidente por qué, en esta fase del desarrollo, el yo se siente constantemente amenazado por su posesión de los objetos buenos internalizados. Lo llena de angustia que tales objetos deban morir. Tanto en los niños como en los adultos que sufren depresión, he descubierto el temor de albergar dentro de sí objetos muertos o moribundos (en especial los padres) y la identificación del yo con objetos en esta condición (Klein, 1935/1975a, p. 266).

Por tanto, para Klein hay una base egoísta incluso en el amor y la empatía aparentes que se desarrollan con la maduración del yo del bebé. El niño teme que sus objetos buenos puedan morir y le aterra que esos objetos muertos residan dentro de sí mismo. Cada evento que señala la pérdida de la verdadera madre buena en el mundo de la realidad también indica la pérdida potencial de la madre buena internalizada en el mundo de fantasía. Al inicio, Klein llamó ansiedad depresiva a los sentimientos de tristeza o remordimiento que resultan de imaginar la pérdida del objeto amado. En su núcleo, la ansiedad depresiva es una especie de tristeza por el destino del objeto bueno.

Sin embargo, también se desarrolla la angustia paranoide por lo que los objetos pudieran hacerle a uno mismo. Dado que nunca están seguros de su posesión del objeto bueno, los niños no pueden tener certeza sobre la bondad y estabilidad del objeto bueno. Más bien, pueden prevalecer los temores y las dudas paranoides. Incluso si en realidad no se pierden los objetos buenos del mundo real, aún así es posible, el niño angustiado y suspicaz cree que los objetos malos del mundo de fantasía todavía pueden organizar un ataque en su contra. En el relato de Klein, las alternativas que enfrenta el niño al ver el mundo son una propuesta de perder-perder.

---

## POSICIONES PARANOICAS Y DEPRESIVAS: LA PRIMERA TEORÍA DE KLEIN

Los temores involucrados en el sí mismo del niño adoptan una de dos formas. Cuando la angustia central adopta la forma de persecución del propio yo (el temor de que nuestro yo está en riesgo de ser atacado) entonces Klein describe la angustia como **posición paranoica**. Sin embargo, si el temor principal es que el objeto bueno esté en riesgo porque los objetos malos internalizados pueden destruirlo, el sentimiento que predomina es la melancolía y por ende se considera una **posición depresiva** (Klein, 1935/1975a, p. 269).

### PERSECUCIÓN Y TRISTEZA

Los sentimientos de pena en la posición depresiva reflejan el deseo de recuperar o reparar la pérdida o el daño de los objetos amados. Klein llamó "tristeza" a toda esta constelación de emociones melancólicas. La posición depresiva constituye la angustia de que los objetos malos internalizados perseguirán y destruirán a los objetos buenos internalizados y de defenderse en contra de esos temores y las experiencias subjetivas de añoranza o tristeza (Klein, 1945/1975a, p. 349). Es característico de la posición depresiva sentir angustia y remordimiento por la difícil situación del objeto amado dañado, mientras que la persona en la posición paranoica se muestra vigilante y con un temor alerta ante la posibilidad de que un objeto desintegrado pueda reunificarse para volver a surgir como perseguidor (Klein, 1935/1975a, p. 272).

### POSICIONES DEL DESARROLLO DE LO PARANOICE A LO DEPRESIVO

El temor a la propia aniquilación, la forma paranoica de la angustia, es en el desarrollo la forma más temprana y primitiva porque su situación de peligro (la aniquilación) es innata. El miedo a perder el objeto bueno por destrucción o mutilación, la forma depresiva de la angustia temprana, se da más tarde en el desarrollo y es más compleja porque su situación de peligro requiere la comprensión de

los objetos totales, empatía por ellos y un sentido de culpa por el propio papel en el proceso de pérdida. Las formas depresiva y paranoica de la angustia temprana ante las situaciones percibidas de peligro en realidad constituyen una progresión normal en el desarrollo de la personalidad, pero ésta nunca se supera o se resuelve del todo con la edad en el sentido de que las etapas ordinarias del desarrollo por lo regular se dejen atrás. Por ese motivo, Klein se refería a esos procesos de personalidad como la posición depresiva y la posición paranoide en lugar de hablar de "etapas" de melancolía y angustia persecutoria (Klein, 1935/1975a, p. 275n; véase sobre todo el último párrafo de las notas finales en 1952/1975c, p. 93).

---

## POSICIONES MANIACA Y DEPRESIVA EN LA PSICOPATOLOGÍA ADULTA

Klein propuso la teoría de que las psicopatologías adultas de excitación maniaca y depresión podían entenderse como productos de las posiciones paranoica y depresiva de la niñez. En la teoría clásica, Freud había sostenido que la conducta maniaca era una manera en que el yo se defiende contra los sentimientos de depresión por la pérdida de un objeto amoroso. Klein era de la opinión de que el yo busca refugiarse de los sentimientos depresivos y trata de escapar de sus relaciones retorcidas con los objetos amorosos internalizados. Para lograrlo, el yo intenta tomar control de sus objetos amorosos mediante su dominio. Para complementar las conocidas posiciones paranoide y depresiva, el yo adopta una posición maniaca que cumple el propósito defensivo adicional de la negación.

### OMNIPOTENCIA Y NEGACIÓN

Según la sugerencia de Klein, el sentido de omnipotencia que se observa durante algunos episodios maniacos adultos es la característica principal de este nivel psicótico de patología. Para Klein, la versión normal en el desarrollo de la "posición maniaca" también depende de la creencia del niño en su propia omnipotencia. La persona destinada a ser maniaca en la adultez intentó muy pronto en la infancia negar la presencia de los objetos persecutorios internalizados que incorporó en sí mismo. Aún más doloroso, el yo infantil de la persona que se dirige a la manía negó también su dependencia de los objetos buenos. Esta defensa de la negación también debe cumplir un propósito adicional. La persona maniaca usa la negación para borrar todo reconocimiento de peligro para los objetos buenos por la persecución de los objetos malos internalizados. Freud había descrito las dinámicas de la personalidad como un conflicto entre el ello, el yo y el superyó. Klein amplió la contienda para incluir los conflictos entre los objetos reales y los objetos fantasmales internalizados:

En mi opinión, lo que es muy específico de la manía es *la utilización del sentido de omnipotencia con el propósito de controlar y dominar los objetos*. Esto es necesario por dos razones: *a)* para negar el terror que se experimenta por ellos, y *b)* para poder llevar a cabo el mecanismo de reparación del objeto (adquirido en la posición depresiva anterior). Al dominar a sus objetos el individuo maniaco imagina que no sólo impedirá que lo dañen, sino también que sean un peligro entre sí. Su dominio le permite sobre todo impedir el coito peligroso entre los padres que internalizó y su muerte dentro de él (Klein, 1935/1975a, pp. 277-278; itálicas en el original).

La negación infantil ya no funciona para el maniaco adulto, aunque persiste el sentido de omnipotencia mágica. La psicopatología adulta resulta cuando el paciente maniaco cree que ha destruido los objetos amorosos internalizados y también tiene la creencia mágica de que puede reconstruirlos a voluntad.

#### OMNIPOTENCIA Y DEVALUACIÓN: EL PODER DE LA VIDA Y DE LA MUERTE

La omnipotencia se asocia con la defensa de la devaluación mediante la cual el adulto menosprecia el valor y la importancia de los objetos internalizados. El desdén reemplaza al amor. “Me parece que este *menosprecio de la importancia del objeto y el desdén por él* es una característica específica de la manía que permite al yo llevar a cabo la separación parcial que observamos codo a codo con su hambre de objetos” (Klein, 1935/1975a, p. 279; itálicas en el original). Al distanciarse de sus objetos amados, el yo avanza en su desarrollo más allá de la posición depresiva más dependiente, pero lo hace al precio de una mayor angustia y de la necesidad de vigilancia perpetua. La nueva carga que se le presenta al yo es que debe obtener dominio sobre sus objetos. Ya no basta con tener hambre de ellos y de preocuparse por su seguridad. Sin embargo, en ocasiones el dominio sobre los objetos internalizados persecutorios y malévolos incluye matarlos, tal vez con la intención de resucitarlos más tarde.

A un nivel más profundo, las dinámicas de la posición maniaca revelan la ambivalencia fundamental de los niños hacia sus objetos internalizados. Como hemos visto, Klein sostenía que, a la larga, el bebé tiene que formar una percepción más realista de los padres como objetos reales en el mundo real. Para hacerlo, debe mantener la separación entre los objetos fantasmales, buenos y malos, que ha incorporado. Sin embargo, el aprendizaje y el desarrollo le dejan claro al yo infantil que lo bueno y lo malo a menudo son aspectos del mismo objeto, no objetos separados como alguna vez pensó.

#### ESCISIÓN EN EL DESARROLLO NORMAL

A medida que el niño se relaciona de forma cada vez más apropiada con la madre real, existe el peligro de que el fan-

tasma del pecho-madre, bueno y malo, también se unifique en un objeto contradictorio e inmanejable. Para impedir este estado interno intolerable y confuso, el yo divide las imágenes, como Klein describe el proceso, en imágenes del objeto permanentemente separadas y opuestas. Advierte que el mecanismo de escisión está orientado al mundo interno de los objetos fantasmales más que al mundo externo de gente real. Ahora el niño puede tratar a los objetos internalizados como ejemplos simples de bueno o malo, amado u odiado, a la vez que pone cada vez más confianza en la gente real más complicada que exhibe ambas cualidades al mismo tiempo (Klein, 1935/1975a, p. 287).

El niño ahora oscila entre la preocupación depresiva y la omnipotencia maniaca. Los pensamientos preocupantes de que los objetos buenos serán destruidos son rechazados por los esfuerzos maniacos de ejercer dominio sobre ellos. Escindir los objetos fantasmales en imágenes buenas y malas separadas ayuda a limitar esta indecisión al mundo interno de los objetos fantasmales y prepara el terreno para que el niño se relacione, de manera adecuada, con sus objetos reales. En opinión de Klein, cuando se emplea la escisión como una estrategia para proteger a los objetos buenos internalizados de los malos internalizados, es un componente normal del desarrollo de la personalidad. La adaptación saludable a la realidad requiere que a medida que madura hacia la adolescencia, el niño perciba con precisión sus objetos reales y que confíe en ellos más que en sus objetos fantasmales primitivos (Klein, 1945/1975a, pp. 348 ss). Este concepto es congruente con la teoría freudiana, incluso si las técnicas de Klein parecen no serlo.

#### LA ESCISIÓN COMO “HUIDA HACIA LO BUENO”

Klein describió una defensa secundaria como una “huida hacia lo bueno” por medio de la cual el niño puede vacilar entre sus objetos amorosos externos y sus objetos amorosos internalizados. Si la huida se dirige hacia los objetos fantasmales buenos, pero internalizados, entonces el resultado es la separación de la realidad y la psicosis potencial. Por otro lado, si la huida de la persona se dirige al exterior hacia los objetos reales buenos, pero externos, existe el potencial de un desarrollo normal o de una dependencia servil y neurótica hacia los otros. En cualquier caso, el mecanismo de la huida es la forma que tiene el niño de resolver sus angustias depresivas y paranoicas. Por tanto, para Klein el desarrollo de la defensa de escisión es un proceso normal del desarrollo.

En esta etapa de su pensamiento, Klein utilizaba el término **escisión** de una forma estrecha para referirse a la separación de los objetos buenos y malos en la fantasía del niño. Más tarde, como veremos, Klein (1946/1975c) hizo más detallada su explicación de la escisión para incluir *escisiones estructurales* en el ello, el yo y el sí mismo del niño. De hecho, más tarde deja claro que el bebé no puede escindir su imagen del objeto amado sin escindir también su propio yo

en componentes buenos y malos. Klein propuso más tarde que una determinada parte escindida del ello se convierte en la prisión de las imágenes de objetos de aspecto psicótico y aterrador que pretenden devorar al niño.

#### TRIUNFO Y CULPA EN LA POSICIÓN MANIACA

Si el desarrollo psicológico es normal, se logra un equilibrio entre el amor y el odio a medida que los objetos del niño se unifican en imágenes totales y más realistas. Con el tiempo, el niño desarrolla el deseo de dejar atrás sus dependencias, de rivalizar con los logros de sus objetos amorosos admirados y de dominar los temores de su propia destructividad. A la larga, llegan a prevalecer los esfuerzos de dominio. El niño quiere revertir la relación padre-hijo para poder conseguir poder sobre sus padres, superar sus logros e incluso someterlos en fantasías de poder y humillación. El niño saborea su triunfo futuro al anticipar el momento en que los padres se habrán convertido en seres indefensos, como niños pequeños, a medida que se convierten en adultos débiles, viejos y frágiles. Pero el yo también experimenta esas fantasías de triunfo con sentimientos de culpa (Klein, 1945/1975a, 351-352).

El triunfo y la culpa pueden impedir que el niño salga de la posición depresiva porque compiten y bloquean el trabajo reparativo del yo de restaurar los objetos amados. Sin el trabajo reparativo del duelo normal por los objetos amados perdidos o abandonados, se ponen en riesgo el desarrollo emocional normal y la sana independencia. Este aspecto destructivo de la posición maniaca moviliza el sadismo del niño y lo enfoca no sólo en los impulsos saludables de ser dominante, sino también en los deseos de humillar y destruir las figuras de los padres. No obstante, las noticias son tanto buenas como malas. El triunfo sobre nuestros objetos también puede facilitar el crecimiento emocional, intelectual y físico. "Las crecientes habilidades, dones y artes del niño aumentan su creencia en sus tendencias constructivas, en su capacidad para dominar y controlar sus impulsos hostiles así como sus objetos internos 'malos'" (Klein, 1940/1975a, p. 353). De este modo, el triunfo puede conducir a un genuino dominio y, en última instancia, a la capacidad para el amor auténtico.

De las tres posiciones —paranoica, depresiva y maniaca (psicótica)— Klein consideraba que la posición depresiva es la característica principal del desarrollo infantil. Las formas en que el niño aprende a resolver sus angustias depresivas y a establecer relaciones reales con objetos reales son cruciales para el funcionamiento normal de la personalidad (Klein, 1935/1975a, p. 289).

---

## AMOR, CULPA Y REPARACIÓN

Para finales de la década de 1930, Klein realizaba la ampliación de su análisis del amor y la culpa. Empezó a resaltar que

los bebés tienen sentimientos espontáneos de amor y empatía por otros, una postura distinta a la de sus declaraciones anteriores. Además de todas las emociones negativas que experimentan los niños, señalaba, en forma rutinaria pueden sentir amor y gratitud hacia la madre por el cuidado que les brinda. Klein introdujo ahora la importancia del concepto de amor. Siguiendo los pasos de Freud, Klein consideraba que la emoción del amor es un producto de los instintos de vida, siempre presente y en oposición a los impulsos destructivos del instinto de muerte:

Codo a codo con los impulsos destructivos en la mente inconsciente del niño y el adulto, existe un impulso profundo de hacer sacrificios para ayudar y desagrar a la gente amada a la que se lastimó o destruyó en la fantasía. En las profundidades de la mente, el impulso de hacer feliz a las personas está conectado con un fuerte sentimiento de responsabilidad y preocupación por ellas, lo cual se manifiesta en una genuina afinidad con otras personas y la capacidad de entenderlas, tal como son y como sienten (Klein, 1937/1975a, p. 211).

#### RESTAURACIÓN DEL OBJETO BUENO: LA RESTITUCIÓN COMO AMOR INTERESADO

En el mundo de Klein, la culpa impulsa al amor. Dado que el yo del niño está identificado con el objeto bueno y puede sentir empatía por su difícil situación, el yo está motivado a compensar al objeto bueno por todos los actos previos de sadismo en su contra. A medida que se desarrolla el superyó, los fantasmas del niño de atacar a sus objetos se encuentran con la culpa. En la conciencia del niño surgen sentimientos de remordimiento por el daño imaginado que ha causado. En la economía mental del bebé, alimentada por el amor y la culpa, emergen deseos de "hacer el bien", de involucrarse en el proceso de **reparación/restitución** (Klein, 1933/1975a, p. 254).

La empatía y la identificación del bebé con el objeto amoroso también le permiten beneficiarse de su interés por el bienestar del objeto amado. Cualquier sacrificio que haga el niño en aras del objeto amado, al mismo tiempo lo hace por él porque se identifica con dicho objeto. Como adultos, completamos el círculo al asumir el papel de padres cariñosos donde en alguna ocasión fuimos niños atendidos. Al hacerlo, recreamos el amor que recibimos de nuestra madre y que ahora proporcionamos a nuestros hijos. En la opinión de Klein, también expiamos nuestra culpa infantil por el daño que imaginamos haber causado, hace mucho tiempo, a nuestra madre (Klein, 1937/1975a, p. 314). Cuando tienen éxito, los esfuerzos reparativos del niño le abren la posibilidad de amar a nuevos objetos sin temor o culpa. "En consecuencia, hacer la reparación —que es una parte esencial de la capacidad de amar— amplía el ámbito y aumenta sin cesar la capacidad del niño para aceptar el amor y, por diversos medios, asimilar dentro de sí las cosas buenas del mundo exterior" (Klein, 1937/1975a, p. 342).

Un escenario alternativo es presentado por la madre que ajusta las cuentas y se identifica en exceso con su hijo. Atrapada en un resurgimiento de su culpa infantil inconsciente por el daño que alguna vez deseó para sus objetos amorosos, la madre intenta revivir a través de su hijo una relación amorosa con su propia madre. Se vuelve demasiado abnegada porque ve demasiado de sí misma en el niño y demasiado de su madre en el papel que desempeña hacia su hijo. Sin embargo, en lugar de reparar el daño a sus propios objetos fantasmales, la madre demasiado indulgente priva a su hijo de las experiencias que le permitirán madurar y diferenciarse a nivel psicológico. “Es bien sabido que un niño que ha sido criado por una madre que lo llena de amor sin esperar nada a cambio a menudo se convierte en una persona egoísta” (Klein, 1937/1975a, p. 318).

---

### PROYECCIÓN + IDENTIFICACIÓN = REVIVIR LA ESCISIÓN

Klein revisó sus opiniones anteriores al concluir que la escisión es un proceso universal de defensa en contra de estados de angustia de tipo psicótico que ocurren normalmente. Klein quería hacer más explícito el vínculo implícito entre escisión y las formas paranoica y depresiva de la angustia.

#### MODIFICACIÓN DE LA POSICIÓN PARANOICA A LA POSICIÓN ESQUIZOPARANOIDE

En una versión anterior de la teoría de Klein, el bebé divide al objeto amoroso en un objeto bueno y uno malo para aislar su propio sadismo a un aspecto del objeto parcial para no correr el riesgo de destruir el todo. El bebé también escinde sus relaciones con el objeto en amor y odio-amor por el objeto bueno y de odio por el objeto malo. Klein amplió en más detalle este concepto doble de escisión y extendió su alcance de la escisión inicial de las relaciones objetales a la escisión de las estructuras de personalidad, el sí mismo y los sentimientos.

Para reflejar las modificaciones, cambió el nombre de la “posición paranoica” para llamarla ahora la **posición esquizoparanoide**. Los fenómenos de la personalidad es-

quizoide (disfunciones de la empatía, el amor y el odio en relación con los objetos y con el sí mismo) se convirtieron para Klein en un sinónimo conveniente de todas las formas de patología de la personalidad; por tanto, incluyó el término esquizoide en la recién nombrada posición esquizoparanoide.

#### ¿CÓMO DEBO ESCINDIR? DEJE QUE CUENTE LAS MANERAS

Klein afirmaba ahora que, desde el mismo inicio de la vida, la experiencia del yo del temor de su propia aniquilación es la base de la ansiedad. La angustia se experimenta siempre en conexión con los objetos. En la posición esquizoparanoide, el niño proyecta todos sus temores en objetos parciales y los transforma en perseguidores odiados. La nueva visión de Klein incluye otras fuentes importantes de angustia como el trauma del nacimiento y la frustración de las necesidades corporales. Incluso esas angustias se experimentan desde los primeros momentos vinculadas a objetos o proyectadas en ellos (Klein, 1946/1975c, pp. 4-5; Klein, 1958/1975c, pp. 23 ss).

#### ESCISIÓN DEL OBJETO: DEFENSA CONTRA LA ANIQUILACIÓN

En los primeros días y semanas de vida, el estado normal del yo inicial es una falta de cohesión. Su tendencia es natural a la integración alterna con una tendencia hacia la desintegración cuando se enfrenta a la enormidad de su propia destructividad (Klein, 1946/1975c, p. 4). Este par vacilante de tendencias opuestas subyace al mecanismo de la escisión.

Parte del temor del niño a la aniquilación no se proyecta al parecer sobre los objetos. Un componente residual de la pulsión de muerte permanece en el interior y magnifica los sentimientos primitivos de indefensión del yo. Conforme aumenta dicha indefensión, se acelera la tendencia natural del yo hacia la desintegración. Con esta amenaza, el yo trata de defenderse en una de tres formas: externalizando (proyectando) la amenaza, negándola por completo o **escindiendo el objeto** que se percibe como fuente de la amenaza en imágenes buenas y malas. Klein consideraba a esta forma más elemental de escisión como una defensa dirigida a controlar

### RECUADRO 7.3 La defensa de la escisión en el trabajo clínico

En la teoría de Klein, el desarrollo de la defensa de la escisión es un aspecto normal del desarrollo de un niño. Pero la escisión no es una defensa madura para los adultos. Los pacientes que dependen de esta defensa en escenarios de hospitalización a menudo resultan un desafío para el personal, en particular si los integrantes del personal no tienen conocimiento acerca de dicha defensa.

Tales pacientes pueden acudir con un miembro del personal y quejarse de otro en el que perciben rechazo o deficiencia; luego pueden dar la vuelta con otro miembro del personal y quejarse del primero. En consecuencia, resulta difícil definirlos y su conducta puede magnificar los desacuerdos y conflictos entre los miembros del equipo.

la angustia de aniquilación bajo el efecto de la pulsión de muerte. La escisión divide en dos partes el objeto fantaseado internalizado y el objeto externo percibido en bueno y malo. La escisión también separa las relaciones del niño con esas imágenes en amor y odio/deseo y temor. De este modo, el impulso destructivo y su angustia asociada se dispersan, desvían y aíslan defensivamente de los objetos buenos y del sí mismo identificado con los objetos buenos.

#### ESCISIÓN DEL YO: EL PECHO IDEALIZADO Y EL SUPERYÓ

En la revisión de su planteamiento, Klein sugirió que el yo no podía escindir el objeto sin **escindir el yo** (1946/1975c, pp. 5-6; véase también 1958/1975c). Cuando el bebé lleva a su interior el pecho “bueno” y satisfactorio, este objeto fantasmal se experimenta como total o integrado. En contraste, el pecho “malo” dividido y frustrante se experimenta como fragmentado, “roto en pedazos”. Los buenos sentimientos que se derivan de tener dentro de uno un objeto satisfactorio pueden ser afectados por la angustia de tener también dentro un objeto malo fragmentado y pernicioso. Para mejorar la eficacia de la escisión como una defensa en contra de los objetos malos, el yo infantil idealiza la bondad de las imágenes de los objetos buenos. “La idealización está vinculada con la escisión del objeto, ya que los aspectos buenos del pecho se exageran como una salvaguarda en contra del temor al pecho persecutor” (Klein, 1946/1975c, p. 7).

Un motivo secundario también rige la idealización del objeto bueno. Como el bebé también es impulsado por sus necesidades instintivas de alimento y amor, se esfuerza por alcanzar la gratificación ilimitada de un objeto inagotable y siempre abundante, el pecho idealizado. Klein propuso que el proceso de idealización de partes escindidas del yo subyace a la formación del primer superyó. Para el final de los primeros seis meses de vida, la escisión del pecho en imágenes buenas y malas, la idealización y la identificación con el aspecto bueno constituyen la formación del superyó más temprano y primitivo (Klein, 1958/1975c, p. 239). Dicho de otra forma, un aspecto de la escisión del yo es la creación del superyó.

En mi opinión, la escisión del yo, por medio de la cual se forma el superyó, ocurre como consecuencia del conflicto en el yo, generado por la polaridad de dos pulsiones [el de vida y el de muerte]. Este conflicto es incrementado por su proyección así como por las introyecciones resultantes de los objetos bueno y malo. El yo, apoyado por el objeto bueno internalizado y fortalecido por la identificación con él, proyecta una parte de la pulsión de muerte en esa parte de sí mismo que ha sido escindida: una parte que en consecuencia llega a estar en oposición con el resto del yo y forma la base del superyó (Klein, 1958/1975c, p. 240).

Para Klein, el superyó es un producto de la escisión muy temprana del yo y la incorporación fantaseada de la madre

bueno (satisfactoria) y mala (frustrante) en lugar de ser, como en la versión de Freud, un depósito de la imagen del padre que castiga con la castración.

El objeto malo se mantiene a tanta distancia como sea posible del objeto generoso. Para este fin, el yo del bebé puede emplear la negación para borrar la conciencia de la existencia misma del objeto malo, junto con cualquier situación frustrante ligada en la fantasía a dicho objeto. Pero esta anulación selectiva de la realidad sólo funciona porque el niño se experimenta por cierto tiempo como todopoderoso, capaz de materializar la gratificación por la sola experiencia del deseo.

En el proceso de aniquilar el reconocimiento del objeto malo se elimina toda una serie de relaciones objetales y, junto con ellas, una parte del yo que las apoyaba (Klein, 1946/1975c, p. 7). En resumen, se escinden y se niegan los objetos fantasmales, los objetos reales, la relación entre ambos y la parte del yo que está activa en el proceso.

#### ESCISIÓN DEL ELLO: SEPARAR EL CONSCIENTE DEL INCONSCIENTE

Se necesita otra escisión estructural para afrontar las imágenes incorporadas y aterradoras del objeto malo que el bebé separó de los esfuerzos sádicos de su yo, la **escisión del ello**. De esta manera, los objetos persecutorios, aterradores e incontrolables (que como recordarás se derivan de las transformaciones en la fantasía de la madre y el padre) son “relegados a los estratos más profundos del inconsciente”, a la sección escindida del ello (Klein, 1958/1975c, p. 241), de lo cual resultan dos beneficios. Primero, el aspecto escindido del yo destinado a convertirse en superyó se tolera mejor una vez que esas imágenes espantosas se disocian en el inconsciente más profundo. Segundo, las imágenes “extremadamente malas” no se asimilan o aceptan en el superyó o en el yo. Permanecen disociadas como contenidos escindidos del ello, lo que Freud consideraba represiones primordiales.

Klein señaló que la escisión del yo es diferente de la escisión del ello. El yo tiene que fusionar imágenes y pulsiones contradictorias para crear su parte escindida del superyó. En contraste, cuando el ello se escinde tiene que ser “desactivado” de modo que las imágenes malas se separan de las buenas y luego se escinden o disocian. En resumen, el primer tipo de escisión asociado con el yo en última instancia da por resultado una síntesis, mientras que el segundo tipo asociado con el ello resulta en la disociación o en la represión primordial (Klein, 1958/1975c, pp. 243 ss).

Para Klein, incluso el mecanismo de defensa adulto de la represión es una clase de escisión mediante la cual el yo adulto totalmente integrado se “separa” de la amenaza inconsciente. En consecuencia, se podría suponer que otro sentido en que Klein utilizó el concepto de escisión es la división del contenido mental consciente del inconsciente, en contraste con la escisión estructural defensiva.

**ESCISIÓN DEL SÍ MISMO: IDENTIFICACIÓN PROYECTIVA**

Conforme avanza el desarrollo, Klein supuso que los primeros impulsos orales de incorporación y agresión son unidos por los impulsos agresivos anales y uretrales. El objeto bueno (el pecho idealizado) y el cuerpo de la madre como una extensión del pecho se convierten en los objetivos de los ataques del niño, lo cual se denomina **escisión del sí mismo**.

Los ataques, fantaseados, a la madre siguen dos líneas principales: una es el impulso predominantemente oral de exprimir, morder, vaciar y despojar al cuerpo de la madre de sus contenidos buenos... La otra línea de ataque se deriva de los impulsos anales y uretrales e implica expulsar las sustancias peligrosas (los excrementos) del sí mismo y dentro de la madre. Junto con esos excrementos dañinos, las partes expulsadas, odiadas y escindidas del yo también se proyectan sobre la madre o, mejor aún, dentro de la madre. Esos excrementos y partes malas del sí mismo no sólo pretenden lastimar, sino también controlar y tomar posesión del objeto. En la medida que la madre llegue a contener las partes malas del sí mismo, no se percibe como individuo separado, sino como el sí mismo malo (Klein, 1946/1975c, p. 8; *itálicas en el original*).

Existe incluso un bono a obtener en esta proyección y escisión. En la medida que el niño pueda idealizar las partes buenas del sí mismo que ha proyectado, puede reincorporar no sólo los aspectos buenos originales, sino los intensificados e idealizados que creó. Para el niño se trata en verdad de un mundo de toma y dar. Klein sugirió que el desarrollo normal es un equilibrio exquisito y delicado de grados óptimos de introyección y proyección (Klein, 1946/1975c, p. 11).

Klein llamó al proceso **identificación proyectiva** porque el niño puede proyectar el contenido del sí mismo en el obje-

to y luego recuperarlo por identificación. En cierto sentido, el bebé recibe lo que da: las proyecciones en su mayor parte hostiles dan por resultado identificaciones primordialmente hostiles. Pero otro aspecto de la identificación proyectiva es que la intención del niño es entrar por la fuerza al objeto para controlarlo. Esta estrategia puede fracasar durante la parte de identificación del ciclo. Cuando la identificación está en su cima, el yo del bebé puede sentir que otros lo están controlando o pueden tomar represalias por la intromisión violenta, o que su cuerpo y su mente pueden ser controlados por otros (Klein, 1946/1975c, p. 11).

**RELACIONES OBJETALES ESQUIZOIDES: CULPA, NARCISISMO E IDENTIFICACIÓN PROYECTIVA**

Debido a que el infante proyecta en el objeto la parte escindida odiada del sí mismo, a la larga se da cuenta de que ha puesto en peligro al objeto. El bebé siente culpa, al menos en la escasa medida en que puede experimentar responsabilidad, por otros que son representativos de la parte sádica del sí mismo. Por otro lado, la proyección y la escisión le permiten permitir que el objeto "malo" cargue parte de la culpa.

También existe un elemento narcisista en la identificación proyectiva. Después de todo, el bebé también está proyectando en el objeto aspectos buenos, a menudo idealizados, del sí mismo. Los objetos son amados y admirados porque son como el sí mismo. En consecuencia, las partes despreciadas del sí mismo pueden ser "escindidas" y proyectadas en otros. Al percibirse que se parecen al sí mismo inaceptable, los objetos que incorporan las proyecciones inaceptables se transforman en objetivos de odio. En cualquier caso, la posición esquizoide de la cual nunca salen algunos bebés asegura que

**Tabla 7.1 Los significados de la escisión en la teoría de Klein**

<i>Tipo de escisión</i>	<i>Definición y funciones</i>
Objeto	El pecho bueno y satisfactorio se escinde del pecho malo y persecutorio. <i>La primera defensa del bebé en contra de los objetos "malos".</i>
Relaciones objetales	El niño puede "odiar" al objeto malo y "amar" al objeto bueno (el pecho). <i>Defensa contra la culpa por los impulsos sádicos de destruir al objeto bueno.</i>
Yo	Debido a que el niño "incorpora" objetos dentro de sí mismo, por fuerza hay en el yo una escisión que es análoga a las escisiones en el objeto y a las relaciones con el mismo. <i>Edificación de la estructura: las partes escindidas están destinadas a convertirse en el superyó, pero sólo si pueden ser reintegradas.</i>
Ello	Los objetos fantasmales, aterradores y persecutorios, que el infante proyectó en los padres, se "escinden" del resto del inconsciente y se empujan a la zona "más profunda" del ello. <i>Disociación defensiva: esas imágenes escindidas nunca se reintegran y son como las "represiones primarias".</i>
Sí mismo	Las partes "malas", escindidas y odiadas, del yo y el sí mismo se escinden y se proyectan en la madre para dañarla y poseerla o controlarla. Algunas partes buenas del sí mismo también se escinden y se proyectan en la madre: los excrementos pretenden ser "regalos del sí mismo". <i>Construcción de la estructura por medio de la identificación proyectiva y la protección defensiva en contra de los objetos malos.</i>

sus relaciones objetales posteriores estarán marcadas por temas de control. Para la protección narcisista del sí mismo, el bebé debe dominar a la gente que lleva los fragmentos del sí mismo, escindidos y proyectados.

Si el niño no logra resolver la posición esquizoparanoide en su camino a la posición depresiva, existe también la posibilidad de que el desarrollo posterior del carácter se caracterice por un grado de artificialidad y falta de espontaneidad en la relación con los otros. Esta "frialidad" característica del estilo esquizoide refleja una alteración grave de un sí mismo que no ha logrado reintegrar los aspectos escindidos y proyectados por identificación con los objetos buenos disponibles. En la tabla 7.1 se resumen las distintas formas en que Klein aplicó el término *escisión* al proceso de desarrollo.

---

## REPARACIÓN: EL VÍNCULO ENTRE POSICIONES

La posición depresiva es la característica principal del desarrollo normal, ya que la forma en que el niño resuelva sus añoranzas depresivas establece la pauta para sus relaciones interpersonales íntimas posteriores. Cuando el bebé puede introyectar un objeto "total" casi al final de los primeros seis meses de vida, se reduce la escisión entre bueno y malo (y las correspondientes escisiones en el sí mismo y el yo). El niño empieza a construir una imagen más realista de la gente. Dado que ya no es tan grande la separación entre los aspectos amados y odiados del pecho y la madre, el bebé experimenta un sentido de pérdida o duelo cuando no dispone del objeto total. El precio que debe pagarse por este logro es un mayor sentido de culpa por el impulso sádico hacia el objeto, un avance en el desarrollo que marca la entrada del niño a la posición depresiva (Klein, 1946/1975c, p. 14).

### EL IMPULSO A LA REPARACIÓN FOMENTA LA INTEGRACIÓN DEL YO

Klein propone ahora en más detalle que la posición depresiva tiene un primer efecto benéfico de integración del yo fragmentado que había sido debilitado por su fase esquizoparanoide anterior de excesiva proyección y escisión. La depresión, una reacción infantil al daño fantaseado que se ocasionó al objeto amoroso, genera esfuerzos por reparar o restaurar el objeto. Este "impulso de reparación" exhibido por el yo infantil durante el segundo semestre de vida se mantiene en efecto los siguientes años de la niñez. A medida que la creciente capacidad del niño para procesar la realidad de forma más realista mejora su adaptación al mundo, la posición depresiva es "entendida" como una parte del desarrollo emocional normal. Sin embargo, si la posición esquizoparanoide anterior no fue conducida con éxito, también se pone en riesgo una solución exitosa de la posición

depresiva. En esas circunstancias, el impacto de la depresión y la angustia de la posición depresiva puede por tanto señalar no una progresión del desarrollo sino el inicio de un círculo vicioso:

Debido a que el temor persecutorio y los correspondientes mecanismos esquizoides son demasiado fuertes, el yo no es capaz de entender la posición depresiva. Esto lo obliga a regresar a la posición esquizoparanoide y fortalece los temores persecutorios y los fenómenos esquizoides previos. En consecuencia, se establece la base para diversas formas de esquizofrenia en la vida posterior; para cuando ocurre una regresión, no sólo están reforzados los puntos de fijación en la posición esquizoide, sino que existe el peligro de que se afiancen estados de desintegración más grandes. Otro resultado puede ser el fortalecimiento de las características depresivas (Klein, 1946/1975c, p. 15).

Klein sostuvo de manera categórica que durante el desarrollo normal no puede trazarse una línea precisa entre los sentimientos de persecución experimentados en la posición esquizoparanoide y la angustia culpable en la posición depresiva. Uno escala gradualmente en el otro y en la vida posterior persisten elementos de ambas posiciones.

---

## ENVIDIA Y GRATITUD: EL PECHO SIEMPRE GENEROSO, TOLERANTE Y ABUNDANTE

Desde el punto de vista del niño, el pecho bueno es una fuente inagotable y siempre presente de todo lo que es satisfactorio. El pecho bueno es el aliado más poderoso que el bebé puede reclutar para protegerse de sus propios impulsos destructivos. El pecho bueno es tan poderoso, tan generoso, tan satisfactorio, que el niño lo envidia y sospecha que éste se guarda egoístamente para sí parte de la leche, amor y poder ilimitado (Klein, 1957/1975c, p. 183).

### DISTINCIÓN ENTRE ENVIDIA, CELOS Y VORACIDAD

Klein distinguió entre los significados de tres términos relacionados: envidia, celos y voracidad. La **envidia** es un sentimiento de enojo porque otra persona posee y disfruta algo deseable. La persona envidiosa quiere llevarse el objeto del deseo y, si eso no es posible, arruinar el objeto de la envidia de modo que nadie pueda disfrutarlo. En contraste, los **celos** se encuentran en la relación amorosa entre dos personas. Cuando una de ellas siente que existe el peligro de que un rival le arrebatase ese amor, se siente *celosa* del rival. El objeto amado no es en sí el blanco de la emoción y no corre peligro de ser dañado. La **voracidad** es un término relacionado que indica un deseo impetuoso e insaciable que excede lo que el objeto amado puede dar y lo que la persona voraz en verdad necesita (Klein, 1957/1975c, p. 181). En resumen, la persona

envidiosa no puede tolerar que alguien más posea lo bueno, la persona celosa teme perder lo bueno y la persona voraz nunca está satisfecha con ninguna cantidad de lo bueno.

#### ENVIDIA PRIMARIA DEL PECHO

Klein extiende ahora sus descripciones anteriores de los efectos de la frustración para incluir los sentimientos de envidia del infante por un pecho miserable y mezquino que parece privarlo al guardar para sí lo que el niño quiere: leche, cuidado, amor. Pero el pecho bueno también puede ser envidiado. “La misma facilidad con que llega la leche —aunque el bebé se siente gratificado por ella— también da lugar a la envidia porque este don parece algo inalcanzable” (Klein, 1957/1975c, p. 183).

#### LA ENVIDIA EXPRESADA COMO QUEJA EN EL ANÁLISIS

Klein señaló que dentro de la relación de transferencia con el psicoanalista en la terapia existe un paralelo de esta envidia infantil. Por ejemplo, cuando el analista proporciona una interpretación que trae alivio y cambia el estado de ánimo del paciente de la desesperación a la esperanza, algunos pacientes responden con enojo y críticas destructivas al analista. La interpretación que al inicio se experimentó como enriquecedora y alentadora pronto se experimenta como “no lo suficientemente buena”. El paciente envidioso se enfoca en detalles muchas veces triviales y se llena de críticas al psicoanalista:

El paciente envidioso no le perdona al analista el éxito de su trabajo; y si siente que el analista y la ayuda que está recibiendo se han estropeado y devaluado por su crítica envidiosa, no puede introyectarlo lo suficiente como un objeto bueno ni aceptar y asimilar sus interpretaciones con verdadera convicción (Klein, 1957/1975c, p. 184).

Al sentirse culpable por devaluar la ayuda que recibe en análisis, el paciente envidioso también siente que no merece beneficiarse del análisis.

La persona paranoide suele emplear una estratagema de devaluación diferente, pero relacionada. El paciente paranoide, con una propensión particular a ocultar al analista las partes escindidas del sí mismo, hostiles y envidiosas, ejerce una especie de venganza solapada contra el analista eficaz que espera gratitud de su parte. El paciente paranoide no puede permitir que el sí mismo experimente gratitud o que contraiga alguna deuda psicológica con el terapeuta. Estos pacientes tienen gran necesidad de devaluar al terapeuta, para lo cual frustran sus esfuerzos y arruinan cualquier cosa buena que pueda resultar del proceso. Al menospreciar los esfuerzos del analista se experimenta una especie de placer perverso sádico, aunque contraproducente. Esta estrategia de arruinar la relación terapéutica es alimentada

por los sentimientos escindidos de envidia que experimenta el paciente en relación con el terapeuta. De este modo, la envidia patológica impide cualquier posibilidad de que se asimilen, de manera significativa, las interpretaciones del analista.

Los pacientes que se confunden y expresan, de manera abierta, sus dudas acerca del significado de las interpretaciones emplean una defensa para no reconocer la envidia insostenible. Su confusión es una manera de sustituir la crítica abierta al analista con expresiones de duda. Klein propuso que dicha confusión surge de las alteraciones más tempranas posibles en la relación objetal. Dichos pacientes, en su infancia, no pudieron mantener separadas las imágenes del pecho bueno y el malo por la fuerza abrumadora de sus temores esquizoparanoide y depresivo. Esos niños no separan los sentimientos de amor y odio y por consiguiente los confunde qué podría ser un pecho bueno (seguro) y qué podría ser un pecho malo (perseguidor). Los bebés que no pueden mantener, de manera adecuada, la escisión entre bueno y malo nunca saben si van a succionar o serán exprimidos, si morderán o serán mordidos.

Para ambos tipos de pacientes, los orígenes infantiles de su envidia contemporánea incluyen los sentimientos de que el pecho no estaba disponible cuando se deseaba o que proporcionaba la leche muy rápido o muy lento. Esos niños pueden haberse apartado del pecho para chuparse los dedos por un tiempo. Cuando al final aceptan el pecho, quizá no bebieron lo suficiente para satisfacer su hambre. Algunos bebés superan sus agravios y a la larga disfrutan de la alimentación, pero otros parecen incapaces de ser colmados incluso por un pecho satisfactorio, igual que algunos pacientes parecen no poder aceptar el bien que puede brindarles el psicoanalista (Klein, 1957/1975c, p. 185). Sin embargo, en esencia lo que el bebé más quiere del pecho abundante, y se queja por no recibirlo, es un sentido de seguridad y, además, protección de sus propios impulsos destructivos y aterradores.

#### ENVIDIA EXCESIVA: ESTROPEAR EL PECHO

La envidia intenta estropear el objeto primario envidiado. Los ataques sádicos al pecho son intensificados por la envidia, en ocasiones al punto de que el objeto pierde por completo su valor. El pecho se ha vuelto “malo” por ser mordido. La voracidad, la envidia y la angustia persecutoria, todas unidas, se intensifican entre sí e incrementan el nivel de impulsos destructivos del infante hacia la madre. El objeto bueno nunca se introyecta del todo o de manera confiable. Las dudas acerca de la confiabilidad, bondad y generosidad del objeto bueno tienen repercusiones para las relaciones objetales posteriores. Los adultos que no pudieron introyectar por completo al objeto bueno exhiben un mal juicio acerca de los demás, por lo que de manera reiterada entran y salen de relaciones íntimas inapropiadas.

## GRATITUD Y AMOR: LA DICHA DEL PECHO Y LA CONFIANZA EN UNO MISMO

El bebé que puede superar sus propios impulsos destructivos, que incorpora una imagen objetal estable y cariñosa del pecho bueno y la madre buena, puede amar. Klein reconocía que la mayoría de los bebés reciben cierto placer del pecho. La gratificación plena en el pecho significa que el bebé siente que ha recibido un presente único de su objeto amado (Klein, 1957/1975c, p. 188). La gratitud es también la base de la confianza. Cuando el niño se siente agradecido por el sustento y la seguridad que le brinda el pecho, empieza una relación objetal basada en sentimientos positivos y confianza en el objeto. Dichos sentimientos se convierten en la base de sus sentimientos posteriores de conexión con otras personas, placer por su felicidad y confianza en sus capacidades de corresponder. La protección confiable incrementa la probabilidad de que se desarrolle esa confianza.

Freud (1905) describió la “dicha” de un bebé al mamar el pecho como el prototipo de todas las satisfacciones sexuales posteriores. Klein extendió este concepto freudiano para sugerir que la dicha en el pecho tiene una influencia todavía mayor al permitir relaciones íntimas posteriores, sentimientos de amor por los demás y sentimientos de ser plenamente comprendido por los otros. Tal vez más importante, Klein planteó que conferir al objeto bueno nuestros sentimientos de confianza permite que el niño empiece a desarrollar un sentido de confianza en sí mismo (Klein, 1957/1975c, p. 188).

---

## DEFENSA CONTRA LA ENVIDIA: EL MÁS MORTAL DE LOS PECADOS

Hacia el final de su carrera, Klein propuso la importancia de la envidia y la gratitud. Un indicador de la importancia que atribuyó a esos nuevos conceptos fue su comprensión de las razones por las cuales podría considerarse a la envidia como el peor de los pecados.

Sugeriría incluso que ésta [la envidia] se siente inconscientemente como el mayor de los pecados porque estropea y daña al objeto bueno que es la fuente de vida... Los sentimientos de haber lastimado y destruido al objeto primordial afectan la confianza del individuo en la sinceridad de sus relaciones posteriores y lo hace dudar de su capacidad para el amor y la bondad (Klein, 1957/1975c, p. 189).

Cuando el yo del bebé se siente abrumado por la envidia, puede recurrir a una serie de defensas primitivas en su contra. Algunas de esas defensas pueden desarrollarse en características de la personalidad adulta que tienen el potencial de destruir las relaciones interpersonales. Klein enumeró ocho defensas contra la envidia:

- *Idealización.* En principio, Klein describió los esfuerzos del bebé por idealizar al pecho bueno como una protección contra la persecución del pecho malo. Ahora extiende su concepto para incluir a la **idealización** como un medio de proteger al sí mismo de la envidia del objeto bueno. Indicó que en el caso de los niños en los que había fracasado el proceso normal de escisión del objeto en bueno y malo, “se exalta con fuerza al objeto y sus dones en un intento por disminuir la envidia” (Klein, 1957/1975c, p. 216).
- *Confusión.* Recuerda la confusión y las dudas del paciente resistente en terapia. Para el niño que no puede lograr la escisión normal del objeto, el resultado es la confusión entre bueno y malo, amor y odio. “Al confundirse respecto a si un sustituto de la figura original es bueno o malo, hasta cierto grado se contrarrestan la persecución y la culpa por estropear y atacar al objeto primordial por envidia” (Klein, 1957/1975c, p. 216). En una forma extrema, dicha confusión puede preparar el terreno para que más adelante en la adultez se presenten estados psicóticos de delirio e indecisión obsesiva.
- *Huida de la madre hacia otro.* Tanto los bebés como los adultos aprenden a evitar a la gente admirada porque les recuerda al objeto primordial envidiado, la madre. De esta manera, protegen al pecho (y a la madre) de la destructividad de su envidia. Algo más tarde en la vida, dicha conducta puede dar lugar a relaciones promiscuas en que la persona huye de un objeto amado al siguiente (Klein, 1957/1975c, p. 217).
- *Devaluación del objeto.* El daño y la **devaluación** son inherentes a la envidia. Un objeto amoroso devaluado o estropeado no tiene que ser envidiado. Incluso los objetos idealizados son sometidos a dicha devaluación; de hecho, pueden ser más vulnerables a ella. La devaluación es acompañada por un sentido de ingratitud y por la expresión de quejas acerca de los defectos del objeto.
- *Devaluación del sí mismo.* Algunos adultos son incapaces de usar o aprovechar sus talentos y capacidades. Al negar sus propias competencias evitan la envidia y rivalidad con figuras admiradas que pueden proporcionar ocasiones para comparaciones competitivas poco favorecedoras. Como hemos visto, incluso en análisis el paciente puede admirar y, por consiguiente, envidiar al psicoanalista. Algunos pacientes sólo pueden mantener una relación con el analista mediante la devaluación posterior del sí mismo.
- *Voracidad de lo bueno.* Al incorporar de manera voraz y rapaz al objeto bueno y admirado, el niño puede creer que lo posee y lo controla en su totalidad. Por tanto, todos los buenos atributos del objeto se vuelven suyos.
- *Despertar envidia en otros.* Una maniobra frecuente de los adultos para vencer la envidia es despertarla en otros. De un golpe, se invierten las situaciones del sujeto envidioso y el objeto envidiado. Klein sugirió que este méto-

do es en particular ineficaz porque resulta contraproducente y crea la inquietud de ser perseguido. Klein sugirió que otra razón por la que esta defensa es tan precaria es su vínculo con la posición depresiva. “El deseo de despertar envidia en otras personas, en especial las queridas, y de triunfar sobre ellas da lugar a la culpa y al temor de lastimarlas. La angustia provocada afecta el disfrute de las propias posesiones e incrementa de nuevo la envidia” (Klein, 1957/1975c, pp. 218-219).

*Amor sofocado y odio intensificado.* Una forma de impedir la envidia es negar el amor por el objeto admirado y en lugar de eso expresar odio por él. Freud se refirió a dicha transformación del impulso en sus opuestos como la defensa de la formación reactiva. De esta forma se evita la combinación más dolorosa de amor, odio, culpa y envidia. Es posible que en la superficie no sea evidente el odio, pero puede observarse un grado de indiferencia estudiada o frialdad hacia los otros. Una estratagema afín consiste sólo en renunciar a toda intimidad.

Para el niño que no puede manejar adecuadamente la posición persecutoria esquizoparanoide, esas defensas pueden señalar graves alteraciones de personalidad posteriores.

Sin embargo, para el niño que alcanza la posición depresiva y puede manejar sus sentimientos de depresión y culpa, el resultado es más favorable. Ese niño no sólo puede aprender a contener sus impulsos destructivos, sino también a interesarse por el objeto admirado en lugar de envidiarlo.

---

## ALGUNAS FUENTES PERSONALES DE LA VISIÓN DE KLEIN DEL MUNDO DEL INFANTE

Klein imaginaba el mundo subjetivo del bebé como un lugar atemorizante como de fantasía psicótica, necesidad y deseo de tipo psicótico. Impulsado por el temor, el sadismo, odio y más odio, triunfo y envidia, el bebé kleiniano al parecer experimenta poca felicidad. Incluso los triunfos conducen no a la satisfacción final, sino a la culpa. Para el bebé kleiniano la vida es difícil: terriblemente difícil de soportar o dominar, casi imposible de comprender y mezquina en sus recompensas. No sorprende que Klein pensara que los bebés estaban enojados.

Las opiniones de Klein sobre el mundo subjetivo del niño son especulativas e inferenciales. Pero ¿cuál fue su sentido de la experiencia de la infancia que guió esas inferencias? Cuando Melanie tenía cuatro años, la hermana más cercana a su edad, Sidonie (de ocho años), murió de una forma particularmente virulenta de tuberculosis glandular. Ambas habían disfrutado de una relación en particular cercana. Sidonie trataba a su hermana menor con una generosidad memorable, lo que contrastaba mucho con sus hermanos mayores que

tenían menos tolerancia por su hermana menor y solían hacerla blanco de sus bromas.

La muerte de Sidonie fue la primera de muchas que Melanie Klein habría de experimentar en su larga vida, y cada una de las pérdidas que soportó alimentó sus primeros temores de enfermedad y muerte (Grosskurth, 1986, p. 15). Durante su vida adulta se repitieron periodos importantes de duelo no resuelto, sentimientos de vulnerabilidad ansiosos por su propia muerte y episodios de depresión declarada. Es probable que esos síntomas tuvieran su origen en esas experiencias tempranas de enfermedad y muerte (comparar con Sayers, 1991, p. 206). Como veremos, los sentimientos de vulnerabilidad física y susceptibilidad a la enfermedad de la joven Melanie a menudo fueron alimentados, si no es que manipulados, por su madre.

## UNA MADRE ENTROMETIDA Y UN PADRE DISTANTE

Libussa Deutsch Reizes (1852-1914), la madre de Melanie, era una persona inteligente, tenaz, llena de energía, pero muy entrometida. Libussa, que era 24 años menor que su marido, tenía unos 25 años cuando la pareja se estableció en una ciudad austriaca para criar a sus primeros tres hijos. Para 1882, el año en que nació Melanie, la familia se había trasladado a la ciudad capital de Viena. Moriz Reizes (1828-1900), el padre de Melanie, era un médico general. Melanie y su madre advirtieron que la posición social de su familia era menor que la del lado materno de la familia. Melanie consideraba al clan de su madre como “lleno de conocimiento y educación”, mientras que los familiares paternos eran en buena parte objeto de desdén (Grosskurth, 1986, p. 7).

Melanie quería sentirse cercana a su padre y observar cosas de él que pudiese admirar, como su conocimiento de al menos diez idiomas. Pero tenía pocos recuerdos de momentos felices con él y ninguno en que su padre hubiese jugado con ella. Atribuía este abandono a la edad del padre (un “cincuentón”) cuando era una niña. Una anécdota favorita de su niñez acerca de su padre hablaba de su valiente conducta durante una epidemia de cólera en un poblado polaco. No obstante, como médico judío polaco en una Viena antisemita, la práctica médica de Moriz fracasó. La familia lo consideraba inútil, invisible e irrelevante.

Era claro que Libussa Reizes era el miembro dominante de la familia. Es indudable que el hecho de que Melanie creciera observando de primera mano un matriarcado moldeó su actitud hacia su madre, hacia la maternidad en general y hacia sí misma en particular (Grosskurth, 1986, pp. 7, 18). Para mejorar las finanzas familiares, Libussa abrió una tienda donde vendía plantas y reptiles con gran éxito. En opinión de Melanie, los esfuerzos de su madre fueron cruciales para la supervivencia de la familia (Sayers, 1991, p. 206).

A medida que su padre envejecía, Melanie lo percibía cada vez más inútil y distante. En sus recuerdos, su padre

no sólo había envejecido, sino que también se había vuelto senil. Moriz Reizes murió de neumonía el 6 de abril de 1900 y su muerte creó aún mayores dificultades financieras para la familia. Al parecer, Libussa pasó el resto de su vida preocupada por el dinero y por la supuesta mala salud de Melanie.

Melanie tenía 17 años cuando su primo segundo de 21 años, Arthur Klein, le propuso matrimonio (Grosskurth, 1986, p. 19). Ella tenía planes de asistir a la escuela de medicina como su padre, pero los abandonó cuando conoció a Arthur. Arthur y Melanie decidieron posponer por unos años su matrimonio, hasta que las circunstancias económicas se estabilizaran y él pudiera solventar una vida cómoda. En ese entonces era un estudiante que preparaba graduarse en ingeniería química, y sus perspectivas parecían muy buenas. Sin embargo, en el curso de unos años Melanie se encontró atrapada en un compromiso muy largo con un hombre al que descubrió que en realidad no amaba.

La siguiente década y media fue un periodo en que Melanie por fin se casó y se convirtió en madre. Como madre, Klein a menudo estaba deprimida y trastornada, con el resultado aparente de que sus hijos crearon fantasías cargadas de ira sobre ella. Melanie todavía era sofocada por su dominante madre y sufrió muchas pérdidas devastadoras de seres queridos. Al inicio de sus treinta, durante un periodo continuo de infelicidad, Melanie leyó el breve ensayo de Freud (1900 y 1901) "Sobre los sueños" y quedó convencida de que había encontrado la respuesta a su aflicción personal. Además del alivio emocional que la terapia freudiana parecía prometer, el psicoanálisis como empresa intelectual le brindaría una forma sustituta de alcanzar sus intereses profesionales, bloqueados durante tanto tiempo, por la medicina (Grosskurth, 1986, p. 68).

Melanie buscó tratamiento psicoanalítico para su continua depresión, intensificada por la muerte reciente de Libussa, con el destacado psicoanalista húngaro Sandor Ferenczi (1873-1933), quien era un analista muy destacado de Budapest. Durante un largo periodo Ferenczi fue confidente y colega cercano de Sigmund Freud, con quien se sometió a un análisis personal en 1914 y 1916. En algún momento alrededor de 1914, Sandor Ferenczi fue el primero en sugerir a su paciente Melanie Klein que el análisis infantil podría beneficiarse de sus habilidades únicas. La figura 7.1 muestra a Melanie por el tiempo de su análisis con Ferenczi.

#### LAS IMPLICACIONES DE LAS FUENTES PERSONALES DE KLEIN

Es muy probable que las experiencias de Melanie con la dominante y entrometida Libussa Reizes alimentaran su ira. La total indiferencia del casi invisible Moriz Reizes sólo podía facilitar la construcción del matriarcado Reizes por parte de Libussa. El anhelo de Melanie por un padre competente se vio frustrado. Su madre y su hermano la convencieron de que había sido una hija "no esperada" y la "carga más pesa-



**Figura 7.1 Una Melanie Klein de aspecto triste.** Esta fotografía fue tomada por la época en que Melanie Klein sufrió una serie de pérdidas y buscó psicoterapia para su depresión con el psicoanalista Sandor Ferenczi. (Grosskurth, 1986, *opp.* p. 148).

da" para su madre. La creencia de Klein de que había sido una hija no planeada y amada a regañadientes entre sus hermanos más favorecidos le infundió, además de enojo, una profunda curiosidad acerca de su vida. Esta búsqueda de autoconocimiento y, en última instancia, curación, se convirtió en la búsqueda de toda su vida.

El concepto de la madre como una bruja malvada devoradora no carecía de precedentes en su experiencia y no era del todo difícil de aceptar. Entendió que la imagen materna fantasmal creada por los niños era determinada en gran parte por el carácter de la relación entre la madre y el niño en ese momento, y supuso que así debía ser para todos los niños. No hay duda de que Melanie aplicó este razonamiento a sus sentimientos conflictivos hacia Libussa y de ese modo protegió a su madre de mucho enojo. Usados de esta forma, los conceptos de fantasma y de objetos escindidos son constructos teóricos y racionalizaciones para la protección personal.

Además, siendo adulta, las experiencias de Melanie con sus propios hijos dieron lugar al descubrimiento de que las madres pueden ser vistas como brujas malignas y devoradoras o como compañeras reconfortantes y dignas de confianza. Tal como ella había experimentado a su propia madre, Melanie Klein debe haber sido experimentada como entrometida y manipuladora por los hijos a los que empleó como pacientes psicoanalíticos. No sorprende que Klein propusiera al temor de ser atacada, devorada o aniquilada por la madre como la situación de peligro fundamental y universal entre las mujeres.

En particular para Klein, el camino al psicoanálisis había sido preparado por la depresión crónica y los sentimientos intolerables de falta de valía. Ella estaba especialmente alerta a esos sentimientos en otros. Si el enojo es la primera reacción a sentirse no deseado o inferior, el segundo es la curiosidad.

Los pensadores creativos trascienden el agravio inmediato para preguntar el significado de lo que experimentan. Esas personas quieren saber si otros comparten un dolor personal similar y, de ser así, ¿qué tan similar? Klein se sorprendió enfocada en esta versión del acertijo: ¿cómo pueden ser tan contradictorias las relaciones? Para ella quedaba claro que incluso las primeras relaciones generan placer junto con dolor. Producen caos y, por consiguiente, instigan la necesidad de orden. Las relaciones desencadenan ira, pero ésta provoca culpa y angustia. El amor y la admiración ponen al niño en la vía rápida a la envidia. Esas experiencias contradictorias eran las que Melanie Klein conocía mejor y de manera más íntima y las que decidió universalizar.

## UNA ÚLTIMA PALABRA SOBRE MELANIE KLEIN

Melanie Klein aprendió de sus propias relaciones que las personas a las que uno está más apegado también son las que pueden provocar el enojo más profundo y la mayor envidia. Es inevitable que ese odio por las personas más cercanas dé lugar a la culpa; lo más doloroso es que cuando esas personas desaparecen, porque murieron o se distanciaron, sólo permanece constante el residuo de la culpa no resuelta encajado en la finalidad de la pérdida. En el centro de la visión kleiniana del mundo se encontraba el poder crudo del sentimiento, no de la razón. El hincapié que hizo Melanie Klein en lo irracional se hace evidente en su insistencia del caos de los fantasmas infantiles, la agresión, el amor y la reparación impulsada por la culpa.

**D. W. Winnicott**

**Nace:** 1896 en Plymouth, Inglaterra

**Muere:** 1971 en Londres, Inglaterra

## UN ANALISTA INFANTIL CREATIVO Y CON SENTIDO COMÚN

Donald Woods Winnicott, un pediatra convertido en analista infantil, trajo al tratamiento de los niños sentido común y una espontaneidad irónica. D. W. Winnicott era moderado en su retórica, pragmático y divertido en su estilo clínico y feroz protector de su independencia intelectual. Por encima de todas sus otras cualidades, Winnicott dominaba el arte de comunicarse con los niños. Podía ser jugueteón con los chicos y tenía el don de ayudarlos a sentirse a salvo y seguros en su presencia.

Tres anécdotas permiten vislumbrar el enfoque terapéutico de Winnicott. La primera, a la que llamamos “el garabato”, muestra su técnica práctica de “usa lo que tengas” con los niños. La segunda, “la espátula”, expone el encanto de Winnicott, una mezcla graciosa de fantasía e ingenio. La sección del “niffle” proporciona una visión de primer plano del estilo personal de Winnicott.

### EL GARABATO

Cuando empezaba a trabajar con un niño, Winnicott solía dibujar en un papel una línea de aspecto aleatorio o un garabato detallado, pero ambiguo. Luego invitaba al niño a “hacer algo” a partir del garabato y lo alentaba a hablar acerca del dibujo y de su posible significado. Luego venía

su turno, animaba al niño a crear un garabato que Winnicott, con su talento para dibujar, podía convertir en una ilustración con significado. Las creaciones de Winnicott, por lo general, eran mejores que cualquier cosa que pudiera lograr el niño con los garabatos y no se mostraba reticente a señalar este hecho. La figura 7.2 ilustra el uso que hizo Winnicott de los garabatos con un paciente de 12 años llamado Patrick.

A Winnicott le gustaba en ocasiones completar el garabato del niño con un dibujo irónico o cómico acompañado de comentarios graciosos o incluso a todas luces absurdos. Un juego de palabras como el del Dr. Seuss. Garabato a garabato, Winnicott permitía que el niño contara sin prisas la historia de su mundo, a menudo de manera inconexa, siempre en forma interactiva. Luego de varias “consultas” con el doctor Winnicott, los niños antes inhibidos aprendían a expresarse por medio del juego.

### LA ESPÁTULA

Winnicott inventó una técnica diferente para facilitar la comunicación con los bebés. La sala de espera de su consultorio en el Paddington Green Hospital a menudo estaba abarrotada de madres con sus bebés. Al entrar, una a una, al consultorio de Winnicott tenían que hacer un recorrido más bien largo de la puerta al escritorio frente al cual había una silla donde la madre se sentaba con el bebé en su regazo.



**Figura 7.2 Garabatos dibujados por un niño de 12 años.** Patrick hizo el elefante del cuadro izquierdo (1) a partir del garabato dibujado por Winnicott. El cuadro central (3) muestra la transformación que hizo Winnicott del garabato de Patrick en lo que éste llamó "madre cargando a un bebé". Algún tiempo después, Patrick hizo el inusitado dibujo de la derecha (11) a partir del garabato de Winnicott. Lo describió como una persona "que se resbaló con la comida de algún perro" y que tal vez se burlaba de alguien, quizá Winnicott. El recuadro en el ángulo inferior de cada cuadro muestra los esbozos probables de los garabatos iniciales, los cuales son más evidentes en los originales como variaciones de la densidad de la línea. (Winnicott, 1965b, pp. 344, 346).

El largo recorrido brindaba a Winnicott la oportunidad de observar la manera en que la madre conducía al niño y la conducta de ambos cuando entraban a la consulta.

Luego invitaba a la madre y al niño a sentarse junto a una mesa en la que había colocado un brillante abatelenguas de acero, una "espátula". Winnicott indicaba a la madre y a cualquier observador presente la manera precisa de comportarse, en especial acerca de la necesidad de restringir su entusiasmo natural por inducir al niño.

...Le pido a la madre que se siente frente a mí con el ángulo de la mesa entre ambos. Ella se sienta con el bebé sobre su rodilla. Como una rutina, coloco un brillante abatelenguas rectangular en el borde de la mesa e invito a la madre a que coloque al niño de tal forma que éste pueda manipular la espátula si así lo desea. Por lo general, la madre entiende de qué se trata y para mí es fácil describirle gradualmente que debe haber un periodo en que ella y yo contribuiremos tan poco como sea posible a la situación, de modo que lo que suceda pueda atribuirse con justicia a la cuenta del niño. Usted puede imaginar que en su capacidad o su relativa incapacidad para seguir esta sugerencia, las madres muestran algo de cómo son en casa; si les causa ansiedad la posibilidad de una infección o si tienen fuertes sentimientos morales en contra de llevarse las cosas a la boca, si se precipitan o se mueven de manera impulsiva, esas características aparecen (1941/1992, pp. 52-53).

A la larga, la "situación preparada" por Winnicott, como él la llamaba, se convirtió en un proceso adecuado para evaluar la personalidad de la madre y el niño. A pesar de las instrucciones de Winnicott de permanecer en silencio e inmóviles, algunas madres no aceptaban las sugerencias planteadas. Por ejemplo, Winnicott observó a madres que "tienen una objeción arraigada a que el niño manipule los objetos y se los lleve a la boca", y que comunicaban a sus hijos su repulsión de maneras sutiles y no tan sutiles. Madres impul-

sivas y ansiosas que no podían restringir su impaciencia por tranquilizar y consolar a sus bebés. Esa impaciencia excesiva por apaciguar al niño a menudo tenía el efecto paradójico de interferir con su esfuerzo espontáneo por enfrentar la situación. Las madres competitivas veían la situación preparada como una prueba de inteligencia. Esas madres preparaban y empujaban de manera impertinente a sus hijos hacia lo que pensaban que era el "éxito": agarrar la espátula (1941/1992, p. 59).

A partir de sus observaciones de bebés que iban de cuatro a 13 meses, Winnicott describió tres etapas. La inicial, llamada el *periodo de vacilación*, consiste en una calma y expectación inicial con poca acción manifiesta. En la segunda etapa, el bebé agarra la espátula y exhibe confianza y satisfacción al tomar posesión y ejercer control sobre ella. Por último, el niño se torna juguetón y de manera deliberada deja caer el juguete improvisado para escuchar cómo suena en el piso. En esta tercera etapa algunos niños incluso atraen la colaboración de un adulto para "perder" y "encontrar", en forma repetida, la espátula que se dejó caer. La tabla 7.2 proporciona un resumen más detallado del progreso de un niño típico por las tres etapas.

Winnicott pensaba que la primera etapa de la tabla 7.2, o periodo de vacilación, era de especial importancia para revelar las reacciones emocionales típicas de los bebés en las situaciones desconocidas. Para la mayoría de los infantes normales, el periodo de vacilación puede describirse con más precisión como apenas un momento de expectación. Según observó Winnicott en miles de casos, por lo regular, los bebés superan con rapidez su indecisión inicial porque el deseo y la curiosidad se hacen más intensos que su ansiedad. A medida que aumenta la confianza en sí mismo, la acción reemplaza a la indecisión. El deleite desplaza a la demora. La ansiedad se evapora. El precio es aprovechado. A medida

**Tabla 7.2 Conducta de los bebés normales de 4 a 13 meses en la "situación preparada (espátula)" de Winnicott**

<i>Etapa</i>	<i>Conducta del bebé</i>	<i>Evidencia de ansiedad</i>
1. Periodo de vacilación ( <i>expectación y calma</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantiene el cuerpo inmóvil. Expectante, pero no rígido.</li> <li>• Toca la espátula, con vacilación y cautela.</li> <li>• Abre los ojos con expectación, mira a los adultos.</li> <li>• En ocasiones pierde el interés y oculta la cara.</li> <li>• Vacilación momentánea para reunir valor y aceptar la realidad de su deseo de tocar la espátula.</li> </ul>	Inhibido. Oculta la cara en el regazo de la madre. Ignora por completo la espátula o la agarra y la avienta de inmediato.
2. Juego confiado y colaborativo ( <i>posesión y control</i> ).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alcanza la espátula con decisión.</li> <li>• El entusiasmo e interés se reflejan en cambios en la boca del bebé: el interior se vuelve blando, la saliva fluye de manera copiosa, la lengua parece gruesa y suave.</li> <li>• Explora la espátula con la boca.</li> <li>• Exhibe confianza en que posee la espátula y en que tiene control (¿mágico?) de ella.</li> <li>• Juega con la espátula, la golpea contra la mesa o con un bol de metal cercano para hacer tanto ruido como sea posible.</li> <li>• Desea jugar a ser alimentado con un adulto como colaborador, pero se molesta si el adulto "estropea" el juego al llevar la espátula en realidad a la boca.</li> <li>• No muestra desilusión evidente de que la espátula no sea comestible.</li> </ul>	Vacilación persistente, prolongada. Se necesita fuerza bruta para acercar la espátula al bebé o ponerla en su boca con el malestar, llanto, cólico o gritos resultantes. Movimientos corporales sueltos y flexibles ligados a la espátula.
3. Despedida y restauración ( <i>pérdida y regreso</i> ).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deja caer la espátula como si fuera por error.</li> <li>• Satisfacción cuando es recuperada.</li> <li>• La deja caer deliberadamente después de que es devuelta.</li> <li>• Disfruta de manera enérgica cuando se deshace de la espátula, en especial si hace sonido al dejarla caer.</li> </ul>	Repetición persistente (compulsiva) de la despedida y la restauración, sin evidencia de aburrimiento o de disminución del interés.

Basado en la descripción de Winnicott, 1941/1992.

que la espátula entra a la boca del niño es acompañada por babeo y arrullos. Winnicott también observó que a los bebés ansiosos les resultaba difícil dominar su vacilación y que era común que prolongaran, de manera indefinida, su demora. En contraste, algunos bebés con ansiedad impulsiva sorteaban por completo el periodo de vacilación y de inmediato tomaban la espátula para lanzarla al piso.

Cuando Winnicott escribió su primer trabajo en el que describía su técnica de observación engañosamente simple, se encontraba aún en las primeras fases de aprendizaje del psicoanálisis infantil. Las ideas de Melanie Klein tuvieron una gran influencia en la formación de Winnicott, quien intentó interpretar el significado simbólico de la espátula para el niño. Propuso la hipótesis de que para el niño la espátula significaba un pecho, un pene e incluso una persona o "pedazos" de una persona (1941/1992, p. 61). Por fortuna, a la larga las predilecciones empíricas y el buen sentido de Winnicott prevalecieron sobre su entusiasmo inicial por las especulaciones kleinianas. Pudo ver que la "situación preparada" era una ventana a las negociaciones interpersonales y la madurez emocional del bebé (1941/1992, pp. 64-65).

## EL "NIFFLE"

Tom, de cinco años de edad, resultó lesionado mientras estaba de vacaciones con su familia por lo que tuvo que ser llevado a una ciudad distante para ser hospitalizado. Aunque su madre lo acompañó, a la larga lo dejó solo en el hospital. A Tom le resultaba muy difícil dormir sin lo que él llamaba su "niffle", que era un cuadrado de material tejido obtenido de un chal de lana. De hecho, habían existido tres niffles, pero sólo uno de ellos era el niffle especial de Tom, quien podía distinguirlo de los otros dos incluso en la oscuridad (Winnicott, 1996a/1996, p. 105). Cuando la madre de Tom volvió a casa trató de enviar al hospital el niffle especial para su hijo, pero éste no llegó ni se le volvió a ver.

Con el tiempo, Tom se recuperó y se reunió con su familia, pero no parecía ser el mismo niño. Se había vuelto negativista con la madre y se resistía a que ella lo aseara y lo vistiera; actuaba de una forma fastidiosa y hablaba con un tono agudo muy peculiar que irritaba mucho a su madre. Cuando Winnicott le preguntó, el niño lo sintetizó todo: "Es que yo quería tener el pequeño niffle. Me hace sentir..." en

cuyo punto Tom se quedó sin palabras. Winnicott entendió la fuerza de la reacción emocional del niño ante la pérdida.

Todos hemos visto niños apegados a sus ositos, consolados por suaves frazadas que arrastran tras de sí, así como su deleite con otras cosas tiernas. Winnicott entendió que los ositos, las frazadas y los niffles de este mundo tienen la función de salvar la distancia entre la dependencia que tienen los niños de su madre y su capacidad para la independencia, por lo que los denominó **objetos transicionales**. Tom experimentó la desaparición de su niffle como una profunda pérdida de amor, seguridad y confianza.

## PSICOANÁLISIS NO CONVENCIONAL: EL MODELO DE LA CONSULTA PEDIÁTRICA

La principal formación profesional de Winnicott era en pediatría. Durante su carrera, incluso después de años de preparación como analista infantil, Winnicott se consideraba tanto un pediatra como un psicoanalista. Creía que cada identidad profesional enriquecía y mejoraba a la otra (por ejemplo, Winnicott, 1965a, pp. 140-141; Kahr, 1996; Phillips, 1988). “Soy un pediatra que saltó a la psiquiatría”, escribió Winnicott, “y un psiquiatra que se aferra a la pediatría” (1948c/1992, p. 157). Buscaba nada menos que su propia síntesis de dos tradiciones antagonistas. El manejo exitoso de esta nueva, por no decir subversiva, mezcla de papeles clínicos elevó a Winnicott a una posición única en los círculos médicos y psiquiátricos.

A diferencia de Winnicott, el analista infantil común no hacía historias detalladas del paciente y su familia, no hacía un examen físico del paciente ni observaba directamente el ambiente de crianza proporcionado por los padres. El papel del analista infantil no incluye una breve consulta para brindar a los padres consejos para la crianza o hacer intervenciones enfocadas, a menudo educativas (Winnicott, 1963/1965a; 1958/1965c).

### ELEMENTOS DE UNA CONSULTA WINNICOTTIANA

Winnicott adquirió buena parte de su experiencia en consultas relativamente breves con padres y niños, en especial en la época de la Segunda Guerra Mundial, y a menudo en el escenario clínico de un hospital. En esas consultas, Winnicott proporcionaba varios servicios que incluían diagnóstico, consejos sobre el cuidado infantil y recomendaciones de ubicación o tratamiento especializado. Khan (1975/1992, p. xvii) calcula que en un periodo de cuatro décadas Winnicott atendió en consulta a sesenta mil niños y familiares, una cantidad sorprendente.

Winnicott consideró que pocos de los niños que le llevaron a consulta eran candidatos apropiados para el psicoanálisis estándar. Pensaba que “... el análisis [sólo] es pa-

ra aquellos que lo quieren, lo necesitan y pueden tomarlo” (1962a/1965a, p. 169). Prefería un estilo de consulta caracterizado por un enfoque en la precisión, un ritmo rápido y una duración breve. Podía ocuparse en una sola “sesión de diagnóstico, elaboración de la historia y recomendación” o en una serie de reuniones pausadas con un niño, por lo general en el lapso de varias semanas o meses, aunque en ocasiones se extendían por años (Winnicott, 1957/1965c).

### ESTUDIA UNA HISTORIA, HAZ UN DIAGNÓSTICO

Winnicott creía que era necesario obtener un relato completo y cronológicamente ordenado de la vida del niño. La obtención de dicha historia incluía los elementos usuales de la presentación del problema, la cronología de los hitos del desarrollo, descripciones de los padres del problema del niño, la descripción que el niño hacía del problema y, en ocasiones, incluso la observación directa de la madre y el niño (o del padre y el niño) mientras jugaban juntos. Pero el propósito de obtener la historia no era la mera recopilación de datos:

Fue como pediatra que encontré el valor terapéutico de obtener la historia y descubrí el hecho de que proporciona la mejor oportunidad para la terapéutica, dado que la obtención de la historia no se hace con el propósito de recabar datos. Para mí, el psicoanálisis es una gran prolongación de la obtención de la historia, con la terapéutica como producto secundario (Winnicott, 1963/1965a, pp. 198-199).

El diagnóstico correcto del problema del paciente era una característica fundamental del trabajo de Winnicott. Sus diagnósticos empezaban al obtener la historia del paciente, pero continuaban durante su trabajo conjunto. Los cambios en la conducta del paciente, las modificaciones en sus circunstancias y las variaciones en la calidad de la relación terapéutica le indicaban a Winnicott que debía modificar su diagnóstico y en ocasiones su estrategia terapéutica.

### HAZTE CARGO, TOMA NOTAS, TOMA TU TIEMPO

Desde la posición ventajosa de la práctica médica, Winnicott era un firme creyente de encargarse de la consulta. Como pediatra y como psicoterapeuta psicodinámico, Winnicott asumió que era su responsabilidad proporcionar un ambiente estructurado en que tanto el niño como los padres se sintieran lo bastante seguros para comunicar el significado que daban a los angustiantes síntomas del niño. La responsabilidad del terapeuta es ser confiable, veraz, tranquilo e informado (Winnicott, 1961/1990, p. 235).

### USA LO QUE ESTÉ DISPONIBLE: TAN POCO COMO SE NECESITE, TAN SENCILLO COMO SEA POSIBLE

Winnicott era creativo para conseguir la ayuda de los padres, maestros y trabajadores sociales para llevar a cabo los pla-

nes de tratamiento en el ambiente cotidiano del niño. También era sensible a la necesidad de economía y eficiencia en el tratamiento de los trastornos infantiles, una sensibilidad que también llevó a su práctica psicoanalítica (Winnicott, 1955/1989). Incluso cuando trabajaba en análisis, Winnicott se esforzaba por hacer sus interpretaciones tan breves como fuera posible. Por lo regular se limitaba a una interpretación por sesión (1962a/1965a). No dudaba en mezclar un método analítico estándar con otros procedimientos que cumplirían las necesidades de pacientes específicos. En ocasiones intervenía directamente en la vida cotidiana del paciente. Pretendía ofrecer más estabilidad y seguridad para los que eran frágiles y necesitaban dicho apoyo (por ejemplo, Little, 1990).

### NO TE IMPACIENTES POR SER LISTO. NO HABLES DEMASIADO. ESCUCHA

Uno de sus maestros de pediatría, el doctor Thomas Horder del Hospital de San Bartolomé, enseñó a Winnicott una lección que entonces era muy inusual en la educación médica: escuchar a sus pacientes. Horder le dijo: “No sólo llegues a aplicar tu maravilloso conocimiento. Escucha. Te dirán muchas cosas. Si escuchas vas a aprender” (C. Winnicott, 1983/1991, pp. 188-189). Winnicott siguió el consejo en sus consultas pediátricas y, más tarde, en su aproximación al psicoanálisis. A veces, cuando estaba cansado, se sorprendía hablando de más en las sesiones analíticas. Decía que en esos momentos parecía divagar en una “sesión de enseñanza” en lugar de “hacer psicoanálisis”. Incluso decía, a manera de broma, que siempre que se sorprendía usando la palabra además, sabía que había empezado a divagar de nuevo (Winnicott, 1962a/1965a, p. 167). Como lo dijo hacia el final de su vida:

Si podemos esperar, el paciente llega a una comprensión con creatividad e inmensa alegría, y ahora disfruto esta alegría más de lo que me solía deleitar la sensación de haber sido listo. Creo que interpreto sobre todo para dejar que el paciente conozca los límites de mi comprensión (1968b/1989, p. 219).

### LA VIDA NORMAL SUELE SER DIFÍCIL. LOS SÍNTOMAS SON MÁS FÁCILES

Winnicott reconocía que incluso la conducta aberrante de un niño, a menudo, tiene múltiples funciones. Los síntomas pueden comunicar varios significados que no siempre son anormales. Por ejemplo, mojar la cama es:

...un síntoma bastante común con el cual debe lidiar casi cualquiera que tenga que tratar con niños. Si al mojar la cama un niño hace una protesta eficaz en contra del manejo estricto y, por así decirlo, hace valer los derechos del individuo, entonces el síntoma no es una enfermedad, es una señal de que el niño todavía espera mantener la individualidad que de alguna forma ha sido amenazada.

O tomemos la negativa a comer, otro síntoma común. Es absolutamente normal que un niño se niegue a comer. Supongo que la comida que le ofrecen es buena. En realidad, el punto es que un niño no siempre puede *sentir* que la comida sea buena. Un niño no *siempre* puede sentir que la comida buena sea merecida (Winnicott, 1964a, p. 127; *italicas en el original*; véase también 1964c).

Winnicott afirmó que, a veces, lo mejor que puede hacer el psicoanalista infantil es no hacer nada. A menudo es eficaz esperar a que el crecimiento y la madurez del niño atenúen el problema. En ocasiones no se necesita la intervención activa en lo que parece una conducta patológica grave si los padres pueden proporcionar un ambiente adecuado y cariñoso para que el niño venza sus dificultades.

Un niño normal puede emplear cualquiera y todos los recursos que la naturaleza le ha proporcionado como defensa contra la angustia y el conflicto intolerable. Los recursos empleados (en la salud) se relacionan con el tipo de ayuda disponible. La anormalidad se muestra en la *limitación y rigidez* de la capacidad del niño para emplear los síntomas, y una falta relativa de relación entre los síntomas y lo que puede esperarse en la forma de ayudar (1964a, p. 126-127; *italicas en el original*).

Winnicott insistía en que los síntomas a menudo son indicadores de la sana capacidad del niño para luchar contra la enfermedad y otras adversidades. Sólo podemos suponer la presencia de anormalidad cuando esos síntomas están ligados al fracaso de las defensas naturales del niño.

### POR QUÉ ES DIFÍCIL LA VIDA NORMAL: DE LA ILUSIÓN A LA DESILUSIÓN

En las mejores circunstancias el bebé en desarrollo es desafiado por una sucesión de decepciones. Winnicott apuntó primero a la experiencia del niño del conflicto entre su mundo interno de fantasía y el mundo externo de la realidad. Con diversos grados de decepción, los bebés aprenden que no siempre reciben lo que desean. Los deseos son frustrados por los hechos de la realidad (1964a, p. 128).

Segundo, los bebés aprenden que los impulsos destructivos y los pensamientos que los atemorizan en ocasiones acompañan al sentimiento de excitación (1964a, p. 128). A medida que el bebé reconoce poco a poco y quiere cada vez más a la persona que le proporciona comida, cuidado y afecto, sus impulsos espontáneos de devorar y acabar lo bueno que recibe de esa persona se vuelven cada vez más perturbadores. “Y, junto con esto, viene un sentimiento de que no quedará nada si todo ha sido destruido; ¿y qué sucede entonces? ¿Debe regresar el hambre?” (Winnicott, 1964a, pp. 128-129). En consecuencia, desaparece la impaciencia del bebé por la comida. La inhibición puede reemplazar la saludable voracidad del niño por la comida. Las madres sensatas saben que todo lo que necesitan para permitir que el niño supere sus inhibiciones es “tratar de ganar tiempo”.

Tercero, el bebé descubre pronto una nueva fuente de dificultades de la vida. "Muy pronto, además de sus otros problemas el niño tiene que reconocer que también está el padre al que hay que tomar en cuenta" (Winnicott, 1964a, p. 129). Tal vez, el descubrimiento de los hermanos añade más gasolina al fuego. Aparece el fantasma de los celos. La ilusión de la posesión exclusiva de la madre se disuelve en la desilusión de un objeto amoroso compartido, en ocasiones no disponible.

Cuarto, el mundo interno del niño de amigos y enemigos imaginarios, de hadas y animales fantásticos, y de batallas mágicas ganadas y perdidas es una ilusión que el niño puede controlar de manera omnipotente. Sin embargo, con el tiempo las presiones que resultan del intento por controlar este mundo interno se revelan en todo tipo de dolores corporales, achaques y trastornos (Winnicott, 1964a, p. 130). Esos dolores, achaques y trastornos son reflejos normales de las altas y bajas, triunfos y fracasos internos. Los padres sensatos apoyan la lucha del niño por reconciliar los mundos interno y externo. Por ejemplo, pueden reconocer que también ellos podían ver a un amigo imaginario.

El juego imaginativo no tiene que ser vergonzoso. A algunos les parece que poner un lugar en la mesa para el amigo o a la hora de ir a la cama arropar al niño y a su compañero para pasar la noche equivale a consentir la excentricidad del niño, pero la alternativa es invalidar su saludable infantilismo. Por tanto, los padres que se mofan del mundo imaginario de su hijo y de sus criaturas esperan que la madurez ocurra de manera prematura.

En la descripción de Winnicott, la vida es difícil. Las primeras experiencias están llenas de cosas difíciles por aprender y a menudo provocan decepción porque la desilusión es inevitable. Sin embargo, esas experiencias son normales y las señales pasajeras de malestar psicológico no son indicaciones de anormalidad. El grado en que un niño mantiene la capacidad suficiente de mostrarse lúdico a través de las adversidades y decepciones de la vida temprana es una medida de la normalidad de ese niño.

#### COMPROMISO CON LA PEDIATRÍA

Los primeros trabajos de Winnicott consistían en dar consejos pediátricos, hacer recomendaciones a los padres para

que confiaran en sus capacidades y las de sus hijos y en ideas psicológicas acerca del desarrollo inspiradas en Freud (por ejemplo, Winnicott, 1931a/1992, 1931b/1992, 1936/1992, 1944/1992). Winnicott tenía un estilo sardónico, campechano y amistoso que perfeccionó en una serie de emisiones radiofónicas durante la Segunda Guerra Mundial. Ese mismo estilo, una mezcla entretenida y cautivadora de autoridad, ingenio y apoyo tranquilizador, le siguió funcionando bien cuando transformó las emisiones en trabajos y libros (Winnicott, 1993, en especial el capítulo 1). Durante toda su carrera fue muy popular como conferencista y nunca dejó de proporcionar un punto de vista gracioso y psicológicamente informado sobre problemas y cuestiones pediátricas prácticas.

El conocimiento y la experiencia de Winnicott como pediatra ampliaron su visión como psiquiatra infantil y apoyaron su comprensión de la psicología del niño. La práctica pediátrica le enseñó el valor de la paciencia en el tratamiento de los niños. Más importante, Winnicott era realista y tenía expectativas razonables para los niños que trataba:

Lo mejor que puede suceder es que la persona analizada llegue a sentir gradualmente que cada vez está menos a la merced de fuerzas desconocidas internas y externas y que cada vez es más capaz de manejar a su manera las dificultades inherentes a la naturaleza humana, al crecimiento personal y a la obtención gradual de una relación madura y constructiva con la sociedad (Winnicott, 1945b/1996, p. 12).

Poco a poco, la teoría de Winnicott se basaba cada vez más en su experiencia clínica y en sus ideas. Se alejó de la influencia excesiva de las teorías de otros y al final desarrolló una teoría de las relaciones objetales que, por regla general, insiste en las ideas tradicionales.

## LA TEORÍA INICIAL: LA INFLUENCIA KLEINIANA

Al inicio de su carrera psicoanalítica, Winnicott también había asimilado los planteamientos clásicos de Freud a partir de sus lecturas y de su análisis personal con James Strachey (1887-1967), un destacado psicoanalista británico y el principal traductor de Freud. Durante el análisis, Strachey le re-

#### RECUADRO 7.4 Sólo para relacionar...

Si bien Alfred Adler (capítulo 4) y D. W. Winnicott fueron influenciados por el pensamiento psicoanalítico, su aproximación al trabajo clínico era práctica y directiva. Ambos pretendían también tener impacto en la aproximación del público a la salud mental y se dedicaron a realizar giras de conferencias. Sus estilos fueron formados,

en parte, por su práctica médica previa. Adler era médico general que trabajaba con pacientes de clase obrera mientras que Winnicott era pediatra. El estilo de sus enfoques terapéuticos era más cercano al de los terapeutas cognitivos contemporáneos que al de los psicoanalistas freudianos.

comendó a Winnicott buscar a Melanie Klein para aprender más acerca de las aplicaciones del psicoanálisis en los niños (Winnicott, 1962b/1965a). Winnicott siguió el consejo e hizo contacto en algún momento de 1932, unos dos años antes de que terminara su análisis (Kahr, 1996, p. 58).

### OPINIÓN DE WINNICOTT SOBRE MELANIE KLEIN

Winnicott consideraba que el trabajo de Klein aportaba ideas importantes sobre el funcionamiento emocional en los periodos muy tempranos de la infancia. Como hemos visto, Klein extendía el psicoanálisis a periodos cada vez más tempranos de la infancia de manera casi diaria. Durante un tiempo, Winnicott se sintió cómodo con esta orientación kleiniana que le parecía ilustrativa. Sus propias observaciones como pediatra ya habían preparado el camino para su disposición a aceptar la idea de que las enfermedades emocionales de los niños tenían raíces que se extendían mucho antes del periodo edípico a los cinco y seis años.

Winnicott consideraba a Klein como una maestra admirable que podía ser flexible y atenta a los detalles de los casos que le llevaba a supervisión. Durante casi seis años, de 1935 a 1941, conservó a Melanie Klein como supervisora clínica (Kahr, 1996, p. 59). Más de 20 años después, Winnicott resumió la importancia de sus experiencias con Melanie Klein:

A partir del material que le presentaba de mis pacientes, Klein pudo dejarme claro que la capacidad para preocuparse y sentir culpa es un logro y que, en el caso del bebé y el niño en crecimiento, es esto en lugar de la depresión lo que caracteriza la llegada a la posición depresiva. El arribo a esta etapa se asocia con ideas de restitución y reparación y el individuo humano de verdad no puede aceptar las ideas destructivas o agresivas en su naturaleza sin la experiencia de reparación, y es por este motivo que en esta etapa se necesita la presencia continua del objeto amoroso ya que sólo así hay oportunidad de reparación. En mi opinión, ésta fue la contribución más importante de Klein y creo que está al mismo nivel que el concepto freudiano del complejo de Edipo (1962b/1965a, p. 176).

En un relato hecho 20 años más tarde, Winnicott hizo referencia a su creciente independencia del pensamiento y el enfoque de Klein:

Han pasado muchas cosas desde aquellos días y no afirmo ser capaz de manejar la visión de Klein de una forma que ella aprobara. Creo que mis opiniones empezaron a separarse de las suyas y, en cualquier caso, me parece que ella no me consideraría como kleiniano. Esto no me interesa porque nunca he podido seguir a nadie más, ni siquiera a Freud (1962b/1965a, p. 176).

El 4 de diciembre de 1935, Winnicott presentó a la Sociedad Psicoanalítica Inglesa su trabajo de ingreso titulado “La defensa maniaca”, su primer trabajo psicoanalítico que era, en gran medida, una exposición más detallada de los conceptos fundamentales de Melanie Klein. Hacer dicha pre-

sentación llevaba el peso de una ceremonia de inicio en los círculos psicoanalíticos. Marcó la culminación de la larga preparación de Winnicott para convertirse en psicoanalista calificado e indicó su aceptación como miembro pleno de la sociedad.

Se requería que los candidatos a ingreso presentaran ideas teóricas o clínicas originales, pero el aspirante sensato entendía que el contenido de la presentación debía caer dentro de parámetros específicos. Los solicitantes primero tenían que demostrar que sus ideas habían sido derivadas o eran congruentes con los conceptos de Sigmund Freud. El candidato también tenía que reconocer su deuda intelectual con los psicoanalistas destacados en su área de especialización. Se exigía originalidad dentro del contexto de la tradición en desarrollo del pensamiento psicoanalítico. Las ideas tenían que ser originales, pero no demasiado originales ni demasiado amenazadoras.

### LA DEFENSA MANIACA: REALIDAD INTERNA Y EXTERNA

En su trabajo original sobre el tema, Winnicott (1935/1992) redefine con ingenio la posición maniaca de Klein para moderar su hincapié en el poder absoluto del mundo interno. Sostiene que en el desarrollo, la defensa maniaca normal contra los sentimientos depresivos obliga al defensor a minimizar (no a maximizar como indicaba Klein) la influencia de las representaciones del objeto interno.

Las fantasías omnipotentes no son tanto la realidad interna en sí sino una defensa en contra de su aceptación. Uno encuentra en esta defensa una huida de la fantasía omnipotente y una huida de algunas fantasías a otras, y en esta secuencia una huida a la realidad externa. Por ello pienso que no podemos comparar y contrastar la fantasía y la realidad (Winnicott, 1935/1992, p. 130).

Winnicott preparaba con discreción el camino para una modificación fundamental de las ideas de Klein. Recuerda su argumento de que la vida es por lo general difícil. Winnicott afirmaba la importancia de la difícil realidad de la vida en desarrollo. Como una consecuencia directa, normalizó la apariencia patológica (maniaca y depresiva) de las posiciones del desarrollo. Creía que las defensas maniacas, por ejemplo, son parte de la vida común. Son inherentes a las batallas que libran las personas en contra de las penas y las fricciones de la vida.

Por ejemplo, uno está en un teatro de variedades y se presentan en escena los bailarines, entrenados para la vivacidad. Uno puede decir que aquí está la escena primordial, aquí está el exhibicionismo, aquí está el control anal, aquí está la sumisión masoquista a la disciplina, aquí está un desafío al superyó. Tarde o temprano uno agrega: aquí está la vida. Tal vez el punto principal del desempeño no sea una negación de la falta de vida, una defensa en contra de las ideas depresivas de “muerte interior” y quizá la sexualidad sea secundaria.

¿Qué hay acerca de cosas como los aparatos (por ejemplo, la radio) que dejamos encendidos de manera interminable? ¿Qué hay acerca de vivir en una ciudad como Londres con su ruido que nunca termina y sus luces que nunca se apagan? Cada uno ilustra la manera en que la realidad nos tranquiliza contra la muerte interior y un uso de la defensa maniaca que puede ser normal (Winnicott, 1935/1992, p. 131).

Para Winnicott, la realidad interna es un compañero igual a la realidad externa, el mundo de la vida común. “La vida es dura”, pero para Winnicott eso no significa que el agotamiento de enfrentar las dificultades de la vida, incluyendo la lucha por sentirse vivo ante la muerte, sea inevitablemente patológico. Winnicott le quita el carácter patológico al concepto de defensa maniaca de Klein al replantearlo de modo que abarque el afrontamiento de los inevitables sufrimientos de la vida. Eleva el mundo externo a la misma posición que el mundo interno como determinante del desarrollo emocional.

#### ELIMINAR EL CARÁCTER PATOLÓGICO DE LA POSICIÓN DEPRESIVA: LA COMPASIÓN Y LO IMPLACABLE

En un trabajo posterior, Winnicott aplicó la misma estrategia en una discusión más amplia de la posición depresiva kleiniana (Winnicott, 1954-1955/1992). Propuso que el término posición depresiva de Klein tenía un nombre inadecuado y sugirió que la expresión **etapa de preocupación** sería más precisa. De este modo, Winnicott tomó un término kleiniano que implicaba anormalidad y lo cambió para indicar un proceso más normal, si bien coincidía con Klein en que el bebé empieza su relación con el objeto externo de una manera “anterior a la compasión”; es decir, implacable (despiadada) al tratar de satisfacer sus necesidades. Con la fantasía de Lewis Carroll, Winnicott señala que el niño pasa gradualmente de la etapa previa a la compasión a la etapa compasiva (capaz de sentir piedad).

### DESARROLLO PRIMITIVO DE LA PERSONALIDAD: EL ESTILO DE WINNICOTT

A pesar de su desacuerdo con algunos de los conceptos de Klein, Winnicott incluyó muchas de sus ideas acerca de la psicología de los primeros días de vida. Las observaciones del propio Winnicott como pediatra sugerían que en los primeros cinco o seis meses de vida ocurre una serie de logros cognitivos y emocionales. Sus observaciones de bebés que exploraban la espátula lo convencieron de que los niños de cinco meses entendían que el objeto que alcanzaban se localizaba en el espacio separado de sí mismos. Además, el niño que se lleva la espátula a la boca por fuerza sabe que hay un “dentro de mí”. El hecho de que deja caer la espátula, de manera deliberada, demuestra que “sabe que puede deshacerse

de algo cuando ha obtenido de ello lo que desea” (1945a, p. 148). Análogo a esos logros, el niño de cinco o seis meses

... asume que su madre también tiene una parte interior, la cual puede ser rica o pobre, buena o mala, ordenada o desordenada. Por consiguiente, se empieza a preocupar por la madre, su cordura y sus estados de ánimo. En el caso de muchos bebés, a los seis meses existe una relación como entre personas totales. Ahora, cuando un ser humano siente que es una persona relacionada con la gente, ya ha recorrido un largo camino en el desarrollo primitivo (Winnicott, 1945a, p. 148).

Winnicott concluyó que la posición depresiva de Klein implica desarrollos cognitivos y emocionales que no tienen nada que ver con las maniobras defensivas en contra de la depresión. Empezó a describir lo que sucede antes de la etapa de preocupación a los cinco o seis meses. A la larga determinó que el niño de cinco o seis meses de edad se ha desarrollado en tres áreas: integración de la personalidad, personalización y realización.

#### PERSONALIDAD: DE LA CONFUSIÓN A LA PROTECCIÓN

Winnicott propuso la hipótesis de que desde el inicio mismo de la vida, la personalidad se encuentra en un estado primordial de “no integración”. De manera literal, Winnicott quería decir que en los primeros días de vida no existe una *persona* que incorpore una personalidad integrada. Sólo existen necesidades biológicas y potenciales. “Lo que existe es un montón de anatomía y fisiología y, aunado a esto, el potencial para desarrollarse en una personalidad humana” (Winnicott, 1968a/1987, p. 89). Los bebés no integrados no se comprenden a sí mismos o a los demás como personas completas. El significado de **no integración** es distinto al del término **desintegración**, que se encuentra en una dimensión conceptual del todo diferente (la dimensión de la psicopatología) en lugar de ocupar el extremo opuesto de la misma dimensión que *no integración*, el cual es un término no patológico.

La integración de la personalidad empieza en forma rápida y espontánea después del nacimiento y para avanzar sin complicaciones requiere dos conjuntos de experiencias. El primero es el mundo interno del bebé de necesidades y pulsiones, las cuales a través de su repetición infinita se convierten en las rutinas estables de la vida alrededor de las cuales puede formarse la personalidad. Las necesidades y pulsiones proporcionan experiencias tranquilizadoras que le indican a uno que está vivo. En la medida en que la madre y otros cuidadores satisfagan, de manera confiable, las necesidades del bebé, la supervivencia no es amenazada y el proceso natural de integración avanza sin trabas. La repetición inexorable del despertar del apetito y la satisfacción poco a poco se vuelve familiar y es bienvenida.

La segunda área de organización de la experiencia es el cuidado que recibe el niño. El bebé es tocado, bañado, alimentado, mecido, nombrado, llamado por su nombre y abrazado.

Cada uno de esos eventos repetitivos ayuda a traer orden a la confusión interna. A partir de esos fragmentos dispersos de necesidad, respuesta materna, mimos y cuidado predecible emerge una síntesis gradual de identidad. “Yo” y “no yo” empiezan a tener significado para el niño. La madre puede brindar mimos físicos y una especie de mimos emocionales o lo que Winnicott llamó **sostén** (*holding*). En la manera en que Winnicott usaba el término, el sostén eleva al mimo al medio primordial de comunicación entre el bebé y la madre. Sostener al niño, de manera segura en los sentidos físico y psicológico del término, permite que este bebé organice sus impulsos, deseos y temores en experiencias predecibles.

La integración de la personalidad sigue evolucionando con el tiempo, pero la sensación de no ser del todo completo no asusta al niño sostenido con seguridad:

Hay largos periodos en la vida de un bebé normal en que a éste no le preocupa si es muchos pedazos o un ser completo, o si vive en la cara de su madre o en su propio cuerpo, a condición de que de vez en cuando se unifique y sienta algo (Winnicott, 1945a, p. 150).

#### PERSONALIZACIÓN: DEL ASEO AL DESTETE

La **personalización** satisfactoria da lugar al sentimiento de que el bebé está en su propio cuerpo. Tal como Winnicott empleó el término, *personalización* es conseguir una personalidad al completar el proceso de integración que consiste en tomar posesión del cuerpo en el que se encuentra y sentir cada vez más comodidad con la posesión. Igual que con la integración, las necesidades biológicas y el cuidado materno dirigen el proceso de personalización de modo que la personalidad en evolución tenga un “lugar” donde residir. La atención de la madre al cuidado y aseo físico ayuda sutilmente al bebé a entender que tiene un cuerpo, que reside en él y que en ocasiones lo controla. En resumen, el niño obtiene un sentido de personalización.

Dicho de otro modo, el bebé pormenoriza su inventario de equipo físico reconocible al personalizar cada componente. La “persona” particular es yo y no yo. Por ejemplo: este dedo que hace cosquillas es mío porque puedo llevarlo a mi boca para chuparlo, pero este dedo que hace cosquillas en mi barriguita no es mío porque no puedo detenerlo. Esta cosa rosa que se mueve fuera de mi alcance es el dedo de mi pie, pero ésta otra más grande que puedo alcanzar —y morder— no es mía porque no siento la mordida y porque papito es el que grita.

Las personas esquizofrénicas y casi psicóticas, que pueden sentirse abruptamente incómodas con su propio cuerpo o desarrollar el delirio de que no están en su cuerpo, en ocasiones experimentan una **despersonalización**. Una variación menos patológica de la despersonalización es la creencia de que, de repente y de forma abrupta, algo en el cuerpo es diferente, “no está bien” o “no es real”. Una variación aún menos grave de la despersonalización, que en realidad es un hecho común en la niñez, es la creación de compañeros ima-

ginarios. Algunos niños incluso usan al compañero imaginario como una defensa mágica para evitar las angustias de la niñez asociadas con la alimentación, digestión, retención y expulsión (Winnicott, 1945a, p. 151). De hecho, uno de los autores de este texto tuvo un compañero imaginario amistoso y juguetón llamado Mortimer, quien lo acompañaba muy a menudo durante las comidas.

#### REALIZACIÓN: DEL SUEÑO A LA MAQUINACIÓN

El tercer desarrollo importante de la personalidad es aprender a tener en cuenta la realidad externa. En lugar de emplear el término psicoanalítico estándar de “prueba de realidad”, Winnicott decidió llamar **realización** a este logro y explicó cómo creía que puede lograrse dicha realización en la situación de ser amamantado. La madre y el niño llevan cada uno a la situación de amamantamiento sus propias capacidades y necesidades. La madre lleva conocimiento, tolerancia y criterio adulto. El bebé lleva absoluta dependencia, necesidad y la disposición a la gratificación alucinatoria. Las vistas, los sonidos, olores y tactos experimentados con cada alimentación real enseñan al bebé lo que puede y no puede evocar cuando el objeto real está ausente, pero la necesidad real está presente (1945a, p. 153). A la larga, luego de periodos importantes, la madre ayuda al niño a aceptar y tolerar las limitaciones de la realidad y a disfrutar las satisfacciones reales que dicha aceptación hace posible.

En la fase más temprana de la vida, los objetos parecen actuar de acuerdo con leyes mágicas. El objeto existe cuando se desea, se aproxima cuando uno se le acerca y se desvanece cuando no se desea. El desvanecimiento es una experiencia aterradora para el niño porque representa la aniquilación. El niño progresa desde este mundo irreal de magia al mundo real de las acciones planeadas.

El cambio del sueño a la maquinación es análogo a la naturaleza de los cambios en la relación del bebé con el objeto. Al inicio, siguiendo a Klein, Winnicott propuso una etapa “implacable” previa a la etapa de preocupación en la cual el niño espera que la madre tolere su agresividad en el juego. Sin la experiencia de un cuidador tolerante, el bebé puede mostrar su crueldad sólo en estados disociados. En la vida posterior, esta crueldad puede ser mostrada sólo en estados de desintegración marcados por la regresión abrupta al mundo primitivo y mágico de la infancia. En resumen, las relaciones despiadadas con los objetos pueden reaparecer en las psicopatologías de nivel psicótico.

---

#### IMPORTANCIA EN EL AMBIENTE: “NO EXISTE TAL COSA COMO UN BEBÉ”

Winnicott ubicó el desarrollo emocional del niño en lo que denominó la unidad madre-lactante: *un niño en relación con una madre*.

"No hay tal cosa como un bebé." Me asusté al escucharme decir esas palabras y traté de justificarme señalando que si me muestra un bebé seguramente me mostrará también a alguien que lo cuida, o al menos un cochecito con los ojos y los oídos de alguien pegados a él. Uno ve una "unidad madre-lactante".

De una manera más tranquila, yo diría que antes de las relaciones objetales la situación es la siguiente: que la unidad no es el individuo, la unidad es un sistema ambiente-individuo. Si el cuidado, técnica, sostén y manejo general del niño son lo bastante buenos, desaparece el caparazón y la parte central (que todo el tiempo nos pareció un bebé humano) puede empezar a ser un individuo (Winnicott, 1952, p. 99).

La insistencia de Winnicott en que a los bebés sólo se les puede entender psicológicamente en relación con su ambiente, en concreto la "madre abnegada común" fue una rectificación importante al acento, a menudo unilateral, de Melanie Klein en las pulsiones del infante.

#### SOSTÉN: PREOCUPACIÓN MATERNA PRINCIPAL DE LA MADRE DE DEVOCIÓN CORRIENTE

Winnicott propuso la existencia de un estado psicológico especial denominado "preocupación materna principal", que tiene entre sus características:

Se desarrolla gradualmente y se convierte en un estado de sensibilidad agudizada durante el embarazo y en especial al final del mismo.

Dura unas semanas después del nacimiento del niño.

Las madres no lo recuerdan con facilidad una vez que se recuperan de él. Yo iría más allá para decir que, a menudo, se reprime el recuerdo que tienen las madres de este estado (Winnicott, 1956/1992, p. 302).

Winnicott pensaba que la **preocupación materna principal** proporciona un contexto adaptativo específico para que su hijo recién nacido crezca y madure. La madre está sensibilizada al estado del recién nacido y tiene la empatía para ponerse en el lugar del niño. Llega a conocer las necesidades y capacidades de su bebé como conoce las suyas. En resumen, la preocupación materna principal da por resultado una estrecha identificación de la madre con su bebé (Winnicott, 1960/1965a, pp. 147).

Por su parte, los bebés traen su constitución biológica, tendencias innatas de desarrollo (un funcionamiento del yo libre de conflicto), movilidad y pulsiones. La empatía acentuada de la madre posibilita el tipo de comunicación silenciosa que permite que se despliegue el "equipo innato" del niño, lo ayuda a experimentar por primera vez el libre movimiento y lo alienta a tomar posesión de su cuerpo y de sus sensaciones (personalización). En resumen, la madre brinda una adaptación "lo suficientemente buena" a la absoluta dependencia del niño.

...de esas comunicaciones silenciosas podemos examinar las formas en que la madre hace realidad justo lo que el bebé está

listo para mirar, de modo que le da al niño la idea de que eso es justo para lo que está listo. El bebé dice (sin palabras, por supuesto): "Siento justo como..." y en ese preciso momento se presenta la madre y le da vuelta al niño, o llega con el aparato para alimentarlo y el bebé puede terminar la oración "... un movimiento, un pecho, pezón, leche, etcétera, etcétera" (Winnicott, 1968a/1987, pp. 100).

Winnicott agrupó las prácticas de cuidado materno bajo la etiqueta más general y metafórica de sostén. En su sentido literal, la madre sostiene al niño en sus brazos de manera segura, mientras lo alimenta, lo asea y juega con él. Esta estrecha e íntima cercanía física proporciona el nivel inicial y más básico del sostén. A un nivel metafórico el sostén implica una serie de comunicaciones interconectadas, más emocionales, de la madre al niño. El sostén comunica al niño que está vivo —"Soy visto y existo"— a medida que éste se siente reflejado en las expresiones faciales y las reacciones de la madre (Winnicott, 1962c/1965a, p. 61). A esas experiencias de reflejarse es inherente la comprensión gradual del niño de que hay otro, alguien que no soy yo, que reacciona ante mí. Como hemos visto, la integración de la personalidad obtiene su impulso de esas comunicaciones de "sostén".

#### EL SOSTÉN Y LAS ANGUSTIAS INIMAGINABLES

El sostén proporciona una red de seguridad para que el niño sobreviva a los temores iniciales y más aterradores. Influenciado de nuevo por Klein, Winnicott describió una serie de **angustias inimaginables** infantiles, o temores primordiales, que datan de los primeros días de vida. A diferencia de Klein, Winnicott consideraba que esas "angustias" eran fases normales del desarrollo y no un producto de la pulsión de muerte. Más importante, las angustias inimaginables sólo son precursoras de la psicopatología cuando fracasan las funciones de sostén de la madre. Sin embargo, por lo general, la combinación del sostén materno y la angustia inimaginable conduce a la integración normal de la personalidad, a la personalización y a la realización. Las angustias inimaginables son:

- Quedar deshecho
- Caer para siempre
- No tener relación con el cuerpo
- No tener orientación
- Aislamiento completo porque no hay medio de comunicación

Winnicott añadió el último elemento de la lista algunos años después de su planteamiento inicial (1962c/1965a, p. 58 y 1968a/1987, p. 99). El sostén materno es la totalidad del cuidado cariñoso, físico y emocional de la madre que, para extender la metáfora de Winnicott, impide que el niño caiga en el abismo de la angustia inimaginable.

Winnicott señaló el paralelo con las interpretaciones de "sostén" del psicoanalista en terapia. Las palabras del psico-

analista en ocasiones son menos importantes que el mensaje no verbal y espontáneo de que el analista y el paciente están vivos y siguen siendo reales. Por ejemplo, Winnicott relataba el incidente de una paciente que le clavó las uñas en el dorso de su mano durante un momento intenso en la terapia.

Mi interpretación fue: “¡Ay!”, lo cual apenas involucraba a mis recursos intelectuales y fue bastante útil porque llegó *de inmediato* (no después de una pausa para reflexionar) y porque le indicaba a la paciente que mi mano estaba viva, que era parte de mí y que yo estaba ahí para ser usado. O, tendría que decir, puedo ser usado si sobrevivo (Winnicott, 1968a/1987, p. 95).

En el vocabulario de Winnicott, una **madre lo suficientemente buena** alienta y apoya que el niño “llegue a ser” (Winnicott, 1956/1992, p. 303). La madre protege al niño de los “impedimentos”, que son cualquier experiencia que pone en peligro el “llegar a ser”. Pueden surgir del ambiente externo u originarse en los fracasos ocasionales de la madre para proporcionar un cuidado “lo suficientemente bueno”. La satisfacción poco confiable de las necesidades, la separación prolongada, la intolerancia a la necesidad y la agresión infantil, o la incapacidad para hacer que el niño se sienta seguro son formas de impedimento porque amenazan el progreso normal y espontáneo del desarrollo (Winnicott, 1968a/1987, p. 95). En esta parte de su teoría, Winnicott se enfoca en las acciones de la madre que mejoran la formación sana de la personalidad. El bebé debe sentir la seguridad suficiente para ser espontáneo, para poder tomar riesgos frente a las dificultades de la realidad, incluso para poder “permitirse morir” (Winnicott, 1956/1992, p. 304). La madre lo suficientemente buena hace que la “vida que por lo general es difícil” resulte tolerable, manejable y capaz de ser dominada:

...sin el suministro inicial del ambiente lo bastante bueno, nunca se desarrolla este sí mismo que puede permitirse morir. El sentimiento de ser real está ausente y si no existe demasiado caos el sentimiento final de inutilidad. Las dificultades inherentes de la vida no pueden ser alcanzadas, dejando solas las satisfacciones. Si no existe caos, aparece un falso sí mismo que oculta al sí mismo verdadero, que se conforma con sus demandas, que reacciona a los estímulos, que se deshace de las experiencias instintivas teniéndolas, pero que sólo está ganando tiempo (Winnicott, 1956/1992, pp. 304-305).

El concepto de **falso sí mismo** de Winnicott parece haberse originado de dos fuentes. Primero, Winnicott tenía un gran interés en el trabajo terapéutico con varios pacientes adultos con regresión que eran psicóticos o casi psicóticos. En sus pacientes adultos esquizofrénicos o limítrofes vio reaparecer, de manera exagerada, las necesidades de dependencia del bebé en una especie de escisión de la personalidad. En particular, una paciente le describió a Winnicott que durante toda su vida había sentido que no era real y que había estado buscando su verdadero sí mismo (1960c/1965a, p. 142). Desde el punto de vista de la paciente, los dos primeros años de su análisis habían sido conducidos entre lo que ella llamaba su “sí mismo

cuidador” y Winnicott. Este sí mismo cuidador había buscado tratamiento, protegió a la paciente durante las primeras fases, transfirió gradualmente su función a Winnicott y rondaba alrededor para reasumir el cuidado cuando Winnicott no lograba “sostener” la seguridad de la paciente.

La segunda base del concepto de Winnicott del falso sí mismo fue su experiencia con niños al parecer alegres que lo visitaban en el hospital. Sin embargo, esos niños habían sido llevados por sus padres para recibir tratamiento psicológico, a menudo con descripciones maternas de problemas de depresión, desgano, enojo y apatía. La marcada discrepancia entre la observación directa y el reporte materno atrajo la atención de Winnicott:

Me tomó años darme cuenta de que esos niños trataban de complacerme tal como sentían que debían también complacer a sus madres para enfrentar su estado de ánimo depresivo. Enfrentaban o impedían mi depresión o el posible aburrimiento en la clínica; mientras me esperaban hacían preciosos dibujos coloreados o escribían poemas para aumentar mi colección. No tengo ninguna duda de que en muchos de esos casos fui engañado hasta que al final me di cuenta de que los niños estaban enfermos y me estaban mostrando una organización del falso sí mismo mientras en su casa la madre tenía que tratar con el otro lado de la moneda; es decir, la incapacidad del niño para contrarrestar durante las 24 horas el estado de ánimo de la madre. De hecho, la madre tenía que soportar la odiosa familiaridad con la sensación del niño de haber sido explotado y de haber perdido la identidad (Winnicott, 1969/1989, pp. 247-248).

Winnicott descubrió que algunos de esos niños complacientes habían desarrollado su falso sí mismo no sólo para alegrar a sus madres deprimidas, sino también para esquivar su odio (1969/1989, p. 249; 1948d/1992, pp. 91-92). Regresaremos en breve al concepto del odio inconsciente de la madre hacia su hijo. Sin embargo, por el momento resulta provechoso advertir que Winnicott relaciona los conceptos de depresión materna, odio y falso sí mismo.

#### ORÍGENES DEL FALSO SÍ MISMO: LA MADRE QUE “NO ES LO SUFICIENTEMENTE BUENA”

A la larga, Winnicott propuso que el propósito primordial del falso sí mismo es la defensa del verdadero sí mismo. Es como una máscara o un caparazón que otros perciben como real y que puede ocultar por completo al verdadero sí mismo.

El falso sí mismo se origina en los fracasos de la relación entre madre e hijo durante la fase previa a la integración de la personalidad del niño (1960/1965a, p. 145). La madre que “no es lo suficientemente buena” no logra sostener a su bebé de manera segura y confiable. Puede permitir que la realidad externa sea un “impedimento” para el mundo del bebé antes de que el niño esté listo. O puede interferir, de manera molesta, en ese mundo de una forma que el niño no puede tolerar. Esos “errores” del cuidado materno fallan al niño de dos maneras. Primero, la “madre que no es lo suficientemente

**RECUADRO 7.5 Sólo para relacionar...**

El concepto de Winnicott de la "madre que no es lo suficientemente buena" puede estar relacionado con el concepto de Erikson (capítulo 8) de *ritualismo* del papel de la madre, mientras que puede considerarse que la "madre de devoción corriente" ejemplifica la *ritualización* del papel materno. El pensamiento de Winnicott también anti-

cipó y es análogo al desarrollo de los enfoques existencial y humanista de la personalidad. En los términos existencial y humanista (véanse los capítulos 9 y 10) podemos considerar que el falso sí mismo representa un modo de ser falso, que surgió como resultado de una falta de conexión genuina con una madre empática y cariñosa.

buena" no valida o ayuda a hacer reales los gestos espontáneos de su bebé. No refleja en sus respuestas su comprensión empática de las necesidades del niño ni se maravilla con los éxitos del bebé. En términos de Winnicott:

La madre que no es lo suficientemente buena no puede poner en práctica la omnipotencia del bebé y por eso fracasa repetidamente en conocer el gesto del niño; en lugar de ello lo sustituye con su propio gesto al que debe dar sentido la conformidad del bebé. Esta conformidad por parte del niño es la etapa más temprana del falso sí mismo y pertenece a la incapacidad de la madre para sentir las necesidades de su hijo (1960/1965a, p. 145).

El segundo fracaso de la madre que no es lo suficientemente buena es que no ayuda a su bebé a relacionar sus gestos espontáneos con efectos observables en la realidad, incluyendo sus propias reacciones. Por tanto, el niño es incapaz de alcanzar la etapa de abandonar el sentido de omnipotencia en un mundo imaginado o alucinatorio en favor de tratar con el mundo real. En los casos extremos, donde los fracasos maternos ocurren desde el inicio mismo de la existencia, la supervivencia del niño puede estar en duda. Sin embargo, más a menudo la madre que no es lo suficientemente buena no es lo "bastante mala" para afectar del todo la supervivencia del niño. Más bien, el niño se somete al ambiente materno creando la máscara del falso sí mismo:

A través de este falso sí mismo el niño forma un conjunto falso de relaciones y por medio de introyecciones consigue incluso una apariencia de ser real, por lo que el niño puede crecer para ser justo como su madre, su niñera, su tía, su hermano o

quienquiera que domine la escena en ese momento. El falso sí mismo tiene una función positiva y muy importante: ocultar al verdadero sí mismo, lo cual hace al cubrir las demandas del ambiente (Winnicott, 1960/1965a, pp. 146-147).

En última instancia, los principales esfuerzos defensivos del falso sí mismo se dirigen a proteger al verdadero sí mismo de la explotación, manipulación y demandas injustas. De esta manera, se esquivo la más "inimaginable" de todas las angustias: la aniquilación del verdadero sí mismo.

**NIVELES DE ORGANIZACIÓN DEL FALSO SÍ MISMO**

Winnicott distingue cinco "niveles" diferentes de la organización de personalidad del falso sí mismo, los cuales están organizados a lo largo de un espectro de gravedad que se extiende de la inadaptación grave a la adaptación saludable común. La tabla 7.3 resume los niveles de organización del falso sí mismo.

**INADAPTACIÓN EXTREMA: MÁSCARA**

En este caso, el falso sí mismo se organiza como real y los observadores sólo ven y se relacionan con este falso sí mismo real tal como éste controla las relaciones en el trabajo, el amor, el juego y las amistades. El verdadero sí mismo está completamente oculto. Sin embargo, con el tiempo el falso sí mismo muestra signos de fracaso porque la vida sigue presentando situaciones en que se requiere de la persona completa.

**Tabla 7.3 Niveles de organización del falso sí mismo de Winnicott**

<i>Falso sí mismo</i>	<i>Verdadero sí mismo</i>	<i>Consecuencia</i>
<b>Inadaptación extrema:</b> <i>Máscara</i>	Completamente oculto debajo de un falso sí mismo del todo dócil.	El falso sí mismo fracasa cuando la vida exige una persona espontánea completa.
<b>Inadaptación moderada:</b> <i>Cuidador</i>	Vida secreta permitida, considerado como un sí mismo potencial.	Preservación del individuo en ambientes anormales. Espontaneidad mínima, vivacidad.
<b>Adaptación mínima:</b> <i>Defensor</i>	Espera condiciones seguras o deseables para revelar al verdadero sí mismo.	Posible suicidio si se pierde la esperanza de condiciones seguras; poca vivacidad.
<b>Adaptación moderada:</b> <i>Imitador</i>	Se identifica con objetos cariñosos o productivos como modelos.	Vida exitosa pero sin realismo, vivacidad.
<b>Adaptación:</b> <i>Facilitador</i>	Socialización normal para la cortesía y auto-control.	Humildad, modestia, éxito social.

#### INADAPTACIÓN MODERADA: CUIDADOR

El falso sí mismo defiende al verdadero sí mismo e incluso funge como su protector o cuidador. El verdadero sí mismo se reconoce vagamente como sí mismo potencial y se le permite, en términos de Winnicott, tener una “vida secreta”. La constante búsqueda de Winnicott de un resquicio de esperanza saludable se exhibe, con mayor claridad, cuando escribió que el falso sí mismo moderadamente patológico es:

...el ejemplo más claro de enfermedad clínica como una organización con un propósito positivo, la preservación del individuo a pesar de las condiciones ambientales anormales (1960/1965a, p. 143).

#### ADAPTACIÓN MÍNIMA: DEFENSOR

El falso sí mismo puede funcionar como un defensor contra la explotación del verdadero sí mismo, ofreciendo su tiempo hasta que puedan encontrarse las condiciones apropiadas para el surgimiento del verdadero sí mismo. Si no se encuentran las condiciones seguras, el falso sí mismo puede defender al verdadero sí mismo de manera literal hasta la muerte: suicidio. Cuando no hay esperanza de que el verdadero sí mismo pueda aparecer, con seguridad, entonces el falso sí mismo puede movilizar el equivalente psicológico de una política de tierra arrasada. El falso sí mismo intenta o comete suicidio con la intención paradójica de impedir la aniquilación del verdadero sí mismo consiguiendo la destrucción absoluta de todo el sí mismo.

#### ADAPTACIÓN MODERADA: IMITADOR

Dentro de la personalidad se organiza un falso sí mismo, pero tiene como modelo a personas cariñosas, productivas y protectoras. Aunque la persona siente como si en ocasiones no fuese del todo real o está en una búsqueda continua de sí misma, el falso sí mismo compuesto de identificaciones benignas puede negociar una vida muy exitosa.

#### ADAPTACIÓN: FACILITADOR

El falso sí mismo se organiza, de manera normal, como elementos ordinarios de socialización, incluyendo la conducta educada, compostura personal, modestia falsa, pero encantadora y el control deliberado de los deseos e impulsos personales. Sin este falso sí mismo benigno, una especie de álter ego sofisticado, el verdadero sí mismo sin adornos no obtiene un lugar tan exitoso o tan satisfactorio en la sociedad.

#### EL VERDADERO SÍ MISMO: VIVACIDAD

El **verdadero sí mismo**, en opinión de Winnicott, es real, espontáneo y creativo. Se origina en la “vivacidad” de los tejidos y funciones del cuerpo, en especial el latido del corazón

y la regularidad de la respiración (Winnicott, 1960/1965a, p. 148). Al principio, el verdadero sí mismo está ligado al proceso primario de pensamiento del inconsciente y, por consiguiente, no responde a la realidad externa (véase la revisión del proceso primario de pensamiento en el capítulo 3). En lo esencial, el verdadero sí mismo es sinónimo de la “experiencia de estar vivo”.

Si al inicio es poco más que la vivacidad sensorial motora, el verdadero sí mismo se hace más complejo y desarrolla sus propias conexiones con la realidad. Al principio, la realidad se entiende como una proyección del mundo interno. Algo después, la realidad es en verdad “real” en el sentido de tener una existencia objetiva, fuera del sí mismo. Por último, el fortalecido verdadero sí mismo se vuelve capaz de tolerar dos clases de rupturas momentáneas en la continuidad personal. Primero, después del surgimiento del verdadero sí mismo, los traumas físicos como separaciones breves de la madre o las enfermedades físicas no tienen el efecto devastador que tenían antes de ello. Segundo, las experiencias normales del falso sí mismo, como la de ser enseñado a decir “gracias” cuando el niño apenas se siente agradecido, se toman con calma como parte de la socialización común sin la integridad del verdadero sí mismo. En este sentido, todos desarrollamos una máscara social normal o un falso sí mismo cuya función es proporcionar sometimiento superficial en los contextos sociales en los que éste se requiere de manera rutinaria (Winnicott, 1964d/1986, p. 67). Al funcionar de esta forma, el falso sí mismo es un compromiso social.

Entre el sueño y la realidad debe encontrarse un nivel de funcionamiento intermedio del falso sí mismo localizado entre el compromiso sano y la defensa patológica. La gente que desarrolla un sí mismo dócil, un sí mismo capaz de manipular símbolos y el lenguaje puede usar sus habilidades para representar papeles, de manera deliberada, amena y convincente en el mundo del teatro. El falso sí mismo se convierte en una sublimación del verdadero sí mismo en lugar de un defensor. Sin embargo, cuando la escisión entre el verdadero y el falso sí mismo es grande, la persona se empobrece en el uso de símbolos, lenguaje y habilidades culturales.

El mayor peligro del falso sí mismo exitoso es ser demasiado exitoso. Al ocultar al verdadero sí mismo, el falso sí mismo puede sepultar tan profundo sus potencialidades que dejan de ser accesibles y ya no constituyen el núcleo de lo que la persona “está por ser”. Irónicamente, un falso sí mismo “demasiado exitoso” puede resultar en la destrucción del verdadero sí mismo que originalmente fue creado para impedir.

#### OBJETOS TRANSICIONALES Y FENÓMENOS TRANSICIONALES

Un **objeto transicional**, en la opinión de Winnicott, es cualquier cosa (incluso una parte del cuerpo del niño, como el puño o el pulgar) con el que el niño se relaciona (Winni-

cott, 1959/1989, p. 53), es decir, en palabras de Winnicott, la "primera posesión no-yo" del niño. Muy pronto, el puño cerrado del niño es explorado en la boca con la lengua y los labios, de manera muy parecida a como se exploraron y se comprendieron el pecho o el biberón. Más tarde en el desarrollo, algunos objetos externos (como sonajas y juguetes de peluche) se convertirán en objetos transicionales con los cuales el bebé establece una relación, orientado por la ayuda delicada de la madre receptiva.

Al principio, cuando se despiertan las necesidades del bebé, éstas proporcionan sus propios objetos según se requiera (el puño o el pulgar en la boca). En ocasiones, el llanto del niño y otras señales de aflicción instigan a la madre a proporcionar el pezón o la botella. Desde el punto de vista del niño, el mero deseo de tener algo es lo que en verdad ocasiona la satisfacción de ese deseo. Al niño le parece que el deseo subjetivo es suficiente para crear la gratificación.

De este modo el bebé tiene una sensación de omnipotencia mágica. En algunas ocasiones, el niño "invocará" una imagen de lo que desea y, puesto que la madre sensible está compenetrada y puede interpretar las señales de curiosidad o malestar de su hijo, proporciona de una manera aparentemente mágica el objeto exacto que se desea: un osito, la sonaja, una frazada o cosas similares. Winnicott llama "momento de ilusión" a esta satisfacción al parecer mágica de un deseo.

Al principio, la madre por medio de una adaptación casi total permite al bebé la oportunidad para tener la ilusión de que el pecho es parte del niño y que está, por así decirlo, bajo el control mágico del niño. Lo mismo puede decirse en términos del cuidado general del infante, en los tranquilos momentos entre los alborotos. La omnipotencia es casi un hecho de la experiencia. La tarea posterior de la madre es la desilusión gradual del niño, pero no tiene esperanza de éxito a menos que haya podido darle oportunidad suficiente para la ilusión.

En otras palabras, el pecho es creado una y otra vez por el niño de su capacidad para amar o (se podría decir) de la necesidad. En el bebé se desarrolla un fenómeno subjetivo, al que llamamos el pecho de la madre. La madre pone el verdadero pecho justo en el momento correcto y en el lugar donde el bebé está listo para crear (Winnicott, 1971, pp. 12-13).

Además del pecho, el bebé reconoce vagamente que otros "objetos" (como un osito o la frazada favorita) no pertenecen a su cuerpo ("no-yo"). Sin embargo, no necesariamente se comprende del todo que pertenecen al mundo exterior o a otra persona (Winnicott, 1971, p. 2). Dichos objetos son transicionales en el sentido de:

- *Lugar*: tienden un puente entre lo interno y lo externo.
- *Agencia*: tienden un puente entre la omnipotencia alucinatoria y la dependencia de un agente externo real.
- *Separación*: tienden un puente entre no-yo y yo.

Para Winnicott, lo importante no es el objeto en sí, sino el proceso de transición entre la alucinación subjetiva y la

prueba de realidad objetiva. Esos objetos no son del todo mágicos ni del todo reales. Son transicionales.

He introducido los términos "objeto transicional" y "fenómeno transicional" para designar el área intermedia de la experiencia, entre el pulgar y el osito, entre el erotismo oral y la relación objetual verdadera, entre la actividad creadora primaria y la proyección de lo que ya ha sido introyectado, entre el desconocimiento primario de la deuda y el reconocimiento de la misma (decir: ¡gracias! [es decir, "gracias"]) (Winnicott, 1951/1992, p. 230).

De este modo, para Winnicott, los objetos y los fenómenos transicionales son en esencia intermediarios entre la realidad y la ilusión, marcas en el camino de la completa aceptación de lo real. Sin embargo, existen "reglas de propiedad" acerca de los objetos transicionales que el niño ejerce con cuidado:

- El bebé asume derechos sobre el objeto, y estamos de acuerdo con esta suposición. No obstante, desde el inicio alguna derogación de la omnipotencia es un rasgo.
- El objeto es abrazado con afecto así como amado y mutilado con impaciencia.
- Nunca debe cambiar, a menos que sea cambiado por el bebé.
- Debe sobrevivir al amor instintivo y también al odio, y, si es una característica, a la agresión pura.
- Con todo, al infante debe parecerle que le da calidez, que se mueve, tiene textura o hace algo que parece demostrar que tiene vitalidad o realidad por sí mismo.
- Desde nuestro punto de vista viene del exterior, pero no desde el punto de vista del bebé. Tampoco viene del interior; no es una alucinación.
- Su destino es permitir que sea gradualmente descatectizado, de modo que en el curso de los años se convierta en algo no tanto olvidado sino relegado al limbo. Con esto quiero decir que en la salud, el objeto transicional no "va al interior" y el sentimiento sobre él no necesariamente es reprimido. No se olvida ni se llora su pérdida, pierde significado... (Winnicott, 1951/1992, p. 233).

Winnicott supuso que, al menos para algunos niños en ciertas circunstancias, el objeto transicional servía como el símbolo de un objeto parcial. Es decir, un pedazo de la frazada apreciada para algunos niños podría simbolizar el pecho que alimenta; para otros podría simbolizar las heces (1951/1992, p. 236). Pero el propósito fundamental sigue siendo el mismo: los objetos transicionales son las primeras herramientas del niño para superar la brecha entre la ilusión de la creación mágica de los objetos deseados y la desilusión de que dichos objetos tengan su propia existencia.

A la larga el niño aprende a distinguir entre "yo" y "no yo", entre "interno" y "externo", y entre ilusión y realidad. La realidad en la forma de frustración y obstáculos externos se da a conocer por sí misma, y la propia madre se convertirá en un objeto real con el cual el niño establece una relación

mutua. De esta relación saldrán importantes comprensiones psicológicas acerca de la confianza en sí mismo, la confianza en otros y cómo relacionarse con la gente.

## EXPLORACIÓN DE CUESTIONES MÁS PROFUNDAS

Casi al final de su vida, Winnicott dirigió su atención a aspectos paradójicos de la vida y la muerte. El viejo pediatra tenía una fascinación renovada por los conceptos de supervivencia, creación y aniquilación. Maestro de juego de palabras y paradojas, Winnicott era cada vez más filosófico. Su pensamiento se hizo más abstracto y orientado hacia las implicaciones filosóficas de los conceptos psicoanalíticos. En este estado de ánimo, Winnicott introdujo una distinción entre usar y relacionarse con un objeto. La distinción incorporaba su último interés por un planteamiento que elevara la paradoja psicológica al existencialismo metafísico. El tema de la supervivencia se colocó directamente en el centro del círculo de la creación, destrucción y recreación: el ciclo universal del nacimiento, la muerte y la renovación.

### EL CICLO DE LA VIVACIDAD: USAR UN OBJETO

El planteamiento que hizo Winnicott de los objetos y fenómenos transicionales ya había sentado las bases para reconocer la importancia de la paradoja en las relaciones objetales:

Debería poner aquí un recordatorio de que la característica esencial en el concepto de objetos y fenómenos transicionales... es la *paradoja y la aceptación de la paradoja*: el bebé crea el objeto, pero el objeto estaba ahí a la espera de ser creado y convertirse en un objeto catectizado. He intentado llamar la atención a este aspecto de los fenómenos transicionales al afirmar que todos sabemos que las reglas del juego nunca retarán al bebé a suscitar una respuesta a la pregunta: ¿tú lo creaste o lo encontraste? (Winnicott, 1968b/1989, p. 221)

Al plantear el concepto de fenómenos transicionales, Winnicott había logrado difundir el enfoque psicoanalítico usual. En lugar de la comprensión tradicional de que el mundo externo sólo es interesante en la medida en que es una proyección del mundo interno, Winnicott estudió el mundo externo en sus propios términos. Los fenómenos transicionales son el puente entre el mundo interno y el externo. Para existir, requieren una interacción entre la realidad subjetiva y la objetiva. Paradójicamente, los objetos transicionales son proyecciones y descubrimientos. Parte ilusión, parte percepción, los fenómenos transicionales pertenecen al terreno central entre lo irreal y lo real. Son proyecciones enviadas al mundo objetivo por un bebé que las crea en el mundo subjetivo; pero por definición, las proyecciones se proyectan en algo. Ese algo apropiado siempre es un algo accesible. Es algo que resulta estar disponible justo en el momento en que

el bebé está listo para crear. En este sentido metafísico, entonces, el bebé crea y recrea, de manera repetida, su imagen y experiencia del pecho como objeto amoroso (Winnicott, 1951/1992, p. 238).

Winnicott sostiene ahora que un bebé progresa de relacionarse a usar el objeto amoroso. La transición entre relacionar y usar presupone la destrucción del objeto en la fantasía. La secuencia específica sigue esta lógica: en la primera fase, **relacionarse con el objeto** requiere que el niño avance de la comprensión mágica de la existencia del objeto como una proyección bajo control omnipotente a la comprensión realista del objeto como una entidad de existencia real, independiente y objetiva. La madre se convierte en una persona. En ese punto, según la hipótesis de Melanie Klein, la destructividad innata del bebé se encuentra con un obstáculo que no había encontrado nunca antes. Los objetos reales sobreviven a las fantasías de destrucción.

De hecho, el avance más importante del desarrollo en la distinción entre la fantasía y la realidad proviene de esta tenaz negativa de los objetos reales a ser borrados por el deseo. “¡Aja!”, dice el infante, “la destrucción total no es la destrucción total” para los objetos que existen en realidad y que siguen existiendo. El intento de destrucción (y lo que es más importante, el fracaso de ese intento) es el desencadenante para que el niño saque al objeto de la realidad subjetiva para ponerlo directamente en el mundo (Winnicott, 1968b/1989, p. 223). Winnicott resumió de la siguiente manera la lógica paradójica de su hipótesis:

Ésta es una posición a la que el individuo puede llegar en las etapas iniciales del crecimiento emocional sólo a través de la supervivencia real de los objetos catectizados que al mismo tiempo están en el proceso de ser destruidos por ser reales, volverse reales por ser destruidos... (1968b/1989, p. 223)

y

*No hay enojo en la destrucción del objeto al que me estoy refiriendo, aunque se podría decir que hay alegría cuando el objeto sobrevive. A partir de este momento, u originado en esta fase, el objeto en la fantasía siempre es destruido. Esta cualidad de “ser destruido siempre” hace que la realidad del objeto superviviente, sentida como tal, fortalezca el tono de la sensación y contribuya a la constancia del objeto. El objeto ahora puede ser utilizado (1968b/1989, p. 226; itálicas en el original).*

Un efecto importante de la hipótesis de Winnicott fue lograr que el psicoanálisis dejara de hacer hincapié en la teoría de que la comprensión del bebé de la realidad externa se basa sobre todo en sus propias proyecciones. De acuerdo con su prolongado acento en la facilitación del ambiente, el concepto de Winnicott de **uso del objeto** dividió la atención por igual entre la realidad interna y la externa.

Pero ¿cuál es el significado preciso de decir que el niño progresa de relacionarse con el objeto a utilizarlo? Winnicott afirmaba que el hecho de que el niño se dé cuenta de que el objeto sobrevive a sus ataques (sin represalias) no sólo le permite

creer en su existencia externa, sino también confiar en el objeto. Un objeto que sobrevive a la destrucción más intensa que el bebé puede reunir y que no contraataca es una madre “lo suficientemente buena” cuya confiabilidad y honradez pueden usarse, ser útiles, para aprender a enfrentar la vida.

## FUENTES PERSONALES DE LA NIÑEZ DE WINNICOTT

La mayoría de los biógrafos de Winnicott están de acuerdo en que tenía una fuerte identificación con su madre y un vínculo de empatía con todas las madres (en especial C. Winnicott, 1978, 1979; véase también Goldman, 1993, pp 47 ss; Jacobs, 1995; Kahr, 1996; Phillips, 1988). La segunda esposa de Winnicott, Clare, describió la niñez de Winnicott como “demasiado buena para ser cierta” en el sentido particular de que Donald fue amado, sabía que era amado y creía que era merecedor de ser amado (1989, p. 9). Creció siendo esencialmente feliz y seguro. A juzgar por el fundamento de la teoría que dejó atrás, es indudable que su visión de la humanidad fue individualizada por sus experiencias (incluso, por fuerza, las idiosincrásicas), pero no parece haber sido impulsada por la psicopatología.

### MIMADO POR MUCHAS MADRES

Donald Winnicott nació en 1896 en Plymouth, Inglaterra. Fue el menor de tres hijos y el único hijo varón de John Frederick Winnicott y Elizabeth Martha Woods. La familia Winnicott pertenecía a la Iglesia Metodista Wesleyan (Phillips, 1988, p. 23), cuya tradición, según Clare Winnicott (1983/1991, p. 184), fomenta la independencia, la confianza en sí mismo y el inconformismo, características que ciertamente describían a Winnicott.

Siendo adulto, Winnicott recordaba que: “...en cierto sentido, yo era un hijo único con muchas madres y con un padre muy preocupado en mis años jóvenes por la ciudad y por cuestiones de negocios” (citado en C. Winnicott, 1989, p. 8). Clare Winnicott recordaba que Donald creía que no había tenido contacto suficiente con su padre: “De modo que él dice: fui dejado en exceso con todas mis madres. ¡Gracias a Dios que me enviaron fuera a los 13 años!”. De hecho, casi todos los miembros de la familia Winnicott en la que Donald creció eran mujeres. La casa de los Winnicott estaba habitada por dos hermanas mayores, su madre, una niñera, a veces una institutriz para sus hermanas Violet y Kathleen, su tía Delia y otra tía, una cocinera y varias doncellas, y todas “adoraban” a Donald (Kahr, 1996, p. 5). Todas las mujeres Winnicott querían a los niños y todas ellas, ya en los años de su vejez, conservaban el don de jugar y hablar con los chicos (C. Winnicott, 1983/1991).

Esta situación inusual en la niñez de ser un pequeño cubierto por madres y prácticamente privado del padre parece

haber dejado una impresión imborrable en el desarrollo psicológico de Winnicott, que tuvo por resultado una poderosa identificación femenina. En primer lugar, como el joven Donald recibió mucho afecto de tantas mujeres con las que interactuaba de manera confiable, se sintió protegido, a salvo y seguro, y esta estabilidad emocional le proporcionó un cimiento sólido para una vida adulta resistente, productiva y creativa. En segundo lugar, el predominio de las mujeres en la niñez de Winnicott estimuló su fascinación por el mundo interno de la mujer (Kahr, 1996, p. 6).

### LA MADRE DE DONALD: ELIZABETH WOODS

La verdadera madre de Donald es una figura biográficamente poco clara acerca de la cual se conocen pocos detalles. Existe alguna evidencia de que Elizabeth Woods enfrentó durante su vida episodios de depresión y que el distante padre de Donald esperaba que el niño cuidara y alegrara a su madre (Kahr, 1996, p. 10). Clare Winnicott citó la observación de su marido de que “... tal vez sea verdad que en los primeros años [mi padre] me dejó demasiado con todas mis madres. Las cosas nunca se arreglan por sí solas” (C. Winnicott, 1989, p. 8; véase también C. Winnicott, 1978, p. 24). A los 67 años, Winnicott escribió un poema acerca de su madre titulado *El árbol*, que envió a su cuñado con una nota en la que reconocía el dolor que sintió al escribirlo:

La madre está abajo llorando

llorando

llorando

Así la conocí

Una vez, extendido sobre su regazo

Como ahora sobre el árbol muerto

Aprendí a hacerla sonreír

a detener sus lágrimas

a deshacer su culpa

a curar su muerte interior

Darle vida era mi vida

(citado en Phillips, 1988, p. 29).

El árbol al que hacía referencia en el título era un lugar especial al que se retiraba el joven Donald para hacer su tarea. Phillips (1988) señala que existe un simbolismo religioso en la metáfora elegida por Winnicott:

En el poema es claro que Winnicott se identifica con Cristo y el Árbol del título es la Cruz... La escalofriante imagen de sí mismo extendido sobre su regazo “Como ahora sobre el árbol muerto”, al omitir el artículo definido sugiere que una vez que está muerto no es un árbol en particular, tan anónimo como un bosque muerto (Phillips, 1988, pp. 29-30).

Su poema alude al papel que el joven Winnicott desempeñó para combatir la “falta de vida” de su madre. El poema

también expresa, de manera conmovedora, temas de los que Winnicott se ocupó profesionalmente durante toda su carrera:

- Sentirse totalmente vivo o sentir el adormecimiento de la muerte.
- La depresión materna experimentada como agresión por el niño.
- Las necesidades de sostén materno del niño.
- El papel protector de un falso sí mismo que en la superficie muestra una alegría conformista.
- El falso sí mismo como cuidador.

Winnicott entendió que al inicio y al final de su vida había hecho "...una forma de vida de mantener viva a su madre" (Phillips, 1988, p. 30).

### EL PADRE DE DONALD: SIR JOHN FREDERICK WINNICOTT

John Frederick Winnicott era un comerciante de éxito especializado en corsés femeninos. Era un hombre religioso con una fuerte fe que asistía con regularidad a la iglesia. John Winnicott fue electo dos veces alcalde de la ciudad de Plymouth y fue nombrado caballero en 1924 (Phillips, 1988, p. 23). "Sir Frederick", como llegó a ser conocido, era activo en la política de la ciudad y la comunidad de negocios, e incluso se convirtió en administrador del Hospital de Plymouth y en presidente de la Cámara de Comercio de Plymouth. A pesar de esos logros, durante toda su vida adulta, John Frederick se sintió inseguro por su falta de educación formal (Phillips, 1988, p. 23). Sus aspiraciones a convertirse en miembro del Parlamento se fueron a pique con toda una vida de dificultades de aprendizaje, que John Frederick creía que le habían robado la confianza de entrar al mundo de la política fuera de su comunidad local (Kahr, 1996, p. 4).

Debido a su éxito en los negocios y la política local, John Frederick era una figura paterna distante y no fue un padre bueno o cercano para Donald. Su relación con Donald era formal más que íntima y en ocasiones sorprendentemente autoritaria. De hecho, John Frederick podía ser tan insensible a las necesidades de su hijo que Donald corría el riesgo de ser humillado con el rechazo de su padre incluso por infracciones menores al decoro apropiado. En una ocasión, Donald, de 12 años, usó la palabra caray como improprio durante la comida de mediodía:

...mi padre parecía apenado cómo sólo él podía verse, culpó a mi madre por no ver que yo tuviera amigos decentes, y desde ese momento se preparó para enviarme a un internado, cosa que hizo cuando tenía trece años (citado en C. Winnicott, 1989, p. 8).

Existe alguna indicación de que la naturaleza del rechazo y las burlas de John Frederick estaban ligadas a cuestiones de la masculinidad o sexualidad de Donald. Cuando Donald tenía sólo tres años, subió por la pendiente cubierta de hierba del jardín armado con su mazo de croquet de tamaño infantil

para vengarse y hacer un pedazo de la historia familiar. En el pasto alto, golpeó la nariz de una muñeca de cera llamada "Rosie" que pertenecía a sus hermanas. Rosie era una fuente particular de irritación para el joven Donald porque su padre a menudo se burlaba de él con la muñeca haciendo la parodia de una canción popular de la época en una voz que pretendía hacer mofa:

Rosie le dijo a Donald

Te amo

Donald le dijo a Rosie

No creo que lo hagas

(citado en C. Winnicott, 1989, p. 7)

Winnicott (1989, p. 7) dice que él "sabía que la muñeca tenía que ser destruida para mal y buena parte de mi vida se ha basado en el hecho indudable de que en realidad lo hice, no me limité a desearlo y a planearlo". Irónicamente, el padre revivía parte de la culpa de su hijo calentando la cera de la cabeza de la muñeca con una serie de fósforos dándole forma en un rostro más o menos reconocible.

Esta demostración temprana del acto de restitución y reparación ciertamente me impresionó y tal vez me permitió aceptar el hecho de que yo mismo, un querido niño inocente, en verdad me había mostrado violento directamente con una muñeca, pero indirectamente con mi desenfadado padre, quien apenas entonces entraba en mi vida consciente (Winnicott, citado en C. Winnicott, 1989, p. 8).

Winnicott presenta de manera clara y defensiva el recuerdo de su padre como un hombre admirable, de buen carácter y amable por el que sólo sentía admiración y amor. Pero era el padre el que lo humillaba al burlarse reiteradamente de su hijo.

### IMPLICACIONES DE LA NIÑEZ DE WINNICOTT

La afinidad y empatía de Winnicott por las madres, su riguroso enfoque en la maternidad más que en la paternidad y sus impresionantes talentos para "proteger" y "sostener" a sus pacientes eran congruentes con sus experiencias personales con "múltiples madres" y la tradición de su familia de cuidar de los niños.

Es posible hacer al menos tres inferencias de la muestra de episodios revisados de la vida inicial de D. W. Winnicott. Primero, en comparación con la mayoría de los teóricos que examinamos en este libro, Winnicott tuvo una niñez feliz, segura y saludable en una familia cálida y cariñosa. Por este motivo, su visión del desarrollo de la personalidad resalta la colaboración espontánea entre los niños y sus padres en lugar de los conflictos representados entre ellos.

Segundo, el hecho de que Winnicott no sufriera inseguridad en la niñez no implicaba inmunidad contra otras formas de rechazo materno. Aunque aún está por escribirse la bio-

grafía definitiva, los datos existentes de la historia personal de Winnicott dejan claro que su sensibilidad a los fracasos en el "sostén" materno surgió de sus propias experiencias de tratar de reanimar a una madre emocionalmente entumecida y deprimida.

Tercero, la teoría de Winnicott menciona las contribuciones de los padres al desarrollo de sus hijos, pero apenas. Los padres no están en el centro de atención de Winnicott justo como sir Frederick no estaba en la vida diaria de su hijo.

---

## UNA ÚLTIMA PALABRA SOBRE D. W. WINNICOTT

D. W. Winnicott siguió una línea de pensamiento independiente en su mezcla de enfoques de la práctica médica de la pediatría y el psicoanálisis. Más que los otros teóricos de las relaciones objetales, fue un observador cuidadoso de la conducta real de bebés y niños. Igual que Anna Freud (capítulo 6), ajustó su conducta para fortalecer sus relaciones con sus jóvenes clientes. También destacó los aspectos saludables de las conductas que Melanie Klein y otros pueden haber descartado como simplemente patológicos.

---

## EVALUACIÓN DE LA TEORÍA DE LAS RELACIONES OBJETALES

Igual que la teoría madre de la que surgieron los modelos de las relaciones objetales, cada uno de ellos comparte las fortalezas y debilidades de los planteamientos psicodinámicos.

### REFUTABILIDAD DE LA TEORÍA DE LAS RELACIONES OBJETALES

El punto de atención principal de los teóricos de las relaciones objetales es la supuesta dinámica inconsciente (en ocasiones incluso de un bebé apenas verbal) más que las transacciones de las relaciones interpersonales observables. Como resultado de este enfoque, la mayor parte de sus hipótesis no pueden verificarse. Sólo puede inferirse lo que supuestamente sucede en la mente del bebé mientras interactúa con su madre.

Algunas inferencias son más razonables que otras, pero lo razonable no es equivalente a refutabilidad. En un examen riguroso, los planteamientos de Klein parecen ser deficientes tanto en la congruencia de su lógica como en la vasta distancia entre sus inferencias y las observaciones en que supuestamente se basaron. Las propuestas de Winnicott, influenciado por Klein, están más cerca del sentido común pragmático. Sin embargo, a excepción del concepto de objeto transicional, las hipótesis de Winnicott por desgracia son también inferencias acerca de la dinámica inconsciente que están lejos de la posibilidad de prueba empírica.

## AGENCIA HUMANA REACTIVA O PASIVA EN LAS TEORÍAS DE LAS RELACIONES OBJETALES

Los planteamientos de Klein conservan elementos importantes de la teoría clásica de la pulsión y su dependencia de un modelo reactivo del sistema nervioso. Los bebés kleinianos son niños tensos que descargan sus pulsiones, de manera reactiva, en los objetos disponibles. Por otro lado, Winnicott ve a las personas, desde los primeros días de sus vidas, como constructores colaborativos de la realidad social. Sus conceptos del progreso del bebé del pensamiento mágico omnipotente a la relación con el objeto y al uso del objeto al construirlo, destruirlo y al redescubrir con alegría que sobrevive en la realidad son conceptos de un agente activo.

## EL ACENTO IDEOGRÁFICO DE LA TEORÍA DE LAS RELACIONES OBJETALES

Comparten con el psicoanálisis ortodoxo la meta de entender al individuo. Para los teóricos de las relaciones objetales, el desarrollo de la personalidad y las formas en que puede salir mal son estrictamente de "una persona a la vez". Una meta, en gran medida no alcanzada, también es descubrir regularidades generalizables de la conducta.

---

## RESUMEN

La teoría de las relaciones objetales se adelantó al modelo ortodoxo freudiano de dos maneras. Primero, se introdujo al psicoanálisis una perspectiva del desarrollo más ambiciosa basada en el trabajo clínico directo con niños. Segundo, se extendieron, de manera sustancial, las referencias pasajeras de Freud a la propensión del yo a conservar el carácter de sus objetos perdidos. Las relaciones íntimas, más que la gratificación de las pulsiones, se convirtieron en el medio y el mensaje del psicoanálisis. A diferencia de los neofreudianos, a quienes consideramos en capítulos posteriores, los teóricos de las relaciones objetales querían preservar tanto como pudieran del psicoanálisis ortodoxo.

### MELANIE KLEIN

A partir de las observaciones de sus propios hijos, los planteamientos iniciales de Melanie Klein eran aplicaciones educativas demasiado entusiastas de la teoría clásica. Al principio presentó sus planteamientos como una "formación educativa psicoanalítica" diseñada para ser un tipo de profilaxis de la mente del niño. De muchas otras formas, Klein llevó a Freud a su mundo y luego extendió sus palabras más allá de cualquier cosa que Freud pretendiera. Pronto hizo retroceder en el tiempo la comprensión psicoanalítica hasta los primeros días de vida, donde a la larga encontró un yo y un superyó con pleno funcionamiento y una pulsión agresiva notablemente activa. Atribuía incluso a los niños más pequeños una capacidad imaginativa inconscientemente activa a la que llamó "fantasma". Las imágenes fantasmales son reales para el bebé, tan reales como las personas de las que se derivan y sobre las cuales serán proyectadas.

El trabajo de Klein en ocasiones se ve como un correctivo feminista de la teoría freudiana dominada por el hombre. En contraste con el acento de Freud en la importancia del pene para ambos géneros, Klein colocó al pecho femenino, el primer amor y el objeto amoroso más duradero del niño, en el centro de su mundo psicológico.

La noción que tiene Klein del infante imagina una criatura inherentemente agresiva, sádica y oportunista que se asusta por su propia agresión. Para protegerse de las represalias que imagina que podría tomar el objeto amoroso, el bebé escinde los objetos en bueno y malo. El preocupado infante anticipa la persecución de los objetos malos e idealiza a los buenos por su protección.

Con el tiempo, Klein moderó el papel de la agresión en su teoría y lo complementó con planteamientos sobre angustia, culpa, envidia y reparación. Ahora se entendía que el bebé envidia al objeto bueno (el pecho) por su abundante bondad. Las fantasías de destrucción del objeto bueno no sólo provocan angustia, sino también sentimientos de culpa. Surge la necesidad de reparar al objeto bueno y el infante cree, de manera omnipotente, que puede lograr esta proeza mágica.

Klein llama "posiciones" a esos diversos hitos en el progreso del bebé hacia la conceptualización de la madre como persona real para destacar que son procesos que continúan toda la vida. A la primera posición en el desarrollo se le llamó la *posición paranoide* porque la angustia central es el miedo del niño a su propia aniquilación. Mediante un intrincado giro lógico, Klein argumentó que el infante teme que el objeto destruido pueda reorganizarse en su interior y reiniciar su persecución. En un momento posterior del desarrollo, se hace dominante la angustia o preocupación por el bienestar del objeto. Cuando el bebé comprende que la madre como persona está en riesgo de sufrir su ira, se entra a la *posición depresiva*. Ahora la preocupación principal del bebé es proteger al objeto bueno de sus ataques y de los montados contra la madre por los objetos malos internalizados. Para complementar la estrategia defensiva de reparación, el yo puede adoptar, de manera temporal, lo que Klein llamó la *posición maniaca*. Esta fase del desarrollo se caracteriza por la necesidad de tomar control omnipotente del objeto, dominarlo al ejercer el poder de vida y muerte sobre él y protegerlo de sus propios impulsos sádicos.

Aunque al principio Klein propuso la escisión como una defensa infantil elemental y primitiva contra el reconocimiento de que el objeto bueno y el malo son uno, elaboró el concepto en una serie de estratagemas complejas del desarrollo. Al final, la *escisión* hacía referencia a la división del objeto (bueno y malo), a la escisión defensiva del yo o disociación represiva, a la escisión de las relaciones objetales (amor y odio), e incluso a la escisión de las estructuras duraderas de la personalidad como el ello y el superyó. Una defensa complementaria y relacionada es la *identificación proyectiva*, por medio de la cual el bebé se identifica con el objeto bueno escindido y se distancia del objeto malo escindido. Pero el objetivo de la proyección, la madre, puede encontrar que el niño se comporta de formas que coaccionan, de manera sutil, su conducta hacia la conformidad con la proyección del niño. La identificación proyectiva puede de este modo ser una especie de profecía autorrealizada mediante la cual el proyector manipula lo proyectado para acatar el deseo incorporado en la proyección.

El modelo de Klein del desarrollo infantil se basa en inferencias importantes acerca de la mente del infante. A muchos observadores les parece que las deducciones específicas de Klein nos dicen menos acerca de la mente infantil que acerca de lo que había en la

mente de Klein. En la medida que esto sea cierto, son las proyecciones de la propia Klein.

## D. W. WINNICOTT

Formado como pediatra, Donald Woods Winnicott trajo al psicoanálisis una sensibilidad pragmática arraigada en el sentido común. Tenía un don para comunicarse con los niños y a menudo empleaba los juegos más simples como evaluaciones diagnósticas. El juego de los garabatos y sus observaciones de los bebés que se llevaban a la boca un abatelenguas brillante (la "espátula") formaban parte del enfoque consultivo de Winnicott de la psiquiatría infantil.

Transfirió a su trabajo clínico y a sus planteamientos teóricos psicoanalíticos esa misma actitud espontánea y flexible. No obstante, influenciado por Melanie Klein, Winnicott era categórico en su intención de mantener su independencia intelectual y creativa. Entendía a los bebés como colaboradores más que como agresores sádicos. Si bien encontraba valor en las "posiciones" del desarrollo de Klein, hizo todos los esfuerzos por despojarlas de la patología al enfocarse en los logros del bebé cuando enfrenta su mundo interpersonal. Winnicott argumentaba que la vida, por lo regular, es difícil y que la mayoría de los niños muestran en algún momento, formas de conducta que parecen patológicas. Pero, con un examen más de cerca asociado con una disposición a tolerar el comportamiento excéntrico o perturbador, los adultos pronto descubren que la mayoría de los niños pueden afrontar las dificultades reales de la vida si sus madres les brindan un *sostén* lo bastante seguro y reconfortante.

Las tareas básicas del desarrollo para el bebé cuya madre le proporciona el sostén físico y metafórico que facilita el desarrollo son tres: integración, personalización y realización. La *integración* se refiere a la organización de la personalidad, facilitada por la atención de la madre a la satisfacción confiable de las necesidades de su hijo. La *no integración*, el contrario de la integración de Winnicott, es una fase primordialmente normal del desarrollo que el bebé no encuentra angustiante. *Personalización* es el término de Winnicott para referirse al logro del bebé de vincular la realidad interna y externa mediante el reconocimiento de los límites de su propio cuerpo físico. Con esto quiere decir que el bebé "personaliza" (toma posesión de) su cuerpo con la ayuda de los cuidados de la madre, de modo que "éste es mi dedo" empieza a tener significado real. Por último, Winnicott empleó el término *realización* para referirse a la aceptación del niño de la realidad externa como real, objetiva y duradera en contraste con el mundo interno de fantasía. Aquí la madre ayuda a su hijo a lograr la "desilusión": la comprensión de que la ilusión, por muy satisfactoria que sea, simplemente no es una realidad compartida.

Winnicott sugirió que la "*madre lo suficientemente buena*" proporciona la seguridad suficiente para permitir que su hijo domine su propia agresión, acepte las dificultades de la vida real y desarrolle un sí mismo espontáneo y auténtico al que denominó el *verdadero sí mismo*. En contraste, la maternidad que "no es lo suficientemente buena" exhibida; por ejemplo, por la madre deprimida, negligente o con una enfermedad psiquiátrica, fomenta el desarrollo de un sí mismo protector como una máscara, llamado el *falso sí mismo*. Los niños pueden desarrollar niveles diferentes de protección del falso sí mismo que varían en su grado de inadaptación. En la parte del continuo correspondiente a la inadaptación extrema se encuentra el falso sí mismo, cuya función es ocultar por completo al verdadero

sí mismo en un esfuerzo por protegerlo de la manipulación en el contacto social. En el extremo opuesto del espectro, la mayoría de los niños desarrollan una especie de falso sí mismo socialmente cooperativo que facilita el éxito social en lugar de separar al verdadero sí mismo con un muro. Entre esos extremos, los niños encuentran maneras saludables y no tan saludables de proteger sus vidas internas de los “impedimentos” y las posibles traiciones. Pero Winnicott creía que entre más se desarrollara el poder protector del falso sí mismo, menos “vivo”, espontáneo y juguetón podría sentirse el verdadero sí mismo.

Como parte de su “sostén” diestro y empático, la madre que es lo suficientemente buena proporciona justo las cosas que el bebé necesita en el momento preciso que el niño está listo para ellas. En la famosa frase de Winnicott “no hay tal cosa como un bebé” se entiende mejor a los niños como parte integral de la “unidad madre-lactante”. Winnicott imaginaba la relación entre madre e hijo como una colaboración de dos compañeros muy desiguales. La tarea de la madre es “encogerse” al tamaño del bebé para entender las necesidades de su hijo porque éste no puede ampliarse al tamaño del adulto para decirle cuáles pueden ser éstas. La madre que es lo suficientemente buena proporciona al niño el sostén suficiente para que domine sus temores más primitivos, las angustias inimaginables:

- Quedar deshecho
- Caer para siempre
- No tener relación con el cuerpo
- No tener orientación
- Aislamiento completo porque no hay medio de comunicación

A lo largo del camino, el niño aprende la diferencia entre esas partes del sí mismo y la madre que “me” pertenecen y las que “no son mías”. Una vez que se logra esta división entre la realidad interna y externa, el bebé puede tolerar una mayor separación de sus objetos amorosos. Para tender un puente a la separación, se “creará” en colaboración con la madre un *objeto transicional*, la primera posesión “no soy yo” del infante. Un pedazo de una frazada suave, un juguete de peluche, incluso un pañuelo o una pieza de ropa (“el niffle”) pueden cumplir el papel de objeto transicional. Es la decisión del bebé en cooperación con la madre que facilita y apoya la elección.

Hacia el final de su vida, cuando la supervivencia personal estaba en tela de juicio, Winnicott creó una distinción final del desarrollo entre relacionarse con un objeto y utilizarlo. A partir de un sueño evocado por la lectura de la autobiografía de Jung, Winnicott llegó al *insight* de que el niño tiene que fantasear la destrucción de su objeto amoroso para descubrir que, sin embargo, el objeto en realidad sobrevive. Ese descubrimiento infantil no sólo le permite al niño relacionarse con el objeto, de una manera dependiente, sino también confiar lo bastante en la confiabilidad y durabilidad del objeto de modo que pueda utilizarlo para facilitar su crecimiento hacia la independencia. Como Winnicott lo señaló, la progresión de la relación al uso involucra la creación por medio de la destrucción.

En total, la psicología del yo extendió considerablemente los límites de la teoría clásica. El ser humano ya no es una “reunión de mentes” o un campo de batalla en cuyo terreno los batallones de la mente erigen obstáculos, dirigen ataques y sufren derrotas. La psicología psicoanalítica ya no se restringe al estudio de las personalidades enfermas. Todo el ciclo de vida (del nacimiento a la adultez) y toda la gama de posibles adaptaciones (del retraimiento inhibido y temeroso a las separaciones psicóticas y fragmentadas de la realidad

al afrontamiento magistral y eficaz) se aceptan como áreas adecuadas para la exploración de la psicología psicoanalítica general.

Tomadas como un grupo de ideas con una relación aproximada, las teorías de las relaciones objetales comparten las fortalezas y debilidades del modelo del que se originaron, el psicoanálisis clásico. Se basan en inferencias no verificables e irrefutables de la mente infantil. Los dos teóricos revisados en este capítulo reconceptualizan a los seres humanos como agentes activos (aunque Winnicott tiene una visión más activa sobre las personas que Klein). Tienen un enfoque ideográfico en el caso individual.

---

## LECTURAS ADICIONALES

La obra de Frank Summers, *Object-Relations: Theories and Psychopathology* (Nueva York: Academic Press, 1994) presenta una perspectiva minuciosa y amena de las teorías de las relaciones objetales. Phyllis Grosskurth aportó una excelente y exhaustiva biografía de Melanie Klein en *Melanie Klein: Her World and Her Work* (Cambridge, MA: Harvard University Press, 1989).

En el sitio en internet asociado con el capítulo 7, en [www.wiley.com/college/sollod](http://www.wiley.com/college/sollod), se sugieren otras lecturas sobre la teoría de las relaciones objetales así como acerca de los enfoques de Melanie Klein y Donald W. Winnicott.

---

## GLOSARIO

### MELANIE KLEIN

**Celos:** una actitud que ocurre cuando la persona siente que existe el peligro de que un rival le arrebatase el amor.

**Devaluación:** menospreciar el valor y la importancia de los objetos internalizados. El desdén reemplaza al amor. Dicha devaluación permite al yo llevar a cabo una separación parcial del objeto amoroso.

**Envidia:** un sentimiento de enojo porque otra persona posee y disfruta de algo deseable. El bebé desarrolla sentimientos de envidia cuando el pecho de la madre no es generoso y lo priva de la leche, cuidado y amor abundantes.

**Escisión:** término originalmente usado por Klein para indicar la separación de los objetos buenos y malos en la fantasía del niño. Más tarde, Klein lo amplió para incluir escisiones estructurales en el ello, el yo y el sí mismo del niño.

**Escisión del ello:** se refiere a objetos persecutorios, incontrolables y aterradores que se derivan de las transformaciones fantasmales de la madre y el padre, y que son “relegados a los estratos más profundos del inconsciente”. Las imágenes horribles se disocian en lo más profundo del inconsciente.

**Escisión del objeto:** el objeto que se percibe como la fuente de la amenaza se divide en imágenes buenas y malas.

**Escisión del sí mismo/identificación proyectiva:** identificación con objetos externos. El bebé proyecta el contenido del sí mismo en el objeto y lo recupera por identificación.

**Escisión del yo:** la escisión que ocurre cuando surgen buenos sentimientos de los objetos satisfactorios internalizados, pero surge ansiedad de los objetos malos, fragmentados y perniciosos, que fueron internalizados.

**Fantasma:** para Klein, el mundo inconsciente del niño de lo "real irreal". El mundo fantasmal del niño que puede no corresponder a la realidad externa es, sin embargo, la realidad del niño.

**Fase de femineidad:** una fase en que los bebés de ambos géneros se identifican y envidian a la madre que buscan poseer.

**Frustración anal:** durante el entrenamiento de control de esfínteres, la madre frustra en parte los impulsos anales del niño. Esta experiencia induce al niño a devaluar al objeto amoroso frustrante.

**Idealización:** la actitud del yo infantil de "exaltar con fuerza al objeto" y lo que éste proporciona. El pecho bueno es idealizado como una protección en contra de la persecución del pecho malo. Klein agregó además que la idealización sirve para disminuir la envidia del objeto bueno.

**Objeto parcial:** parte de una persona, a menudo el pecho de la madre, que se convierte en un objeto con el que se relaciona el bebé o el niño.

**Objeto total:** un objeto que se considera tiene cualidades buenas y malas y que existen de forma continua.

**Objetos buenos:** objetos que son gratificantes, satisfactorios o placenteros. Esos objetos son idealizados en la fantasía.

**Objetos malos:** objetos que son frustrantes, insatisfactorios o dolorosos y que a menudo se experimentan como persecutorios y atacantes.

**Posición depresiva:** el sentimiento melancólico o depresivo que prevalece en el niño y que se deriva del temor a perder al objeto bueno por destrucción o mutilación.

**Posición esquizoparanoide:** en los fenómenos de la personalidad esquizoide pueden encontrarse disfunciones de la empatía, el amor y el odio en relación con los objetos y el sí mismo. El niño "escinde" sus relaciones con el objeto en amor y odio (amor por el objeto bueno y odio por el malo).

**Posición paranoica:** el temor a la propia aniquilación, temor de que el propio yo esté en riesgo de ataque.

**Relaciones objetales:** en las teorías freudianas se consideraba que los objetos eran el objetivo de las pulsiones del ello; los teóricos posteriores definieron a las relaciones objetales como las visiones subjetivas y las verdaderas relaciones de la persona con los "objetos" (sobre todo individuos) más allá del mundo subjetivo del sí mismo.

**Reparación/restitución:** el deseo de proteger al objeto o persona que alguna vez fue mutilada o aniquilada en las fantasías sádicas. La reparación es impulsada por la culpa. Los impulsos destructivos de la mente inconsciente se mezclan codo a codo con los sentimientos espontáneos de amor y empatía por otros en la mente consciente.

**Sadismo infantil:** una postura de agresión activa hacia los objetos amorosos. En su imaginación, los niños atacan al objeto, lo despojan de todo lo que contiene y lo devoran.

**Voracidad:** un anhelo impetuoso e insaciable que excede lo que el objeto amoroso puede dar y lo que la persona voraz necesita en realidad. La persona voraz nunca queda satisfecha con ninguna cantidad de bondad.

## D. W. WINNICOTT

**Angustias inimaginables:** las angustias que tienen que ver con quedar deshecho, caer para siempre, no tener relación con el cuerpo, no tener orientación o aislamiento completo debido a la comunicación inadecuada. El cuidado cariñoso de la madre, físico y emocional, evita al bebé la angustia inimaginable.

**Desintegración:** un estado no integrado atemorizante que es causado por una falla del desarrollo. Este estado a menudo se asocia con la psicopatología de nivel psicótico.

**Despersonalización:** el sentimiento de una ligera o extrema incomodidad con el propio cuerpo. Una persona podría desarrollar el delirio de que no está "dentro de" su cuerpo. Una variación más leve puede ser la creencia de que algo acerca del cuerpo es alarmantemente distinto, "no está bien" o "no es real".

**Etapas de preocupación:** Winnicott propuso que el término kleiniano "posición depresiva" recibiera el nuevo nombre de "etapa de preocupación" para indicar la mayor conciencia del objeto bueno. El niño empieza a sentir preocupación y empatía por sus objetos amorosos.

**Falso sí mismo:** un sentido de sí mismo en que está ausente la sensación de ser real. El falso sí mismo enmascara y oculta al verdadero sí mismo, que no se siente lo bastante seguro para aflorar y mostrar de manera espontánea sus facetas. El falso sí mismo puede fungir como cuidador, defensor, imitador o facilitador del verdadero sí mismo.

**Madre lo suficientemente buena:** una madre que "sostiene" a su hijo de manera segura en sus brazos mientras lo alimenta, lo asea y juega con él. Le proporciona calidez, confiabilidad y uniformidad. Lo alienta y lo apoya para que "llegue a ser".

**No integración:** al inicio de la vida, la etapa antes de que empiece a existir una "persona". Todo lo que existe es un manojito de necesidades biológicas y potenciales. Winnicott dijo: "No hay tal cosa como un bebé".

**Objeto transicional:** los objetos que salvan la brecha entre la dependencia que tiene el niño de su madre y su necesidad de progresar a la independencia. Los ositos, frazadas y otras cosas adorables suelen ser el objeto transicional.

**Personalización:** el proceso de sentirse cada vez más cómodo con la propiedad del cuerpo y sus sensaciones. La personalización satisfactoria lleva a la sensación de que el niño está "en" su propio cuerpo.

**Preocupación materna primaria:** la sensibilización de la madre a las necesidades del bebé hacia el final del embarazo y poco después del nacimiento. Da por resultado una estrecha identificación de la madre con su hijo.

**Realización:** aprender a tener en cuenta la realidad externa. Las vistas, sonidos, olores y tactos experimentados cada vez que es alimentado enseñan al bebé lo que puede y no puede invocar cuando el objeto real no está presente. El bebé aprende a aceptar y tolerar las limitaciones de la realidad.

**Relación con el objeto:** comprensión razonable de que el objeto es una entidad con una existencia real, independiente y objetiva. La madre se convierte en una persona. En términos kleinianos, los objetos reales sobreviven a las fantasías de destrucción.

**Sostén (holding):** proceso físico y psicológico que permite al bebé organizar de manera segura sus impulsos, deseos y temores en experiencias predecibles. El sostén de la madre es el medio principal de comunicación con su bebé y fomenta la comodidad y la estabilidad. Promueve los inicios de la integración de la personalidad.

**Uso del objeto:** el hecho de que el bebé se dé cuenta de que el objeto sobrevive a sus ataques (sin tomar represalias) no sólo le permite creer en su existencia externa sino también confiar en el objeto.

**Verdadero sí mismo:** el núcleo del sí mismo o verdadero sí mismo es un sinónimo para la "experiencia de estar vivo". El verdadero sí mismo es real, espontáneo y creativo.