

# 134 UNA BASE SEGURA

APLICACIONES CLÍNICAS DE  
UNA TEORÍA DEL APEGO

J.B.

JOHN BOWLBY

PAIDÓS PSICOLOGÍA PROFUNDA

Últimos títulos publicados

160. D. W. Winnicott - *La naturaleza humana*
161. E. Laborde-Nattale - *La videncia y el inconsciente*
162. A. Green - *El complejo de castración*
163. J. McDougall - *Alegato por una cierta normalidad*
164. M. Rodulfo - *El niño del dibujo*
165. T. B. Brazelton y B. Cramer - *La relación más temprana*
166. R. Rodulfo - *Estudios clínicos*
167. P. Aulagnier - *Los destinos del placer*
168. L. Hornstein - *Práctica psicoanalítica e historia*
169. P. Gutton - *Lo puberal*
172. C. G. Jung - *Psicología y educación*
173. D. W. Winnicott - *El hogar, nuestro punto de partida*
174. D. W. Winnicott - *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*
175. G. Baravalle y otros - *Anorexia*
176. R. Anderson (comp.) - *Conferencias clínicas sobre Klein y Bion*
177. P.-L. Assoun - *Introducción a la metapsicología freudiana*
178. O. Fernández Mouján - *La creación como cura*
179. O. F. Kernberg - *La agresión en las perversiones y en los desórdenes de la personalidad*
180. C. Bollas - *Ser un personaje*
181. M. Hekier y C. Miller - *Anorexia-bulimia: deseo de nada*
182. L. J. Kaplan - *Perversiones femeninas*
183. E. C. Melea - *La extensión del psicoanálisis*
184. S. Bleichmar (comp.) - *Temporalidad, determinación, azar*
185. J. E. Milmaniene - *El goce y la ley*
186. R. Rodulfo (comp.) - *Trastornos narcisistas no psicóticos*
190. O. F. Kernberg - *Relaciones amorosas*
191. F. Ulloa - *Novela clínica psicoanalítica*
192. M. Burin y E. Dio Bleichmar (comps.) - *Género, psicoanálisis, subjetividad*
193. H. Fiorini - *El psiquismo creador*
194. J. Benjamin - *Los lazos de amor*
195. D. Maldavsky - *Linajes abúlicos*
196. G. Baravalle y otros - *Manías, dudas y rituales*
197. J. D. Nasio - *Cómo trabaja un psicoanalista*
198. R. Zuckersfeld - *Acto bulímico, cuerpo y tercera tópica*
199. V. Korman - *El oficio de analista*
200. J.-D. Naxio - *Los gritos del cuerpo*
201. J. Milmaniene - *El holocausto*
202. J. Puget (comp.) - *La pareja*
203. L. Karcyper - *La confrontación generacional*
204. E. Galende - *De un horizonte incierto*
205. A. Bauleo - *Psicoanálisis y grupalidad*
207. J. Puget e I. Berenstein - *Lo vincular*
208. D. W. Winnicott - *Reflexionando sobre los niños*
209. J. Benjamin - *Sujetos iguales, objetos de amor*
210. E. Dio Bleichmar - *La sexualidad femenina*
213. J. Puget - *Psicoanálisis de pareja*
215. M. Burin e I. Meler - *Género y familia*
216. H. Chbani y M. Pérez-Sánchez - *Lo cotidiano y el inconsciente*
217. I. Vegh - *Hacia una clínica de lo real*
218. J. E. Milmaniene - *Extrañas parejas*
219. P. Verhaeghe - *¿Existe la muerte?*
220. R. Rodulfo - *Dibujos fuera del papel*
221. G. Lancelle (comp.) - *El self en la teoría y en la práctica*
222. M. Casas de Pereda - *En el camino de la simbolización*
223. P. Guyomard - *El deseo de ética*
224. B. Burgoyne y M. Sullivan - *Los diálogos sobre Klein-Lacan*
225. L. Hornstein - *Narcisismo, sujeto y devenir*
226. M. Burin e I. Meler - *Género y subjetividad masculina*
227. F. Dolto - *Lo femeninoagung*

John Bowlby

# UNA BASE SEGURA

*Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*



**PAIDÓS**

Buenos Aires  
Barcelona  
México

Título original: *A Secure Base. Clinical Applications of Attachment Theory*  
Publicado en inglés por Routledge, Londres

Traducción: Elsa Mateo

Cubierta: Gustavo Macri

Bowlby, John

Una base segura : Aplicaciones clínicas de una teoría  
del apego . - 1a ed. - Buenos Aires : Paidós, 2009.

208 p. ; 22x13 cm. - (Psicología profunda; 10134)

Traducido por: Elsa Mateo

ISBN 978-950-12-4034-4

1. Psicoanálisis. I. Elsa Mateo, trad.  
CDD 150.195

1ª edición en Argentina, 2009

Reservados todos los derechos. Queda rigurosamente prohibida, sin la autorización  
escrita de los titulares del copyright, bajo las sanciones establecidas en las leyes, la  
reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, incluidos  
la reprografía y el tratamiento informático.

© 1988 by R. P. L. Bowlby, R. J. M. Bowlby y A. Gating

© 1989 de todas las ediciones en castellano,

Ediciones Paidós Ibérica SA,  
Av. Diagonal 662-664, Barcelona

© de esta edición,

Editorial Paidós SAICF,

Defensa 599, Buenos Aires

e-mail: [difusion@areapaidos.com.ar](mailto:difusion@areapaidos.com.ar)

[www.paidosargentina.com.ar](http://www.paidosargentina.com.ar)

Queda hecho el depósito que previene la Ley 11.723

Impreso en Argentina - Printed in Argentina

Impreso en Gráfica MPS,

Santiago del Estero 338, Lanús, en marzo de 2009

Tirada: 1000 ejemplares

ISBN 978-950-12-4034-4

## INDICE

|                                                                         |    |
|-------------------------------------------------------------------------|----|
| Prefacio .....                                                          | 9  |
| Agradecimientos .....                                                   | 11 |
| 1. El cuidado de los niños .....                                        | 13 |
| Un papel social indispensable .....                                     | 13 |
| Un enfoque etológico .....                                              | 15 |
| El comienzo de la interacción madre-niño .....                          | 18 |
| El rol de la madre y del padre: semejanzas y diferen-<br>cias .....     | 22 |
| Provisión de una base segura .....                                      | 24 |
| Condiciones perinatales y posnatales que ayudan o<br>ponen trabas ..... | 25 |
| La influencia de las experiencias infantiles de los<br>padres .....     | 28 |
| La mejor manera de ayudar .....                                         | 32 |
| 2. Los orígenes de la teoría del apego .....                            | 33 |
| Un nuevo enfoque de la teoría .....                                     | 37 |
| Investigación .....                                                     | 50 |
| 3. El psicoanálisis como arte y ciencia .....                           | 53 |
| Tema de estudio .....                                                   | 54 |
| Formas de adquirir información .....                                    | 55 |
| Escepticismo y fe .....                                                 | 56 |
| 4. El psicoanálisis como ciencia natural .....                          | 74 |

|                                                                                                     |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 5. La violencia en la familia .....                                                                 | 94  |
| Introducción .....                                                                                  | 94  |
| Estructura conceptual .....                                                                         | 96  |
| Medidas preventivas .....                                                                           | 114 |
| 6. Saber lo que se supone que no debes saber y sentir lo<br>que se supone que no debes sentir ..... | 118 |
| 7. El papel del apego en el desarrollo de la perso-<br>nalidad .....                                | 140 |
| Algunos rasgos característicos de la teoría del<br>apego .....                                      | 140 |
| La primacía de los lazos emocionales íntimos .....                                                  | 142 |
| Pautas de apego y circunstancias que determinan su<br>desarrollo .....                              | 145 |
| Persistencia de las pautas .....                                                                    | 148 |
| Una teoría de la internalización .....                                                              | 151 |
| Variaciones en el modo en que la madre recuerda su<br>experiencia infantil .....                    | 155 |
| Caminos hacia el desarrollo de la personalidad .....                                                | 157 |
| 8. Apego, comunicación y proceso terapéutico .....                                                  | 159 |
| Cinco tareas terapéuticas .....                                                                     | 160 |
| La influencia de las primeras experiencias en la<br>relación de transferencia .....                 | 164 |
| Algunas situaciones y acontecimientos patógenos de<br>la infancia .....                             | 169 |
| La postura del terapeuta .....                                                                      | 174 |
| Las comunicaciones emocionales y la reestructura-<br>ción de los modelos operantes .....            | 178 |
| Referencias bibliográficas .....                                                                    | 181 |
| Índice onomástico .....                                                                             | 199 |
| Índice analítico .....                                                                              | 203 |

*A Mary D. S. Ainsworth,  
que introdujo el concepto de una base segura.*

## PREFACIO

En 1979, con el título de *The Making and Breaking of Affectional Bonds*, publiqué una pequeña colección de conferencias que había dado durante las dos décadas anteriores para un público diverso. En este volumen presento una selección de las conferencias dictadas desde entonces. Cada una de las cinco primeras fue pronunciada para un público determinado, en una ocasión determinada; en cada caso los pormenores se indican en un breve preámbulo. Las tres restantes son versiones ampliadas de conferencias ofrecidas de manera improvisada ante un público compuesto por profesionales de la salud mental de Europa y América. Al igual que en la colección anterior, consideré adecuado reproducir cada conferencia en una forma parecida a aquella en que se publicó originalmente.

Dado que la teoría del apego constituye la base de todas las conferencias, ha sido necesario suprimir algunos párrafos con el fin de evitar un exceso de repetición. Es de esperar que lo que subsiste, al presentar las mismas ideas en contextos diferentes, aclarará y enfatizará los aspectos característicos de la teoría.

Resulta un tanto inesperado el hecho de que, aunque la teoría del apego fue formulada por un clínico para utilizarla en el diagnóstico y tratamiento de familias y pacientes perturbados emocionalmente, su uso hasta el momento ha sido principalmente el de promover la investigación de la psicología evolutiva. Si bien considero los descubrimientos de esta investigación como una enorme ampliación de nuestra comprensión del desarrollo y la psicopatología de la personalidad —y por lo tanto

de gran importancia clínica—, sin embargo ha resultado desalentador el hecho de que los clínicos hayan sido tan lentos para poner a prueba los usos de la teoría. Probablemente existen muchas razones. Una de ellas es que, inicialmente, los datos considerados parecían ser indebidamente conductuales. Otra es que los clínicos son personas muy ocupadas y naturalmente reacias a perder el tiempo intentando profundizar en un sistema conceptual nuevo y desconocido, mientras no tengan razones poderosas para creer que hacerlo mejorará su comprensión clínica y sus habilidades terapéuticas. Espero que las conferencias reunidas en este volumen proporcionen una introducción útil a aquellos que consideran llegado el momento de comprobar lo que esta nueva perspectiva tiene para ofrecer.

## AGRADECIMIENTOS

Durante los últimos diez años he contado con la gran ventaja de la comunicación frecuente con el personal y los alumnos de la Tavistock Clinic y también con una serie de colegas comprometidos en estudios pioneros acerca de cómo las pautas de apego se desarrollan durante la infancia. Con todos ellos tengo una enorme deuda de gratitud, a menudo por sus sugerencias útiles, en ocasiones por correcciones necesarias, y siempre por su estímulo y su aliento. También tengo una deuda de gratitud con Dorothy Southern, mi secretaria, por la ayuda y dedicación prestados durante varios años, a lo largo de los cuales hizo suyos mis intereses.

Debo dar las gracias a Molly Townsend por su ayuda editorial en la preparación de estas conferencias para su publicación y por la confección del índice.

Las seis primeras conferencias de este libro han aparecido en otras publicaciones y expreso mi agradecimiento a los respectivos editores por permitirme reproducirlas en este volumen. La conferencia 1 se publicó como capítulo 18 de *Parenthood: A Psychodynamic Perspective*, compilado por Rebecca S. Cohen, Bertram J. Cohler y Sidney H. Weissman, Guilford Press, Nueva York, 1984; la conferencia 2, como "Attachment and loss: retrospect and prospect", *American Journal of Orthopsychiatry*, 52: 664-678, 1982; la conferencia 3, como "Psychoanalysis as art and science", *International Review of Psychoanalysis*, 6: 3-14, 1979; la conferencia 4, como "Psychoanalysis as a natural science", *International Review of Psychoanalysis*, 8: 243-256, 1981; la conferencia 5, como "Vio-

lence in the family as a disorder of the attachment and caregiving systems", *The American Journal of Psychoanalysis*, 44: 9-27, 1984; la conferencia 6, como capítulo 6 de *Cognition and Psychotherapy*, compilado por Michael J. Mahoney y Arthur Freeman, Plenum Publishing Corporation, Nueva York y Londres, 1985, versión ampliada de "On knowing what you are not supposed to know and feeling what you are not supposed to feel", *Canadian Journal of Psychiatry*, 24: 403-408, 1979.

John Bowlby

## CONFERENCIA 1

### EL CUIDADO DE LOS NIÑOS

*Durante los primeros meses de 1980 estuve dictando conferencias en Estados Unidos. Entre las invitaciones que recibí se encontraba una del personal psiquiátrico del Hospital Michael Reese de Chicago para ofrecer una conferencia sobre la crianza de los hijos.*

### UN PAPEL SOCIAL INDISPENSABLE

Creo que en algún momento de sus vidas la mayor parte de los seres humanos desean tener hijos, como también desean que sus hijos crezcan sanos, felices y seguros de sí mismos. En el caso de quienes tienen éxito, la recompensa es enorme; pero en el de los que tienen hijos y no logran criarlos como personas sanas, felices y seguras de sí mismas, el costo en ansiedad, frustración, desavenencias y, tal vez, vergüenza o culpa, puede ser elevado. Por lo tanto, tener hijos supone correr un gran riesgo. Además, como la paternidad exitosa es una clave importante para la salud mental de la generación siguiente, necesitamos saber todo lo posible acerca de su naturaleza y acerca de las diversas condiciones sociales y psicológicas que influyen en su desarrollo positiva o negativamente. El tema es muy vasto y todo lo que puedo hacer en esta contribución es bosquejar el planteo que yo mismo adopto al pensar en estas cuestiones. Y ese planteo es etológico.

De todos modos, antes de entrar en detalles quiero añadir algunas observaciones generales. Ser un padre exitoso supone un trabajo arduo. Cuidar a un bebé o a un niño que comienza a caminar es un trabajo de veinticuatro horas diarias durante siete días por semana, y a menudo es una tarea inquietante. E incluso aunque la carga se alivie un poco a medida que los niños crecen, si han de desarrollarse armoniosamente aún necesitan mucho tiempo y atención. Actualmente, para muchas personas éstas son verdades desagradables. Dedicarles tiempo y atención a los niños significa sacrificar otros intereses y actividades. Sin embargo, creo que la evidencia de lo que digo es irrecusable. Diversos estudios, incluidos los iniciados en Chicago por Grinker (1962) y continuados por Offer (1969), demuestran que los adolescentes y los adultos jóvenes sanos, felices y seguros de sí mismos son el producto de hogares estables en los que ambos padres dedican gran cantidad de tiempo y atención a los hijos.

También quiero remarcar que —a pesar de lo que se dice en contrario— el cuidado de un bebé o de un niño pequeño no es tarea para una persona sola. Para que el trabajo esté bien hecho y el principal responsable de la atención del niño no se sienta demasiado exhausto, ella (o él) necesita una gran dosis de ayuda. De quién proviene esa ayuda es algo que puede variar: a menudo proviene del otro padre; en muchas sociedades —también en la nuestra, con más frecuencia de lo que parece— proviene de una abuela. Otras personas de las que se puede obtener ayuda son las adolescentes y las jóvenes. En la mayoría de las sociedades del mundo estos hechos se han dado y aún se dan por sentados, y la sociedad se ha organizado de acuerdo con ellos. Paradójicamente, son las sociedades más ricas las que pasan por alto estos hechos básicos. La energía que el hombre y la mujer dedican a la producción de bienes materiales aparece cuantificada en todos nuestros índices económicos. La energía que el hombre y la mujer dedican a la producción, en sus propios hogares, de niños felices, sanos y seguros de sí mismos, no cuenta para nada. Hemos creado un mundo trastornado.

Pero no quiero abordar cuestiones políticas y económicas complejas. Planteo estos temas para recordarles que la sociedad en que vivimos no sólo es —en términos evolutivos— un producto del ayer sino, en muchos sentidos, un producto muy peculiar. En consecuencia, existe el peligro de que adoptemos normas equivocadas. Porque, al igual que una sociedad en la

que existe una insuficiencia crónica de alimentos puede tener como norma un nivel deplorablemente inadecuado de nutrición, también una sociedad en la que los padres de niños pequeños son abandonados a su suerte con una insuficiencia crónica de ayuda puede adoptar este estado de cosas como norma.

### UN ENFOQUE ETOLOGICO

Anteriormente dije que mi planteo para una comprensión de la paternidad como actividad humana es un planteo etológico. Permítaseme explicarlo.

Al volver a examinar la naturaleza del vínculo del niño<sup>1</sup> con su madre, al que tradicionalmente nos referimos como dependencia, se ha descubierto que resulta útil considerarlo como el resultado de un conjunto de pautas de conducta características, en parte preprogramadas, que se desarrollan en el entorno corriente durante los primeros meses de vida y que tienen el efecto de mantener al niño en una proximidad más o menos estrecha con su figura materna (Bowlby, 1969). Hacia el final del primer año, la conducta se organiza cibernéticamente, lo que significa, entre otras cosas, que la conducta se vuelve activa cada vez que se dan condiciones determinadas y cesa cuando se dan otras condiciones determinadas. Por ejemplo, la conducta de apego del niño es activada especialmente por el dolor, la fatiga y cualquier cosa atemorizante, y también por el hecho de que la madre sea o parezca inaccesible. Las condiciones que hacen que cese esa conducta varían de acuerdo con la intensidad de su activación. A baja intensidad, esas condiciones pueden ser simplemente ver u oír a la madre, algo especialmente efectivo ya que es una señal de que ella reconoce la presencia del niño. A una intensidad más alta, el cese puede requerir que el niño la toque o se aferre a ella. En el grado máximo de intensidad, cuando él está angustiado y ansioso, no habrá nada mejor que un abrazo prolongado. Se considera que la función biológica de esta conducta es la protección, especialmente la protección ante los depredadores.

1. A lo largo de este libro se hace referencia al niño en género masculino con el fin de evitar construcciones confusas.

En el ejemplo que acabo de dar, los individuos implicados son el niño y su madre. De todos modos, es evidente que la conducta de apego no está en modo alguno limitada a los niños. Aunque en general se produce con menos facilidad, la vemos también en adolescentes y adultos de ambos sexos cada vez que están ansiosos o en tensión. Por lo tanto, nadie debería sorprenderse cuando una mujer que espera un bebé o una madre que atiende a su pequeño siente el profundo deseo de ser cuidada y amparada. La activación de la conducta de apego en estas circunstancias es probablemente universal y debe ser considerada la norma.<sup>2</sup>

Un rasgo de la conducta de apego de enorme importancia clínica, prescindiendo de la edad del individuo, es la intensidad de la emoción que la acompaña, dependiendo el tipo de emoción originada de cómo se desarrolle la relación entre el individuo apegado y la figura del apego. Si la relación funciona bien, produce alegría y una sensación de seguridad. Si resulta amenazada, surgen los celos, la ansiedad y la ira. Si se rompe, habrá dolor y depresión. Finalmente, existen pruebas fehacientes de que el modo en que la conducta de apego llega a organizarse dentro de un individuo, depende en grado sumo de los tipos de experiencia que tiene en su familia de origen o, si es desafortunado, fuera de ella.

Opino que este tipo de teoría tiene muchas ventajas sobre las teorías hasta ahora en boga en este campo. Porque no sólo coloca a la teoría en estrecha relación con los datos observados sino que proporciona un marco teórico para el campo compatible con el marco adoptado en la biología y la neurofisiología modernas.

Creo que la crianza de los niños puede ser abordada provechosamente desde el mismo punto de vista etológico. Esto supone la observación y la descripción del conjunto de pautas de comportamiento que caracterizan la crianza, las condiciones que activan y hacen cesar cada una de ellas, el modo en que las pautas cambian a medida que el niño crece, los diversos modos en que la conducta de crianza se vuelve organizada en los

2. Un creciente deseo de cuidados, ya sea del esposo o de la madre, ha sido informado en estudios de grupos representativos de mujeres realizados por Wenner (1966) y Ballou (1978).

diferentes individuos y el gran número de experiencias que influyen en la manera en que ésta se desarrolla en cualquier persona.

En este planteo se encuentra implícita la suposición de que la conducta de crianza, como la conducta de apego, está en cierto grado preprogramada y por lo tanto preparada para desarrollarse en cierto sentido cuando las condiciones lo hagan posible. Esto significa que en el curso normal de los acontecimientos, el progenitor de un bebé experimenta el poderoso impulso de comportarse de manera típica, por ejemplo abrazar al niño, consolarlo cuando llora, mantenerlo abrigado, protegerlo y alimentarlo. Tal punto de vista, por supuesto, no implica que las pautas de comportamiento adecuadas se manifiesten de una manera completa en cada detalle desde el principio. Evidentemente no es así, ni en el hombre ni en ninguna otra especie mamífera. Todos los detalles son aprendidos, algunos de ellos durante la interacción con bebés y niños, muchos mediante la observación de la conducta de otros padres, empezando desde la propia infancia del futuro padre y el modo en que sus progenitores lo trataron a él y a sus hermanos.

Esta visión moderna del desarrollo de la conducta contrasta agudamente con los dos paradigmas más antiguos, uno de los cuales, invocando el instinto, subrayaba sobremanera el componente preprogramado, en tanto que el otro, reaccionando contra el instinto, subrayaba sobremanera el componente aprendido. La conducta de la crianza en los seres humanos no es el producto de un instinto de crianza invariable, pero tampoco resulta razonable considerarla un simple producto del aprendizaje. La conducta de crianza, a mi juicio, tiene poderosas raíces biológicas, lo que explica las fuertes emociones asociadas a ella; pero la forma detallada que la conducta adopta en cada uno de nosotros depende de nuestras experiencias: de las experiencias durante la infancia, sobre todo; de las experiencias de la adolescencia, de las experiencias antes y durante el matrimonio, y de las experiencias con cada niño individual.

Por lo tanto, me parece útil considerar la conducta de crianza como un ejemplo de una clase limitada de tipos de conducta enraizada biológicamente, de los cuales la conducta de apego es otro ejemplo, la conducta sexual otro, y la conducta exploratoria y la de alimentación, otros más. Cada uno de estos tipos de conducta contribuye en su propio modo específico a la

supervivencia del individuo o de su descendencia. Precisamente porque están al servicio de funciones tan vitales, cada uno de estos tipos de conducta está preprogramado en cierta medida. Dejar su desarrollo librado solamente a los caprichos del aprendizaje individual sería el colmo de la locura biológica.

Notarán que al bosquejar este sistema me propongo mantener cada uno de estos tipos de conducta conceptualmente diferenciado de los otros. Esto, por supuesto, contrasta con la teoría tradicional de la libido, que los ha considerado como expresiones variables de un único impulso. Las razones para mantenerlos diferenciados son varias. Una de ellas es que cada uno de los tipos de conducta mencionados sirve a su propia y distintiva función biológica: la protección, la reproducción, la nutrición y el conocimiento del entorno. Otra consiste en que muchas de las pautas detalladas de conducta pertenecientes a cada tipo general también son diferentes: aferrarse a uno de los padres es distinto de calmar y consolar a un niño; succionar o masticar la comida es distinto de realizar el acto sexual. Además, los factores que influyen en el desarrollo de uno de estos tipos de conducta no son necesariamente los mismos que influyen en el desarrollo de otro. Manteniéndolos diferenciados podemos estudiar no sólo los modos en que difieren sino también los modos en que se superponen e interactúan mutuamente... como desde hace mucho ha quedado en evidencia que lo hacen.

#### EL COMIENZO DE LA INTERACCION MADRE-NIÑO

Durante la última década, aproximadamente, nuestra comprensión de las primeras fases de la interacción madre-niño ha experimentado un sorprendente avance gracias a la investigación imaginativa de los estudiosos de ambos lados del Atlántico. Los estudios de Klaus y Kennell son muy conocidos en la actualidad. Para nosotros resultan de especial interés sus observaciones acerca de cómo las madres se comportan con los recién nacidos cuando se les da la libertad de hacer lo que quieren después del parto. Klaus, Trause y Kennell (1975) describen el modo en que la madre, inmediatamente después del nacimiento del niño, lo alza y comienza a acariciarle la cara con las yemas de los dedos. Ante esto, el bebé se tranquiliza.

Ella continúa tocándole la cabeza y el cuerpo con la palma de la mano y, al cabo de cinco o seis minutos, siente el deseo de acercarlo a su pecho. El bebé responde con una succión prolongada del pezón. "Inmediatamente después del parto", señalan, "las madres parecieron alcanzar un estado de éxtasis", y —esto es lo interesante— los observadores también se sintieron exaltados. Desde el momento del nacimiento la atención se vuelca sobre el bebé. Hay en él algo que tiende a atraer no sólo a la madre y al padre sino a todos los presentes. Si existe la posibilidad, es probable que una madre sienta el deseo —durante los primeros días— de pasar muchas horas simplemente contemplando su nueva posesión, abrazándolo y llegando a conocerlo. Por lo general, hay un momento en el que siente que el bebé es realmente suyo. En algunas madres esto ocurre pronto, tal vez cuando lo sostiene por primera vez, o cuando él la mira por primera vez a los ojos. Para una amplia minoría de primíparas que dan a luz en un hospital, sin embargo, esto puede postergarse hasta una semana, a menudo hasta que se encuentran nuevamente en su hogar (Robson y Kumar, 1980).

Los fenómenos de mayor importancia que ha puesto de relieve la investigación reciente son la capacidad del neonato saludable para entrar en una forma elemental de interacción social y la capacidad de la madre de sensibilidad corriente para participar con buen éxito en ella.<sup>3</sup>

Cuando una madre y su hijo de dos o tres semanas se encuentran frente a frente, tienen lugar fases de animada interacción social, alternando con fases de desconexión. Cada fase de la interacción comienza con la iniciación y el saludo mutuo, llega a ser un animado intercambio que incluye expresiones faciales y vocalizaciones durante las cuales el niño se orienta hacia su madre con movimientos excitados de los brazos y las piernas; luego sus actividades se apaciguan gradualmente y acaban cuando el bebé descansa, antes de que comience la siguiente fase de la interacción. A lo largo de estos ciclos puede

3. Véanse especialmente los trabajos de Stern (1977), Sander (1977), Brazelton, Koslowski y Main (1974) y Schaffer (1977). Para excelentes reseñas, véanse Schaffer (1979) y Stern (1985). El estado de sensibilidad elevada que se desarrolla en una mujer durante el embarazo, especialmente en su fase final, y que le permite "adaptarse delicada y sensiblemente" a las necesidades de su hijo, es un proceso sobre el cual Winnicott (1957) ha llamado la atención.

ocurrir que el bebé sea tan espontáneamente activo como su madre. Donde sus roles difieren es en la coordinación de sus respuestas. En tanto que la iniciación y el abandono de la interacción por parte del niño tienden a seguir su propio ritmo autónomo, una madre sensible regula su conducta de modo tal que se ajuste a la de él. Además, ella modifica la forma que toma su conducta para adaptarse a él: su voz es suave pero de tono más agudo que el habitual, sus movimientos se vuelven lentos y cada una de las acciones siguientes se ajustan en su forma y su ritmo de acuerdo con el modo en que se desempeña el bebé. Así, ella le permite asumir el control y, mediante un hábil entretejido de sus propias respuestas con las de él, crea un diálogo.

La rapidez y eficacia con que se desarrollan estos diálogos y el placer mutuo que proporcionan indican claramente que ambos participantes están preadaptados para entablarlos. Por un lado existe la disposición intuitiva de la madre a permitir que sus intervenciones sean guiadas por su bebé. Por otro está la facilidad con que los ritmos del niño cambian gradualmente de modo de tomar en cuenta los momentos en que se producen las intervenciones de su madre. En una asociación que se desarrolla felizmente, cada uno se adapta al otro.

En otros intercambios de índole diferente entre madre e hijo se ha registrado una alternancia muy similar. Por ejemplo Kaye (1977), al observar la conducta de la madre y el niño durante la lactación, descubrió que las madres tienden a interactuar con sus bebés en exacta sincronía con la pauta de succión y pausa de éstos. Mientras el bebé succiona, la madre por lo general permanece callada e inactiva; durante las pausas, acaricia al bebé y le habla. Otro ejemplo de madre que sigue las normas de su hijo —en este caso un bebé en una edad comprendida entre los cinco y los doce meses— es el presentado por Collis y Schaffer (1975). Una madre y su bebé son introducidos en un lugar en el que hay una serie de juguetes grandes y de colores brillantes que captan rápidamente su atención visual. La observación de la conducta de ambos muestra dos cosas. En primer lugar, por regla general los dos miran el mismo objeto al mismo tiempo. En segundo lugar, el examen de la coordinación muestra casi invariablemente que es el bebé el que guía y la madre la que sigue. El interés espontáneo del bebé en los juguetes es evidentemente vigilado de cerca por su

madre, quien casi automáticamente mira entonces en la misma dirección. Una vez establecido un centro de interés común, es probable que la madre se detenga sobre él haciendo comentarios sobre el juguete, nombrándolo, manipulándolo. "Entonces se produce una experiencia compartida, fomentada por la atención espontánea del niño hacia el entorno pero establecida por la madre, que se deja encaminar por el bebé."

Otro ejemplo, también presentado por Schaffer (Schaffer, Collis y Parsons, 1977), se refiere al intercambio vocal entre madre e hijo en un nivel preverbal. Al comparar dos grupos, integrados por niños de doce y de veinticuatro meses, respectivamente, se descubrió que la capacidad de madres e hijos para intervenir por turno y evitar la superposición no sólo era asombrosamente elevada sino tan característica de uno como de otro grupo. Así, mucho antes de la aparición de las palabras, el modelo de alternancia tan característica de la conversación humana ya está presente. Una vez más las pruebas indican que, al asegurar la fluida transición de un "orador" a otro, la madre está desempeñando el papel más importante.

La razón por la que ofrezco estos ejemplos radica en que considero que ilustran algunos principios básicos acerca de la crianza de los niños y acerca de la naturaleza de la criatura a la cual se cría. Lo que surge de estos estudios es que la madre de sensibilidad corriente se adapta rápidamente a los ritmos naturales de su hijo y, al prestar atención a los detalles de la conducta de éste, descubre lo que lo satisface y actúa en consecuencia. Al hacerlo, no sólo lo contenta sino que también obtiene su cooperación. Porque, si bien inicialmente la capacidad de adaptación del bebé es limitada, no está totalmente ausente y, si se le permite crecer a su propio ritmo, pronto produce recompensas. Ainsworth y sus colegas han observado que los niños cuyas madres han respondido sensiblemente a sus señales durante el primer año de vida, no sólo lloran menos durante la segunda mitad de ese año que los bebés de madres menos sensibles, sino que están mejor dispuestos a aceptar los deseos de sus padres (Ainsworth y otros, 1978). Podemos deducir sin ninguna duda que los bebés humanos, al igual que los de otras especies, están preprogramados para desarrollarse de manera socialmente cooperativa; que lo hagan o no depende en gran medida de cómo son tratados.

Se observará que ésta es una visión de la naturaleza

humana radicalmente distinta de la que durante mucho tiempo fue admitida en las sociedades occidentales y que ha impregnado gran parte de la teoría y la práctica clínicas que hemos heredado. Apunta, por supuesto, a una concepción radicalmente diferente del rol de los padres.

#### EL ROL DE LA MADRE Y DEL PADRE: SEMEJANZAS Y DIFERENCIAS

En los ejemplos presentados hasta ahora, el progenitor implicado ha sido la madre. Esto es casi inevitable porque para la investigación resulta relativamente fácil encontrar ejemplos de niños que reciben cuidados principalmente de la madre, mientras que los niños que son cuidados por su padre resultan comparativamente escasos. Permítaseme, por tanto, describir con brevedad uno de los diversos estudios recientes que, a la vez, corregirá en cierto modo la balanza.

Varios cientos de niños han sido estudiados mediante el procedimiento de una situación desconocida, concebido por Ainsworth (Ainsworth y otros, 1978), que da la oportunidad de observar cómo responde el niño, primero en presencia de sus padres, luego cuando se lo deja solo, y más tarde cuando sus padres regresan. Como resultado de estas observaciones se puede clasificar a los niños entre los que presentan una pauta de apego seguro a la madre o de una de dos formas principales de apego inseguro a ella. Dado que se ha demostrado que estas pautas poseen una estabilidad considerable durante los primeros años de vida y que predicen el modo en que un niño que asiste a una escuela de párvulos a una edad promedio entre los cuatro y medio y los seis años se relacionará con una persona nueva y abordará una tarea nueva (Arend, Gove y Sroufe, 1979), el valor del procedimiento como método de evaluación del desarrollo social y emocional del niño no necesita ser subrayado.

Hasta ahora, casi todos los estudios que utilizaron este procedimiento han observado a los niños con sus madres. Sin embargo, Main y Weston (1981) ampliaron el trabajo observando a unos sesenta niños, primero con uno de los padres y, seis meses más tarde, con el otro. Uno de los descubrimientos consistió en que, considerado como grupo, las pautas de apego

mostradas a los padres se parecían mucho a las mostradas a las madres, con aproximadamente la misma distribución porcentual de pautas. Pero un segundo descubrimiento fue aun más interesante. Cuando se examinaron las pautas mostradas por cada niño en particular, (no se encontró ninguna correlación entre la pauta mostrada con un progenitor y la mostrada con el otro. Así, un niño puede tener una relación segura con la madre pero no con el padre, un segundo puede tenerla con el padre pero no con la madre, un tercero puede tenerla con ambos padres, y un cuarto no tenerla con ninguno de los dos. En su acercamiento a las personas y las tareas nuevas, los niños representaban una serie graduada. Los que tenían una relación segura con ambos padres eran más seguros de sí mismos y más aptos; los que no tenían una relación segura con ninguno de los dos no lo eran en absoluto; y aquellos que tenían una relación segura con un progenitor pero no con el otro, se encontraban en un punto intermedio.

Dado que existen indicios de que la pauta de apego que un niño no dañado en el momento del nacimiento desarrolla con su madre es el producto de cómo lo ha tratado su madre (Ainsworth y otros, 1978), es más probable que, de manera similar, la pauta que desarrolle con su padre sea el producto de cómo lo ha tratado éste.

Este estudio, junto con otros, sugiere que al proporcionar una figura de apego para su hijo, un padre puede estar desempeñando un rol muy parecido al desempeñado por la madre; sin embargo, en la mayoría de las culturas —y quizás en todas ellas— los padres cumplen ese rol con mucha menor frecuencia que las madres, al menos cuando los niños aún son pequeños. En la mayoría de las familias con hijos pequeños el rol del padre es diferente. Es más probable que él, y no la madre, participe en un juego ingenioso y físicamente activo y, que sobre todo en el caso de los varones, se convierta en el compañero de juegos preferido de su hijo.<sup>4</sup>

4. Entre los estudios de relevancia se encuentran los de Lamb (1977), Parke (1979), Clarke-Stewart (1978) y Mackey (1979).

Esto me lleva a una característica central de mi concepto de la crianza de los niños: la provisión por parte de ambos progenitores de una base segura a partir de la cual un niño o un adolescente puede hacer salidas al mundo exterior y a la cual puede regresar sabiendo con certeza que será bien recibido, alimentado física y emocionalmente, reconfortado si se siente afligido y tranquilizado si está asustado. Esencialmente, este rol consiste en ser accesible, estar preparado para responder cuando se le pide aliento, y tal vez ayudar, pero intervenir activamente sólo cuando es evidentemente necesario. En este sentido, se trata de un rol similar al de un oficial que comanda una base militar desde la cual sale una fuerza expedicionaria y a la cual puede retroceder en caso de sufrir un contratiempo. La mayor parte del tiempo, el rol de la base consiste en esperar, pero no por eso es menos vital. Porque sólo cuando el oficial que comanda la fuerza expedicionaria se siente seguro de sí mismo, su base tiene la certeza de que él se atreve a seguir adelante y correr riesgos.

En el caso de los niños y los adolescentes, a medida que crecen los vemos aventurarse desde la base, y por períodos de tiempo creciente. Cuanto más confían en que su base es segura y, más aun, en que está preparada para responder, más lo dan por sentado. No obstante, si uno de los progenitores enfermara o muriera, la enorme importancia de la base para el equilibrio emocional del niño o el adolescente, o el adulto joven, se vuelve inmediatamente clara. En las conferencias siguientes, a partir de estudios de adolescentes y adultos jóvenes, así como de escolares de edades diferentes a partir de la escuela de párvulos, se demuestra que los más estables emocionalmente y los que sacan el mejor partido de sus oportunidades son los que tienen padres que, si bien fomentan la autonomía de sus hijos, no son menos accesibles y sensibles cuando se recurre a ellos. Lamentablemente, por supuesto, lo contrario también es verdad.

Ningún padre proporcionará una base segura a su hijo que crece, a menos que tenga una comprensión intuitiva de y con respecto a la conducta de apego del niño, y la considere la intrínseca y valiosa parte de la naturaleza humana que yo creo que es. Es aquí donde el término tradicional "dependencia" ha

tenido una influencia tan perniciosa. La dependencia siempre conlleva una valoración adversa y suele ser considerada como una característica sólo de los primeros años, de la cual hay que desprenderse pronto. Como resultado de los círculos clínicos, a menudo ha ocurrido que cada vez que la conducta de apego se manifiesta durante los años posteriores no sólo ha sido considerada como algo deplorable sino que incluso ha sido calificada de regresiva. Creo que se trata de un juicio absolutamente equivocado.

Al hablar de la crianza de los niños me he centrado en el rol de los padres de proporcionar al hijo una base segura porque, aunque bien reconocida intuitivamente, creo que hasta ahora ha sido conceptualizada de un modo inadecuado. Pero, por supuesto, existen muchos otros roles que un padre debe desempeñar. Uno de ellos está relacionado con el papel que desempeña un progenitor al influir en una u otra dirección en la conducta de su hijo y con la variedad de técnicas que utiliza para ello. Aunque algunas de estas técnicas son necesariamente restrictivas, y algunas otras tienen una intención disciplinaria, muchas de ellas son de tipo alentador, por ejemplo la de llamar la atención del niño sobre un juguete o sobre alguna otra característica del entorno, o la de darle consejos sobre cómo resolver un problema que él no puede afrontar por sus propios medios. Evidentemente, el repertorio de técnicas utilizadas varía mucho de un padre a otro, desde las ampliamente provechosas y alentadoras hasta las ampliamente restrictivas y punitivas. Schaffer y Crook (1979) han dado un interesante primer paso en la exploración de las diversas técnicas utilizadas por los padres de niños que aprenden a caminar.

#### CONDICIONES PERINATALES Y POSNATALES QUE AYUDAN O PONEN TRABAS

Hasta aquí, mi propósito ha sido describir algunos de los modos en que se comportan los padres de los niños que se desarrollan social y emocionalmente. Por fortuna, gran parte de esta conducta surge de manera natural en muchas madres y padres que consideran agradables y compensadores los intercambios con sus hijos. Sin embargo, es evidente que, incluso cuando las condiciones sociales y económicas son favorables,

estas relaciones mutuamente satisfactorias no se desarrollan en todas las familias. Consideremos, por tanto, lo que sabemos de las condiciones psicológicas que las favorecen y las que las impiden.

En distintos puntos me he referido a la madre corriente sensible que se adapta a las señales y los actos de su hijo, que responde a ellos de manera más o menos apropiada, y que es entonces capaz de controlar los efectos que su conducta tiene sobre su hijo y de modificarla en consecuencia. La misma descripción, sin duda, se aplicaría al padre corriente y sensible. Es evidente que para que un progenitor se comporte de esta manera son necesarios un tiempo adecuado y una atmósfera relajada. Es aquí donde el progenitor, especialmente la madre, que por lo general soporta la mayor parte de la crianza durante los primeros meses o años, necesita toda la ayuda posible, no con el cuidado del bebé —que es su tarea—, sino en los quehaceres domésticos.

Una amiga mía, antropóloga social, observó que en la isla del Mar del Sur en la que estaba trabajando existía la costumbre de que la futura madre —durante el nacimiento del bebé y posteriormente— fuera ayudada por un par de mujeres de la familia que la cuidaban a ella durante el primer mes, dejándola libre para cuidar a su bebé. Mi amiga estaba tan impresionada por este proceder que, cuando su propio bebé nació en la isla, aceptó las sugerencias de ser cuidada como una personalidad, y no tuvo motivos para arrepentirse. Además de la ayuda práctica, es probable que una compañía femenina agradable proporcione a la nueva madre un soporte emocional o, según mi terminología, el tipo de base segura que todos necesitamos en situaciones de tensión y sin la cual nos resulta difícil relajarnos. En casi todas las sociedades, la regla consiste en un arreglo de este tipo. En efecto, en todas salvo en una de las ciento cincuenta culturas estudiadas por antropólogos, un miembro de la familia o un amigo, generalmente una mujer, permanece con la madre durante los dolores del parto y el alumbramiento (Raphael, 1966, citado por Sosa y otros, 1980).

Volviendo a nuestra propia sociedad, a partir de un estudio llevado a cabo en la unidad de maternidad de un hospital de Guatemala, el equipo de Klaus y Kennell informó recientemente sobre descubrimientos preliminares que, de confirmarse, resultarían de gran interés e importancia práctica (Sosa y

otros, 1980). Un grupo de mujeres pasó por los dolores del parto y el alumbramiento de acuerdo con la práctica rutinaria de la unidad, lo que significaba que la mujer quedaba a solas durante la mayor parte del tiempo. El otro grupo recibió un constante apoyo amistoso por parte de una mujer legítima e inexperta desde el momento de la admisión hasta el del alumbramiento, una mujer durante el día y otra durante la noche. En el grupo de mujeres acompañadas, los dolores del parto duraron menos de la mitad que en el otro grupo: 8,7 horas contra 19,3.<sup>5</sup> Más aun, la madre estuvo despierta durante la mayor parte de la primera hora de vida del niño, durante la cual se la vio a menudo acariciando a su bebé, sonriéndole y hablándole.

Actualmente son muy conocidos los efectos de tipo similar en el modo en que una madre trata a su bebé como consecuencia de haber tenido un contacto adicional con él inmediatamente después de su nacimiento. Entre las diferencias observadas por Klaus y Kennell cuando los bebés tuvieron un mes, estaba la de que era más probable que la madre que recibía un contacto suplementario consolara al bebé durante las fatigosas visitas clínicas y que mientras lo alimentaba lo mimara y entablara con él un contacto íntimo. Diferencias de tipo comparable se observaron cuando los bebés tuvieron doce meses, y nuevamente a los dos años de edad. En estos estudios, el contacto incrementado ascendió a no más de una hora extra dentro de las tres primeras horas posteriores al nacimiento, con otras cinco de contacto cada tarde, durante los tres días siguientes (Kennell y otros, 1974; Ringler y otros, 1975).<sup>6</sup>

Peterson y Mehl (1978) informan de descubrimientos de otro estudio acerca del papel que desempeñan este tipo de experiencias perinatales y posnatales para ayudar a una

5. En un estudio posterior y más extenso también llevado a cabo en Guatemala por el mismo grupo de investigación, se confirmaron todos los descubrimientos. Había 279 parturientas en el grupo de rutina y 186 en el grupo que recibió apoyo. No sólo se redujo a la mitad la duración del trabajo del parto, sino también la incidencia de las complicaciones perinatales (Klaus y otros, 1986).

6. Dado que estudios más recientes, por ejemplo el de Svejda, Campos y Emde (1980), no han logrado confirmar los descubrimientos iniciales relativos a los efectos del primer contacto madre-hijo, el tema sigue siendo dudoso. En esta delicada área es posible que los detalles de cómo y a través de quién se dispone este primer contacto expliquen las discrepancias.

madre a desarrollar una relación amorosa y sensible con su bebé, o para impedirla. En un estudio longitudinal de cuarenta y seis mujeres y sus esposos, entrevistados y observados durante el embarazo, durante el parto y, en cuatro ocasiones, durante los primeros seis meses de vida del niño, la variable más significativa en la predicción de las diferencias en el vínculo maternal fue el espacio de tiempo que una madre había estado separada de su bebé durante las horas y los días posteriores al nacimiento. Otras variables que tuvieron un papel significativo aunque menor fueron la experiencia del nacimiento y las actitudes y expectativas expresadas por la madre durante el embarazo.

### LA INFLUENCIA DE LAS EXPERIENCIAS INFANTILES DE LOS PADRES

Existen, por supuesto, pruebas clínicas de que el sentimiento de una madre por su bebé y la conducta mostrada hacia él también están profundamente influidos por sus anteriores experiencias personales, sobre todo aquellas que tuvo y puede estar teniendo aún con sus propios padres; y, aunque las evidencias con respecto a las actitudes del padre son menos abundantes, las que existen apuntan claramente a la misma conclusión.

En esta cuestión, la evidencia que surge de los estudios sistemáticos de niños pequeños es impresionante: muestra que la influencia que los padres tienen en la pauta de cuidados que desarrollan sus hijos comienza muy temprano. Por ejemplo, Zahn-Waxler, Radke-Yarrow y King (1979) han descubierto no sólo que ayudar y consolar a los otros que se encuentran en un apuro es una pauta de conducta que se desarrolla comúnmente en el segundo año de vida del niño, sino que la forma que adopta está en gran medida influida por el modo en que la madre trata a su hijo. Los niños cuyas madres responden sensiblemente a sus señales y proporcionan un contacto físico reconfortante son los que responden más fácil y adecuadamente a la aflicción de los otros.<sup>7</sup> Además, con no poca frecuencia, lo que un niño hace

7. El papel del estrecho contacto físico con la madre durante la infancia del ser humano ha sido estudiado especialmente por Ainsworth, para quien los

en tales circunstancias es una clara réplica de lo que ha visto y/o experimentado con su madre. Un estudio profundo en un grupo de niños que muestren estas primeras diferencias sería de gran interés.

Otra línea de evidencias con respecto a la influencia de la experiencia infantil en el modo en que una mujer cuida a su hijo surge de estudios llevados a cabo en Londres. Por ejemplo, un estudio de Frommer y O'Shea (1973) muestra que las mujeres que durante el embarazo presentan una historia de separación de uno o ambos padres antes de los once años de edad, muy probablemente tendrán dificultades maritales y psicológicas después del nacimiento de su bebé, y también problemas con la alimentación y el sueño de sus niños. Otro estudio, también realizado en Londres, de Wolkind, Hall y Pawlby (1977) amplía este descubrimiento al demostrar que las mujeres con este tipo de historia en la infancia interactúan significativamente menos con sus primogénitos de cinco meses de edad que las mujeres que han tenido una infancia más estable. Estas observaciones, que fueron llevadas a cabo por un etólogo, se desarrollaron durante un período lo suficientemente prolongado para registrar cincuenta minutos de la vigilia del bebé, excluyendo el tiempo ocupado en alimentarlo; esto generalmente requería que el observador se quedara durante toda la mañana. Las madres que provenían de una familia quebrada no sólo pasaron como promedio dos veces más tiempo que las otras madres fuera del alcance de la vista de sus bebés, sino que incluso cuando una de ellas estaba con su bebé, pasaba menos tiempo teniéndolo en brazos, menos tiempo mirándolo y menos tiempo hablándole. Más aun, cuando se les preguntó: "Lleva un poco de tiempo empezar a considerar a un bebé como persona... ¿usted ya lo siente así?", las madres provenientes de familias quebradas estuvieron mucho menos dispuestas a decir que sí (Hall, Pawlby y Wolkind, 1979). La cuestión que me gustaría subrayar es que el estudio proporciona una prueba firme de que las mujeres cuya infancia ha sido perturbada tienden a entablar con sus niños una menor interacción que la que entablan madres con infancias más felices, en un período de la vida de sus

niños que desarrollan un apego seguro a la madre son aquellos que en la primera infancia fueron tomados en brazos durante más tiempo de modo tierno y cariñoso (Ainsworth y otros, 1978).

bebés en que la cantidad de interacción que se produce está determinada casi totalmente por la madre.

Algunas de las pruebas más claras con respecto al importante papel que desempeña la experiencia infantil para determinar el modo en que un progenitor trata a un niño surgen de estudios de padres que han maltratado a sus hijos físicamente (Parke y Collmer, 1979). Una descripción común incluye una infancia en la que el cuidado de los padres fue, en el mejor de los casos, irregular, y en el peor totalmente inexistente, en la que la crítica y la censura fueron frecuentes y amargas, y en la que los progenitores o los padrastros se comportaron de manera violenta entre ellos y a veces, aunque no siempre, con los niños. Una característica que surge de un estudio realizado por DeLozier con madres que maltrataban a sus hijos físicamente (un estudio descrito detalladamente en la conferencia 5) es la alta proporción de las que han vivido con el temor constante de ser abandonadas por uno o ambos padres y por consiguiente de ser enviadas a una institución o casa de adopción, y que también han sido amenazadas frecuentemente con palizas violentas o cosas peores. No es extraño que estas niñas crecerán con la constante inquietud de que sus maridos o novios las abandonaran, que consideraran la violencia física como parte del orden natural, y que esperaran poco o nada del amor o el apoyo de alguien.

De todos modos, no todas las mujeres con experiencias infantiles de este tipo azotan a sus hijos; y una mujer que maltrata físicamente a uno de sus hijos no necesariamente maltrata a los otros. ¿Cuál es la explicación a estas diferencias? Las pruebas sugieren que los individuos que gracias a sus primeras experiencias son notoriamente propensos a desarrollar actitudes paternas desfavorables, son más sensibles de lo normal a lo que les ocurre durante y después del nacimiento de sus bebés. Al parecer, para estas mujeres, las experiencias adversas en ese momento pueden ser la gota que rebasa la copa.

Por ejemplo, en un estudio llevado a cabo en Oxford, Lynch (1975) comparó los antecedentes de veinticinco niños que habían sido maltratados físicamente con los de los hermanos que se habían librado del maltrato. Los niños que habían sido maltratados tenían más probabilidades que sus hermanos de haber sido el producto de un embarazo o un parto anormal, de haber sido separados de sus madres durante cuarenta y ocho

horas o más inmediatamente después del nacimiento, y de haber experimentado separaciones de otros tipos durante los primeros seis meses de vida. Además, durante el primer año de vida, los niños maltratados enfermaban con mayor frecuencia que sus hermanos no maltratados; y las madres también enfermaban con mayor frecuencia durante el primer año del niño maltratado que durante el primer año de sus hermanos. Dado que en este estudio la personalidad y los antecedentes infantiles de los padres eran los mismos en el caso de los hermanos maltratados que en el de los no maltratados, el destino de cada uno parece haber dependido en gran parte de las experiencias de la madre con el niño durante el período perinatal y el principio del posnatal. Los descubrimientos de Cater y Easton (1980) apuntan a la misma conclusión.<sup>8</sup>

De las muchas otras pautas alteradas de crianza que pueden tener su origen —al menos en parte— en la experiencia infantil, existe una que también se encuentra muy bien documentada en estudios sobre madres que maltratan a sus hijos (por ejemplo Morris y Gould, 1963; Steele y Pollock, 1968; Green, Gaines y Sandgrun, 1974, y DeLozier, 1982). Se trata de la tendencia a esperar y exigir cuidado y atención por parte de sus propios hijos, en otras palabras de invertir la relación. Durante las entrevistas describieron regularmente cómo, de niñas, también se las había hecho sentir responsables de cuidar a sus padres en lugar de que sus padres las cuidaran a ellas.

La mayoría de los padres, y tal vez todos, que esperan que sus hijos se ocupen de ellos han experimentado, a su vez, una crianza muy inadecuada. Lamentablemente, con demasiada frecuencia, entonces les crean a sus hijos problemas psicológicos importantes. En otra obra (Bowlby, 1973, 1980) he sostenido que una relación padre-hijo invertida de este tipo oculta una proporción significativa de casos de rechazo a la escuela (fobia a la escuela), de agorafobia y también, probablemente, de depresión.

8. Al interpretar los descubrimientos de estos dos estudios es necesario ser cauteloso porque en ninguno de ellos existe la certeza de que en todos los casos fuera la madre el progenitor que infligía malos tratos.

En esta contribución, he prestado gran atención a lo que sabemos acerca de la crianza exitosa, y a algunas de las variables que hacen que a los hombres y a las mujeres jóvenes les resulte más fácil o más difícil convertirse en padres sensibles y atentos. En consecuencia, he podido decir muy poco acerca de las muchas y variadas pautas de crianza deficiente y desvirtuada con las que nos encontramos en el aspecto clínico. Otro amplio tema omitido es el de cómo ayudar lo mejor posible a los hombres y mujeres jóvenes a convertirse en los padres exitosos que, creo, la gran mayoría desea ser. Por lo tanto, para concluir, permítaseme expresar lo que considero los principios fundamentales de semejante tarea: que siempre procuremos enseñar con el ejemplo, no con preceptos, y mediante la discusión, no mediante instrucciones. Cuantas más oportunidades podamos proporcionar a los jóvenes de conocer y observar de primera mano cómo los padres sensibles y atentos tratan a su descendencia, más probable será que sigan el ejemplo. Considero que aprender directamente de esos padres las dificultades con las que se encuentran y las recompensas que obtienen, y hablar con ellos de sus errores y sus éxitos vale tanto como cien charlas instructivas. Para un programa de este tipo —que en algunos sitios puede ser una extensión de los grupos de colaboración de madres, que empiezan a florecer— necesitaríamos contar con la cooperación activa de padres sensibles y atentos. Afortunadamente éstos abundan en nuestra sociedad, y creo que muchos de ellos estarían dispuestos a ayudar y se sentirían orgullosos de hacerlo.

## LOS ORIGENES DE LA TEORIA DEL APEGO

*En la primavera de 1981 la Asociación Norteamericana de Ortopsiquiatría me invitó a Nueva York para recibir el Cuarto Premio Blanche Ittleson y para que hablara ante los miembros de la Asociación sobre la historia de mi trabajo en el campo del apego y la pérdida. Luego de agradecer a los miembros el honor con el que me distingúan, aproveché la oportunidad para expresar mi profundo agradecimiento a las tres fundaciones norteamericanas —la Josiah Macy Junior, la Ford y el Fondo de las Fundaciones para la Investigación en Psiquiatría— que apoyaron nuestro trabajo en la Clínica Tavistock durante la década crítica que comenzó en 1953.*

*Luego de la reunión, el director del periódico de la Asociación me pidió que ampliara mis observaciones presentando un informe de lo que sabíamos en ese momento en el campo que yo había estado explorando, de cómo llegamos a ese conocimiento y de las direcciones que tomaría la investigación posterior. En mi respuesta expliqué que no estaba en condiciones de ser un historiador objetivo en un campo que durante mucho tiempo había sido polémico, y que todo lo que podía intentar era describir la historia tal como la recordaba y señalar algunos de los estudios empíricos e ideas teóricas que habían influido en su concepción. Mis tendencias personales, expliqué, serían inevitablemente evidentes.*

Durante las décadas de los años treinta y cuarenta, una serie de clínicos de ambos lados del Atlántico —la mayor parte de los cuales trabajaban con independencia unos de otros— estaban haciendo observaciones de los efectos negativos que el prolongado cuidado institucional y/o los frecuentes cambios de la figura materna durante los primeros años de vida tienen sobre el desarrollo de la personalidad. A ello siguieron publicaciones influyentes. Si hacemos una lista en orden alfabético de los apellidos de los autores, éstos incluyen los siguientes: Lauretta Bender (Bender y Yarnell, 1941, Bender, 1947), John Bowlby (1940, 1944), Dorothy Burlingham y Anna Freud (1942, 1944), William Goldfarb (1943, a, b y c, y otros seis documentos, resumidos en 1955), David Levy (1937) y René Spitz (1945, 1946). Dado que todos los autores eran analistas cualificados (excepto Goldfarb, que se diplomó con posterioridad), no resulta sorprendente que los descubrimientos crearan poca conmoción fuera de los círculos analíticos.

En ese momento, a finales de 1949, hizo su aparición un imaginativo y joven psiquiatra británico, orientado analíticamente, que poco tiempo antes había sido designado Jefe de la Sección de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud. Cuando se le pidió que colaborara en un estudio de las Naciones Unidas sobre las necesidades de los niños sin hogar, Ronald Hargreaves<sup>1</sup> decidió contratar por breve plazo a un especialista para que informara sobre los aspectos del problema relacionados con la salud mental y, como sabía de mi interés en ese campo, me invitó a que me encargara de la tarea. Para mí, ésa fue una excelente oportunidad. Luego de cinco años como psiquiatra del ejército, yo había retomado la psiquiatría infantil decidido a estudiar más a fondo los problemas en los que había empezado a trabajar antes de la guerra; para entonces, ya había nombrado como primer ayudante de investigación a James Robertson, un capacitado asistente social psiquiátrico que había trabajado con Anna Freud durante la guerra en las Guarderías Hampstead.

Los seis meses que pasé en la Organización Mundial de la Salud en 1950 me proporcionaron la oportunidad no sólo de leer

1. La prematura muerte de Ronald Hargreaves en 1962, mientras trabajaba como profesor de psiquiatría en Leeds, representó una grave pérdida para la psiquiatría preventiva.

la bibliografía existente y de discutirla con los autores, sino también la de conocer a muchos otros en Europa y en Estados Unidos con experiencia en el campo. Poco después de la finalización de mi contrato presenté mi informe, que fue publicado a principios de 1951 como un trabajo monográfico de la OMS, titulado *Maternal Care and Mental Health*. En él analizaba las pruebas, nada desdeñables, de que entonces se disponía respecto de la influencia adversa del cuidado maternal inadecuado durante la infancia sobre el desarrollo de la personalidad, llamaba la atención sobre la aguda aflicción de los niños que se ven separados de aquellos a quienes conocen y aman, y hacía recomendaciones acerca de la mejor manera de evitar, o al menos mitigar, los efectos nocivos a corto y a largo plazo. Durante los años siguientes este informe fue traducido a una docena de idiomas y apareció también en una edición abreviada y económica, en inglés.

Por influyente que a menudo resulte la palabra escrita, no se puede comparar con el impacto emocional que produce una película. A lo largo de la década de los cincuenta, la primera película de René Spitz titulada *Grief: A Peril in Infancy* (1947) y la de James Robertson, titulada *A Two-Year-Old Goes to Hospital* (1952) ejercieron una enorme influencia. No sólo llamaron la atención de los profesionales sobre la inmediata aflicción y la ansiedad de los niños pequeños en un marco institucional, sino que demostraron ser poderosos instrumentos para promover cambios en la práctica. En este campo, Robertson tuvo un papel preponderante (por ejemplo, Robertson, 1958, 1970).

Aunque a finales de los años cincuenta gran parte de quienes trabajaban en psiquiatría y psicología infantil y en la asistencia social —y también algunos de los que trabajaban en pediatría y en el cuidado de niños enfermos— habían aceptado los descubrimientos de la investigación y estaban poniendo en práctica el cambio, la aguda controversia provocada por las primeras publicaciones y por las películas persistió. Los psiquiatras especializados en psiquiatría tradicional y los psicólogos que adoptaron un enfoque teórico, en ningún momento dejaron de señalar las deficiencias de la evidencia y la falta de una explicación adecuada de cómo los tipos de experiencia implicada podrían ejercer efecto en el desarrollo de la personalidad. Por añadidura, muchos psicoanalistas —sobre todo

aquellos cuya teoría se centraba en el papel de la fantasía en la psicopatología, excluyendo relativamente la influencia de los acontecimientos de la vida real— siguieron siendo escépticos y en ocasiones muy críticos. Entretanto, la investigación continuó. Por ejemplo, en Yale, Sally Provence y Rose Lipton estaban haciendo un estudio sistemático de niños pertenecientes a una institución, en el que comparaban el desarrollo de éstos con el de niños que vivían en una familia (Provence y Lipton, 1962). En la Tavistock, los miembros de mi pequeño grupo de investigación se mostraron activos en la recolección de datos sobre los efectos a corto plazo en un niño pequeño que se encontraba bajo el cuidado de personas desconocidas, en un lugar desconocido, durante semanas y a veces durante meses enteros (véanse especialmente los estudios de Christoph Heinicke, 1956, y con Ilse Westheimer, 1966), mientras yo me dedicaba a los problemas teóricos planteados por nuestros datos.

Mientras tanto, el campo estaba cambiando. Una influencia importante fue la publicación en 1963 por parte de la Organización Mundial de la Salud de una colección de artículos en los que se volvían a examinar los múltiples efectos de los diversos tipos de experiencias incluidas en el concepto "privación del cuidado materno". De los seis artículos, el más amplio —con mucho— fue el de mi colega Mary Ainsworth (1962). En él no sólo analizaba los datos amplios y diversos y consideraba las diversas cuestiones que habían dado lugar a la controversia, sino que también identificaba un gran número de problemas que requerían una mayor investigación.

Una segunda influencia importante fue la publicación —que comenzó a finales de los años cincuenta— de los estudios de Harry Harlow sobre los efectos de la privación de cuidados maternos en los macacos de la India; y, una vez más, las películas desempeñaron un importante papel. El trabajo de Harlow en Estados Unidos había sido estimulado por los informes de Spitz. En el Reino Unido, los estudios complementarios llevados a cabo por Robert Hinde habían sido estimulados por nuestro trabajo en la Tavistock. En la década siguiente una serie de resultados experimentales presentados por esos dos científicos (véanse los resúmenes en Harlow y Harlow, 1965, y Hinde y Spencer-Booth, 1971), que aparecían además del análisis de Ainsworth, socavaron la oposición. Después no

se oyó nada más de la inherente inverosimilitud de nuestras hipótesis; y la crítica se volvió más constructiva.

La mayor parte, por supuesto, siguió siendo dudosa. Aun cuando se admite la realidad de la aflicción a corto plazo y la perturbación de la conducta, ¿qué prueba existe, se preguntó, de que los efectos nocivos pueden persistir? ¿Qué características de la experiencia, o qué combinación de características, son responsables de la aflicción? Y, si se demostrara que en algunos casos persisten los efectos nocivos, ¿cómo se explica? ¿Cómo es que algunos niños parecen pasar por experiencias muy desfavorables y quedan relativamente indemnes? ¿En qué medida es importante que un niño sea cuidado durante la mayor parte del tiempo por una figura principal que proporcione cuidados? En sociedades menos desarrolladas se afirmaba (erróneamente, como queda demostrado) que los cuidados maternos múltiples no son algo fuera de lo común. Por otra parte, además de todas estas preguntas legítimas, había malentendidos. Algunos suponían que los defensores del punto de vista de que un niño debería ser cuidado durante la mayor parte del tiempo por una figura materna principal sostenían que ésa debía ser la madre natural del niño... la así llamada teoría del vínculo sanguíneo. Otros suponían que, al preconizar que un niño debiera "experimentar una cálida y continua relación personal con su madre (o con su permanente madre sustituta)", los defensores de esta idea estaban prescribiendo un régimen según el cual la madre tenía que cuidar al niño las veinticuatro horas del día, días tras día, sin respiro. En un campo en el que se despiertan fuertes sentimientos y en el que casi todo el mundo tiene algún tipo de interés personal, no siempre es fácil encontrar una opinión claramente imparcial.

#### UN NUEVO ENFOQUE DE LA TEORIA

La monografía titulada *Maternal Care and Mental Health* consta de dos partes. La primera analiza los datos relativos a los efectos adversos de la privación de cuidados maternos, y la segunda habla de los medios para prevenirla. Lo que se pasó por alto, como señalaron varios críticos, es una explicación del modo en que las experiencias incluidas en el amplio apartado de la privación de cuidados maternos podrían tener sus efectos

en el desarrollo de la personalidad. El motivo de esta omisión es sencillo: los datos no se adaptaban a ninguna teoría aceptada en ese momento, y durante el breve lapso de mi trabajo en la Organización Mundial de la Salud no hubo posibilidad de desarrollar una nueva.

### El vínculo del niño con su madre

En ese momento se afirmaba que la razón por la cual un niño desarrolla un estrecho vínculo con su madre radica en que ella lo alimenta. Se postulan dos tipos de vías, primaria y secundaria. Se considera el alimento como la vía primaria; la relación personal, calificada de "dependencia", como secundaria. En mi opinión, esta teoría no se ajusta a los hechos. Por ejemplo, si fuera verdad, un niño de uno o dos años se apegaría con facilidad a cualquiera que lo alimentara, y evidentemente ése no es el caso. Una teoría alternativa, que se deriva de la escuela húngara de psicoanálisis, postulaba una relación objetual primitiva desde el principio. Sin embargo, en su versión más conocida, la preconizada por Melanie Klein, el pecho de la madre se presenta como el primer objeto, y se coloca el acento en el alimento y en la oralidad, y en la naturaleza infantil de la "dependencia". Ninguna de estas características se corresponde con mi experiencia de los niños.

Pero si las teorías aceptadas de la dependencia resultaban inadecuadas, ¿cuál era la alternativa?

Durante el verano de 1951 un amigo me habló del trabajo de Lorenz sobre la respuesta de seguimiento de los patitos y los ansarinos. Las lecturas sobre el tema y el trabajo relacionado con la conducta instintiva revelaron un mundo nuevo, un mundo en el que científicos de gran calibre estaban investigando en especies no humanas muchos de los problemas que intentábamos resolver en el ser humano, sobre todo las relaciones relativamente duraderas que se desarrollan en muchas especies, primero entre los jóvenes y los padres y posteriormente entre iguales apareados, y algunos de los modos en que estos acontecimientos pueden ser negativos.

¿Podría esto funcionar, me preguntaba, arrojar luz sobre un problema central para el psicoanálisis, el del "instinto" en los seres humanos?

Luego siguió una prolongada fase durante la cual intenté dominar los principios básicos y aplicarlos a nuestros problemas, comenzando por la naturaleza del vínculo del niño con su madre. En este punto, el trabajo de Lorenz sobre la respuesta de seguimiento de los patitos y los ansarinos (Lorenz, 1935) resultó de especial interés. Revelaba que en algunas especies animales podría desarrollarse un fuerte vínculo con una figura materna individual, sin el alimento como intermediario: porque estas crías no son alimentadas por los padres, sino que se alimentan a sí mismas atrapando insectos. Aquí había, entonces, un modelo alternativo al tradicional, un modelo que poseía una serie de características que parecían adaptarse al caso de los seres humanos. Después, a medida que aumentó mi dominio de los principios etológicos, y los apliqué a un problema clínico tras otro, me sentí cada vez más seguro de que éste era un enfoque prometedor. Así, habiendo adoptado este nuevo punto de vista, decidí "profundizar en él a través del material mientras la aplicación del mismo parece producir resultados" (para tomar prestada una frase de Freud).

Desde 1957, cuando se presentó por primera vez *The Nature of the Child's Tie to his Mother*, y a lo largo de 1969, cuando apareció *Attachment*, hasta 1980 con la publicación de *Loss*, me concentré en esta tarea. El marco conceptual<sup>2</sup> resultante apunta a dar cabida a todos los fenómenos sobre los cuales Freud llamó la atención —por ejemplo las relaciones amorosas, la angustia de separación, el duelo, la defensa, la ira, la culpa, la depresión, el trauma, el desapego emocional, los períodos sensibles de los primeros años de vida—, y así ofrecer una alternativa a la metapsicología tradicional del psicoanálisis y añadir otra más a las muchas variantes de la teoría clínica existentes en la actualidad. Sólo con el tiempo se sabrá el grado de aceptación que alcanzarán estas ideas.

Como ha señalado Kuhn, cualquier marco conceptual nuevo es difícil de aprehender, especialmente para los que han estado familiarizados durante mucho tiempo con uno preexistente. De las muchas dificultades que se plantean en la comprensión del marco preconizado, mencionaré sólo unas pocas. Una de ellas

2. Este es el término que Thomas Kuhn (1974) utiliza actualmente para reemplazar "paradigma", el término utilizado en su obra anterior (Kuhn, 1962).

consiste en que, en lugar de comenzar con un síndrome clínico de los últimos años e intentar rastrear sus orígenes de manera retrospectiva, he empezado con una clase de traumas infantiles y he intentado delinear las secuelas de manera prospectiva. La segunda es que, en lugar de comenzar con los pensamientos y sentimientos íntimos de un paciente —como los expresados en la asociación libre o en el juego— y de intentar construir una teoría del desarrollo de la personalidad a partir de esos datos, he empezado con observaciones de la conducta de los niños en ciertos tipos de situaciones definidas, incluyendo registros de los sentimientos y pensamientos que ellos expresan, y he intentado construir una teoría del desarrollo de la personalidad a partir de allí. Otras dificultades surgen de mi utilización de conceptos tales como sistema de control (en lugar de energía psíquica) y vía evolutiva (en lugar de fase libidinal) que aunque actualmente están firmemente establecidos como conceptos clave en todas las ciencias biológicas, aún son ajenos al pensamiento de un gran número de psicólogos y clínicos.

Una vez descartada la vía secundaria —la teoría de la dependencia acerca del vínculo del niño con su madre, y también la alternativa kleiniana—, la tarea primordial era formular una que la reemplazara. Esto condujo al concepto de la conducta de apego con su propia dinámica distinta de la conducta y la dinámica de la alimentación o el sexo, las dos fuentes de la motivación humana durante mucho tiempo consideradas fundamentales. Este paso contó de inmediato con el gran apoyo de las conclusiones de Harlow, según las cuales en otra especie de primates —los macacos de la India— las crías muestran una marcada preferencia por una tierna “madre” ficticia, a pesar de que no proporciona alimento, en lugar de una dura que sí lo proporciona (Harlow y Zimmermann, 1959).

La conducta de apego es cualquier forma de conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo claramente identificado al que se considera mejor capacitado para enfrentarse al mundo. Esto resulta sumamente obvio cada vez que la persona está asustada, fatigada o enferma, y se siente aliviada con el consuelo y los cuidados. En otros momentos, la conducta es menos manifiesta. Sin embargo, saber que la figura de apego es accesible y sensible le da a la persona un fuerte y penetrante sentimiento de seguridad, y la alienta a valorar y continuar la relación. Si

bien la conducta de apego es muy obvia en la primera infancia, puede observarse a lo largo del ciclo de la vida, sobre todo en situaciones de emergencia. Dado que se observa en casi todos los seres humanos (aunque según pautas variables), se la considera parte integral de la naturaleza humana y como algo que compartimos (en distinto grado) con miembros de otras especies. La función biológica que se le atribuye es la de la protección. Tener fácil acceso a un individuo conocido del que se sabe que está dispuesto a acudir en nuestra ayuda en una emergencia es evidentemente una buena póliza de seguros... cualquiera sea nuestra edad.

Al conceptualizar el apego de este modo, como una forma fundamental de conducta con su propia motivación interna distinta de la alimentación y el sexo, y no menos importante para la supervivencia, a la conducta y a la motivación se les concede una categoría teórica que nunca se les había dado, aunque tanto los padres como los clínicos durante mucho tiempo han sido intuitivamente conscientes de su importancia. Como ya se ha subrayado, los términos “dependencia” y “dependencia de necesidad”, que hasta ahora han sido utilizados para referirse a ellas, presentan serias desventajas. En primer lugar, “dependencia” tiene un tono peyorativo; en segundo, no supone una relación con una carga emocional con uno o unos pocos individuos claramente preferidos; y en tercer lugar, jamás se le atribuyó una función biológica valiosa.

Han pasado treinta años desde que la noción de apego fue presentada por primera vez como una manera útil de conceptualizar una forma de comportamiento de gran importancia no sólo para los clínicos y los psicólogos experimentales, sino también para los padres. Durante ese tiempo la teoría del apego ha sido enormemente aclarada y ampliada. Los colaboradores más notables han sido Robert Hinde que, además de sus propias publicaciones (por ejemplo, 1974), ha guiado constantemente mi pensamiento, y Mary Ainsworth que, desde su inicio a fines de los años cincuenta, ha promovido estudios empíricos de la conducta de apego tanto en Africa (1963, 1967) como en Estados Unidos (Ainsworth y Wittig, 1969; Ainsworth y otros, 1978) y también ayudó enormemente a desarrollar la teoría (por ejemplo, 1969, 1982). Su trabajo, junto con el de sus investigadores y otros influidos por ella (que se han ampliado notablemente desde que se dictó esta conferencia, y que apare-

ce descrito en detalle en la Conferencia 7), ha hecho que la teoría del apego sea considerada ampliamente como la teoría mejor sustentada, aún disponible, del desarrollo socio-emocional (Rajecki, Lamb y Obmascher, 1978; Rutter, 1980; Parkes y Stevenson-Hinde, 1982; Sroufe, 1986).

Dado que mi punto de partida para desarrollar la teoría fue la observación de la conducta, algunos clínicos han supuesto que la teoría no es más que una versión del conductismo. Este error se debe en gran parte al desconocimiento de la estructura conceptual propuesta, y en parte a mi propio fallo en las primeras formulaciones al aclarar la distinción que debe hacerse entre apego y conducta de apego. Decir de un niño (o de una persona mayor) que está apegado o que tiene apego a alguien significa que está absolutamente dispuesto a buscar la proximidad y el contacto con ese individuo, y a hacerlo sobre todo en ciertas circunstancias específicas. La disposición para comportarse de esta manera es un atributo de la persona apegada, un atributo persistente que cambia lentamente con el correr del tiempo y que no se ve afectado por la situación del momento. En contraste, la conducta de apego se refiere a cualquiera de las diversas formas de conducta que la persona adopta de vez en cuando para obtener y/o mantener una proximidad deseada.

Existen pruebas abundantes de que casi todos los niños habitualmente prefieren a una persona, por lo general su figura materna, a la cual acudir cuando están afligidos pero que, en su ausencia, se las arreglarán con alguna otra persona, preferentemente alguien a quien conocen bien. En estas ocasiones, en su mayor parte, los chicos muestran una clara jerarquía de preferencias de modo tal que en una situación extrema y sin nadie más disponible, incluso pueden acercarse a un desconocido amable. Así, aunque la conducta de apego puede ser manifestada en diferentes circunstancias con una diversidad de individuos, un apego duradero o un vínculo de apego está limitado a unos pocos. En el caso de que un niño no mostrara una clara discriminación de este tipo, es probable que estuviera seriamente perturbado.

La teoría del apego es un intento por explicar tanto la conducta de apego —con su episódica aparición y desaparición— como los apegos duraderos que los niños y otros individuos tienen con otras personas determinadas. En esta teoría, el concepto clave es el del sistema conductal. Este está concebido

sobre la analogía de un sistema fisiológico organizado homeostáticamente para asegurar que una determinada medida fisiológica —como la temperatura sanguínea o la tensión arterial— se mantenga dentro de unos límites adecuados. Al proponer el concepto de un sistema conductal para explicar el modo en que un niño o una persona mayor mantiene su relación con su figura de apego entre ciertos límites de distancia o accesibilidad, no hacemos nada más que utilizar estos principios bien entendidos para explicar una forma diferente de homeostasis, o sea una en la que los límites fijados se refieren a la relación del organismo con personas claramente identificadas del entorno —o con otras características del mismo—, y en el cual los límites se mantienen por medios conductales en lugar de fisiológicos.

Así, al postular la existencia de una organización psicológica interna con una serie de características muy específicas —que incluyen modelos representativos del sí-mismo [*self*] y de la figura o figuras de apego— se puede considerar que la teoría propuesta posee las mismas propiedades básicas que aquellas que caracterizan otras formas de teoría estructural —de la que las variantes del psicoanálisis son algunas de las más conocidas— y que las diferencian tan claramente del conductismo en sus distintas formas. Históricamente, la teoría del apego fue desarrollada como una variante de la teoría de las relaciones objetales.

La razón por la cual he concedido tanto espacio en este informe al concepto y a la teoría del apego radica en que, una vez captados esos conceptos, existen pocas dificultades para comprender cómo los otros fenómenos de interés central para los clínicos quedan explicados dentro de la estructura propuesta.

### La ansiedad de la separación

Por ejemplo, se ha arrojado nueva luz sobre el problema de la ansiedad de la separación, o sea la ansiedad por perder a alguien amado o quedar separado de él. El motivo por el cual la "simple separación" podría provocar ansiedad ha sido un misterio. Freud luchó con el problema y propuso una serie de hipótesis (Freud, 1926; Strachey, 1959). Algún otro analista importante ha hecho lo mismo. Sin medios para evaluarlas,

han proliferado muchas escuelas de pensamiento divergentes.

Considero que el problema radica en un supuesto no analizado —planteado no sólo por psicoanalistas sino también por psiquiatras más tradicionales— de que el temor surge en una persona mentalmente sana sólo en situaciones que cualquiera percibiría como intrínsecamente dolorosas o peligrosas, o que son percibidas por una persona sólo a causa de que está condicionada a ellas. Dado que el temor a la separación y a la pérdida no se ajusta a esta fórmula, los analistas han llegado a la conclusión de que lo que se teme es en realidad alguna otra situación; y se ha presentado una gran variedad de hipótesis.

Sin embargo, las dificultades desaparecen cuando se adopta un enfoque etológico. Porque entonces se hace evidente que el hombre, al igual que otros animales, responde con temor a determinadas situaciones, no porque éstas conlleven un alto riesgo de dolor y peligro, sino porque indican un aumento del riesgo. Así, al igual que los animales de muchas especies —incluyendo el hombre— tienden a reaccionar con temor a un movimiento súbito o a un cambio marcado en el nivel del sonido o la luz porque ello tiene un valor de supervivencia, muchas especies —incluyendo el hombre— tienden a reaccionar ante la separación de una figura potencialmente dadora de cuidados, y por la mismas razones.

Cuando vemos la ansiedad de la separación bajo esta luz, como una disposición humana básica, sólo tenemos que dar un pequeño paso para comprender por qué las amenazas de abandonar a un niño, a menudo utilizadas como medio para controlarlo, resultan tan aterradoras. Actualmente sabemos que tales amenazas, y también las amenazas de suicidio por parte de un progenitor, son causas comunes de ansiedad intensificada de la separación. Supongo que el hecho de que la teoría clínica tradicional las pase por alto se debe no sólo a una inadecuada teoría de la ansiedad de la separación sino al fracaso en dar la importancia que corresponde a las poderosas consecuencias que tienen —a todas las edades— los acontecimientos de la vida.

Las amenazas de abandono no sólo crean una intensa ansiedad sino que también despiertan ira —a menudo también en un grado intenso— sobre todo en los niños más grandes y en los adolescentes. Esta ira, cuya función es la de disuadir a la figura del apego de que lleve a cabo la amenaza, puede volverse

fácilmente disfuncional. Creo que bajo este punto de vista podemos comprender la conducta absurdamente paradójica del adolescente sobre el cual informó Burnham (1965) que, luego de haber asesinado a su madre, exclamó: "No podía soportar que me abandonara".

Otras situaciones familiares patógenas son fácilmente comprensibles desde el punto de vista de la teoría del apego. Un ejemplo bastante común es el del niño que tiene una relación tan estrecha con su madre que le resulta difícil desarrollar una vida social fuera de la familia, relación descrita en ocasiones como simbiótica. En la mayoría de los casos de este tipo la causa del problema puede encontrarse en la madre que, habiendo crecido ansiosamente apegada como resultado de una infancia difícil, pretende convertir a su propio hijo en su figura de apego. Lejos de ser sobreprotegido, como se ha afirmado a veces, el niño soporta la responsabilidad de tener que cuidar a su propia madre. Así, en estos casos, la relación normal del niño apegado al progenitor protector resulta invertida.

### Duelo

En tanto la ansiedad de la separación es la reacción habitual a una amenaza o a algún otro riesgo de pérdida, el duelo es la reacción habitual ante la pérdida una vez que ésta ha ocurrido. Durante los primeros años del psicoanálisis, una serie de analistas identificaron las pérdidas ocurridas durante la infancia o en los últimos años de la vida como elementos que desempeñaban un papel intrascendente en las perturbaciones emocionales, especialmente en los trastornos depresivos; y alrededor de 1950 se habían propuesto una serie de teorías sobre la naturaleza del duelo y otras reacciones ante la pérdida. Además, ya había surgido una profunda polémica. Esta polémica, que comenzó en la década del treinta, surgió a partir de las teorías divergentes acerca del desarrollo infantil, que habían sido elaboradas en Viena y en Londres. Ejemplos representativos de los diferentes puntos de vista sobre el duelo son los expresados en *Absence of Grief* (1937), de Helene Deutsch, y *Mourning and its Relation to Manic-Depressive States* (1940), de Melanie Klein. En tanto Deutsch sostenía que, debido a un inadecuado desarrollo psíquico, los niños son incapaces de

hacer un duelo, Klein afirmaba que no sólo son capaces, sino que lo hacen. Sin embargo, de acuerdo con el marcado acento que pone en la alimentación, afirmaba que el objeto por el cual se hacía el duelo era el pecho perdido; y, demás, atribuía al niño una compleja vida fantasiosa. Por opuestos que sean estos puntos de vista teóricos, ambos fueron contruidos utilizando la misma metodología, es decir mediante deducciones sobre fases anteriores del desarrollo psicológico basadas en observaciones realizadas durante el análisis de sujetos mayores, emocionalmente perturbados. Ninguna teoría había sido comprobada mediante la observación directa de cómo los niños corrientes de diferentes edades responden ante una pérdida.

Enfocar el problema de manera prospectiva, como yo lo hice, me condujo a diferentes conclusiones. Durante los primeros años de la década del cincuenta, Robertson y yo habíamos generalizado la sucesión de respuestas observadas en niños pequeños durante una separación temporal de la madre, tales como la protesta, la desesperación y el desapego (Robertson y Bowlby, 1952). Pocos años más tarde, al leer un estudio de Marris (1958) sobre cómo las viudas reaccionan ante la pérdida del marido, quedé sorprendido por la semejanza de las respuestas descritas con las de los niños pequeños. Esto me llevó a realizar un estudio sistemático de la literatura existente sobre el duelo, sobre todo del duelo de adultos sanos. Quedaba claro que la sucesión de reacciones que tienen lugar generalmente era muy distinta de lo que los teóricos clínicos habían supuesto. El duelo en los adultos mentalmente sanos no sólo dura mucho más que los seis meses a menudo sugeridos en aquellos días, sino que se descubrió que diversos componentes de las reacciones consideradas patológicas eran comunes en el duelo de personas sanas. Estos incluyen la ira dirigida a terceros, al sí mismo y a veces a la persona perdida, el descreimiento de que la pérdida ha tenido lugar (engañosamente denominado negación), y una tendencia —a menudo inconsciente, aunque no siempre— a buscar a la persona perdida con la esperanza de reunirse con ella. Cuanto más clara era la descripción de las reacciones de los adultos ante el duelo, más claras eran sus semejanzas con las reacciones observadas en la infancia. Cuando se propuso por primera vez esta conclusión (Bowlby, 1960, 1961) recibió muchas críticas; pero ahora se ve ampliamente apoyada por una serie de estudios posteriores (por

ejemplo, Parkes, 1972; Kliman, 1965; Furman, 1974; Raphael, 1982).

Una vez obtenida la imagen exacta del duelo en personas sanas, es posible identificar rasgos que indican realmente una patología. También es posible distinguir muchas de las circunstancias que promueven un duelo saludable y aquellas que se mueven en una dirección patológica. Es posible considerar la creencia de que los niños son incapaces de hacer un duelo, como derivada de generalizaciones hechas a partir de análisis de niños cuyo duelo ha seguido un curso atípico. En muchos casos esto se ha debido a que el niño nunca había recibido información adecuada sobre lo ocurrido, o a que no tenía a nadie que se solidarizara con él y lo ayudara a adaptarse gradualmente a la pérdida, al anhelo de su progenitor perdido, a su ira y su pena.

### Mecanismos de defensa

El paso siguiente en esta reformulación de la teoría fue considerar cuál era el mejor modo de conceptualizar los mecanismos de defensa, un paso crucial debido a que éstos siempre han sido el núcleo de la teoría psicoanalítica. Aunque como clínico he estado inevitablemente preocupado por la amplia variedad de defensas, como investigador he centrado mi atención sobre todo en el modo en que un niño pequeño se comporta con su madre luego de permanecer un tiempo en un hospital o en una residencia infantil sin recibir visitas. En tales circunstancias es normal que un niño empiece tratando a su madre casi como si fuera una desconocida, pero que luego de un intervalo —generalmente de unas horas o unos días— se aferre a ella intensamente, se torne ansioso por temor a perderla nuevamente, y furioso con ella si piensa que puede ocurrir. De alguna manera, todo el sentimiento por su madre y toda la conducta hacia ella que damos por sentada, el mantenerse al alcance de ella y el volverse a ella cuando está asustado o lastimado, se ha desvanecido repentinamente... para reaparecer después de un intervalo. Esa es la situación que James Robertson y yo denominamos desapego y que creíamos que era un resultado de algún mecanismo de defensa que operaba en el interior del niño.

Aunque en su teorización científica Freud se vio limitado a

un modelo conceptual que explicaba todos los fenómenos, tanto físicos como biológicos, en lo que se refiere a la disposición de energía, actualmente tenemos acceso a modelos conceptuales de mucha mayor variedad. Muchos de ellos se inspiran en conceptos interrelacionados, como organización, pauta e información; mientras las significativas actividades de los organismos biológicos pueden concebirse en términos de sistemas de control estructurados de determinada manera. Al contar con un suministro de energía física, estos sistemas se vuelven activos al recibir ciertos tipos de señales, e inactivos al recibir señales de otros tipos. Así, el mundo científico en el cual vivimos es radicalmente distinto del mundo en que vivía Freud a fines de siglo, y los conceptos de los que disponemos son inconmensurablemente mejor adaptados a nuestros problemas que los conceptos restringidos de que se disponía en sus tiempos.

Si volvemos ahora a la extraña conducta de desapego que un niño pequeño muestra después de estar fuera durante un tiempo, con gente desconocida en un lugar desconocido, lo peculiar, por supuesto, es la ausencia de una conducta de apego en circunstancias en las que podríamos esperarla. Incluso si está seriamente dañado, este niño no muestra señales de buscar alivio. Las señales que generalmente activarían la conducta de apego, no logran hacerlo. Esto sugiere que de alguna manera, y por algún motivo, estas señales no logran llegar al sistema conductual responsable de la conducta de apego, que se ven bloqueadas, y que el mismo sistema conductual está por lo tanto inmovilizado. Esto significa que un sistema que controla una conducta tan fundamental como la conducta de apego puede, en ciertas circunstancias, quedar incapacitado temporal o permanentemente de ser activado, y con él la amplia gama de sentimientos y deseos que lo acompañan puede quedar incapacitada de ser despertada.

Al considerar el modo en que esta desactivación podría llevarse a cabo, vuelvo al trabajo de los psicólogos cognitivos (por ejemplo Norman, 1976; Dixon, 1971, 1981) que, durante los últimos veinte años han revolucionado nuestro conocimiento del modo en que percibimos el mundo y del modo en que construimos las situaciones en las que nos encontramos. Entre muchas otras cosas clínicamente apropiadas, esta revolución de la teoría cognitiva no sólo proporciona a los procesos mentales inconscientes el lugar central en la vida mental que los

analistas siempre han reclamado para ellos, sino que presenta una imagen del aparato mental capaz de aislar información de cierto tipo específico, y de hacerlo selectivamente sin que la persona sea consciente de lo que está ocurriendo.

En los niños apegados emocionalmente descritos con anterioridad —y, en mi opinión, en los adultos que han desarrollado el tipo de personalidad que Winnicott (1960) describe como “falso sí-mismo”, y Kohut (1977) como “narcisista”— la información que queda bloqueada es de un tipo muy especial. Lejos de ser la exclusión rutinaria de información no pertinente y que puede distraer la atención, y en la cual nos vemos inmersos constantemente y que es fácilmente reversible, lo que queda excluido en estas situaciones patológicas son las señales —que surgen en el interior y en el exterior de la persona— que activarían su conducta de apego y que les permitirían amar y experimentar el hecho de ser amados. En otras palabras, las estructuras mentales responsables de la exclusión selectiva rutinaria son empleadas —deberíamos decir explotadas— con un propósito especial y potencialmente patológico. Me refiero a esta forma de exclusión —por razones obvias— como exclusión de defensa que, por supuesto, es otro modo de describir la represión. Y, así como Freud consideró la represión como el proceso clave en toda forma de defensa, de igual manera yo considero el rol de la exclusión defensiva.<sup>3</sup> Un informe más completo de esto, un enfoque del problema de la defensa en tanto procesamiento de la información, en el que las defensas están clasificadas en mecanismos de defensa, creencias defensivas y actividades defensivas, aparece en uno de los primeros capítulos de *Loss* (Bowlby, 1980).

### Una estructura alternativa

Durante el tiempo que ha llevado desarrollar la estructura conceptual aquí descrita, Margaret Mahler ha estado ocupada con muchos de los mismos problemas clínicos y con algunas de las mismas características de la conducta de los niños; y

3. Como señala Spiegel (1981), mi expresión “exclusión defensiva” posee un significado muy semejante al término de Sullivan “falta de atención selectiva”.

también ha estado desarrollando una estructura conceptual revisada para informar sobre ellos, que expuso ampliamente en su libro *The Psychological Birth of the Human Infant* (Mahler, Pine y Bergman, 1975). Tal como subraya Kuhn (1962), comparar estructuras alternativas nunca resulta fácil y aquí no se realiza ningún intento en tal sentido. En alguna otra obra (por ejemplo Bowlby, 1981) describí lo que consideraba algunas de las fuerzas de la estructura que yo apoyo, incluyendo su estrecha relación con los datos empíricos, tanto clínicos como del desarrollo, y su compatibilidad con las ideas aceptadas en la biología evolutiva y en la neurofisiología; mientras que los que yo considero los defectos de la estructura de Mahler son enérgicamente criticados por Peterfreund (1978) y Klein (1981).

En resumen, las teorías de Mahler sobre el desarrollo normal —incluyendo sus fases normales de autismo y simbiosis— demuestran que no se apoyan en la observación sino en ideas preconcebidas basadas en la teoría psicoanalítica tradicional, y que al hacerlo ignoran casi por completo el singular conjunto de información nueva sobre la primera infancia que ha sido construido a partir de cuidadosos estudios empíricos a lo largo de las dos últimas décadas. Aunque algunas de las implicaciones clínicas de la teoría de Mahler no son muy distintas de las de la teoría del apego —y su concepto de retorno a la base para reabastecerse es similar al de la utilización de una figura de apego como una base segura a partir de la cual explorar—, los conceptos clave con los que se construyen las dos estructuras son muy distintos.

#### INVESTIGACION

Nada ha sido tan gratificante como la inmensa cantidad de esmerada investigación que originó el primer trabajo sobre privación de cuidados maternos. La literatura actual es abundante y resumirla está fuera de los límites de un informe de este tipo. Además, afortunadamente, resulta innecesario ya que Rutter (1979) ha publicado un análisis amplio y crítico del tema, en el que termina refiriéndose a la “continua acumulación de pruebas que muestran la importancia de la privación y las desventajas sobre el desarrollo psicológico de los niños”, y

expresa el punto de vista de que los argumentos originales “han sido ampliamente confirmados”. Un descubrimiento importante del trabajo reciente es el grado en que dos o más experiencias adversas interactúan de modo tal que el riesgo de una perturbación psicológica se multiplica, a menudo varias veces. Un ejemplo de este efecto interactivo de las experiencias adversas aparece en los descubrimientos de Brown y Harris (1978) derivados de sus estudios sobre los trastornos depresivos de las mujeres. (Durante la última década este grupo ha publicado muchos otros descubrimientos de gran interés; véase Harris [en prensa].)

No sólo existe este efecto poderosamente interactivo de las experiencias adversas sino una posibilidad mayor de que alguien que ha tenido una experiencia adversa, tenga otra. Por ejemplo, “las personas criadas en hogares desdichados o quebrantados cuentan con más probabilidades de tener hijos ilegítimos, de convertirse en madres adolescentes, de formar matrimonios desdichados y de divorciarse” (Rutter, 1979). Así, las experiencias adversas de la infancia tienen efectos de dos tipos, por lo menos. En primer lugar, hacen al individuo más vulnerable a posteriores experiencias adversas. En segundo, hacen que existan más probabilidades de que él o ella se enfrenten con otras experiencias semejantes. Aunque las primeras experiencias adversas son, con toda probabilidad, totalmente independientes de la mediación de los individuos implicados, es probable que las posteriores sean consecuencia de las acciones de él o de ella, acciones que se derivan de esos trastornos de la personalidad a los cuales han dado origen las primeras experiencias.

De los diversos tipos de perturbaciones psicológicas que pueden encontrarse, al menos en parte, en una u otra pauta de privación de cuidados maternos, los efectos sobre la conducta parental y por tanto sobre la generación siguiente son, en potencia, los más graves. Así, una madre que —debido a experiencias adversas durante la infancia— llega a estar ansiosamente apegada es propensa a buscar el cuidado de su propio hijo y por tanto a hacer que éste se vuelva ansioso, culpable y tal vez fóbico (véase el análisis en Bowlby, 1973). Una madre que cuando niña sufrió descuidos y frecuentes y serias amenazas de ser abandonada o golpeada es más propensa que otras a maltratar a su hijo físicamente (DeLozier, 1982), dando lugar

a efectos adversos en el desarrollo de la personalidad del niño, registrados, entre otros, por George y Main (1979). La investigación sistemática de los efectos de las experiencias infantiles en el modo en que las madres y los padres tratan a sus hijos acaba de comenzar y parece probable que sea uno de los campos más fructíferos para la investigación posterior. Otras investigaciones aparecen descritas en un reciente simposio dirigido por Parkes y Stevenson-Hinde (1982).

La razón por la que dedico tanto espacio en este informe al desarrollo de la teoría no sólo consiste en que ésta me ha ocupado tanto tiempo sino en que, como Kurt Lewin subrayó, "no hay nada tan práctico como una buena teoría" y, por supuesto, nada tan desventajoso como una teoría pobre. Sin una buena teoría como guía, es probable que resulte difícil planificar la investigación y que ésta sea improductiva, y que resulte difícil interpretar los datos. Sin una teoría razonablemente válida de la etiología nunca serán apoyadas las medidas sistemáticas y acordadas de prevención. Abrigo la esperanza de que, a largo plazo, el mayor valor de la teoría propuesta pueda ser la luz que arroje sobre las circunstancias más apropiadas para promover el desarrollo de una personalidad sana. Sólo cuando esas circunstancias queden fuera de duda, los padres sabrán qué es lo mejor para sus hijos y las sociedades estarán dispuestas a ayudarlos a proporcionarlo.

## EL PSICOANÁLISIS COMO ARTE Y CIENCIA

*Durante el verano de 1978 fui invitado a dar una serie de conferencias en Canadá. Entre las invitaciones que recibí se encontraba una de la Sociedad Psicoanalítica Canadiense para su conferencia académica a la reunión anual de la Sociedad, a celebrarse en la ciudad de Quebec. El tema que seleccioné es un tema que me ha preocupado durante algunos años, y sobre el cual creo que aún existe una gran confusión.*

Al elegir el tema del psicoanálisis como arte y ciencia, quiero llamar la atención sobre lo que creo que son dos aspectos muy diferentes de nuestra disciplina —el arte de la teoría psicoanalítica y la ciencia de la psicología psicoanalítica— y, al hacerlo, subrayar por un lado el valor característico de cada una y, por el otro, el abismo que las separa, ambas cosas con respecto a los criterios contrastantes por los que cada una debería ser juzgada y los diferentes puntos de vista mentales que cada una exige. Al subrayar estas distinciones, no puedo dejar de lamentar que la palabra *psicoanálisis* llegó a ser utilizada ambiguamente, tal como lo describió el propio Freud. "Aunque originalmente era el nombre de un método terapéutico en particular", escribe en su autobiografía (1925), "ahora también se ha convertido en el nombre de una ciencia, la ciencia de los procesos mentales inconscientes".

La distinción que yo hago, por supuesto, no está limitada al psicoanálisis. Se aplica en todos los campos en que la práctica de una profesión o un oficio da origen a un cuerpo de conocimientos científicos: el herrero a la metalurgia, el ingeniero civil a la mecánica del suelo, el agricultor a la fisiología de las plantas, y el médico a la ciencia médica. Los roles son distintos en cada uno de estos campos. Por un lado están quienes practican la profesión, por otro los científicos, con un número limitado de individuos que intentan combinar ambos roles. Como demuestra la historia, este proceso de diferenciación a menudo resulta doloroso, y los equívocos son frecuentes. Dado que considero que la diferenciación llegará sin duda también a nuestro campo, y que tal vez es esperada desde hace tiempo, analicemos algunas de las dificultades y equívocos a los que también puede dar origen, con la esperanza de evitarlos o de mitigar sus consecuencias.

Comenzaré por contrastar el rol de quien ejerce la profesión con el del investigador científico, y ello bajo tres apartados, utilizando el caso de la medicina como ejemplo.

#### TEMA DE ESTUDIO

El objetivo del médico es tener en cuenta todos los aspectos posibles de todos y cada uno de los problemas clínicos con los que debe tratar. Esto le exige no sólo aplicar cualquier principio científico que parezca oportuno sino también recurrir a la experiencia personal que pueda haber adquirido y, sobre todo, tratar esa singular combinación de características con las que se enfrenta en cada paciente. Sabiendo lo distintos que son los pacientes, el médico experimentado reconoce que una forma de tratamiento que se adapta a uno sería totalmente inadecuada en otro. El arte de emitir un juicio clínico consiste en tener en cuenta todos los factores y en dar a cada uno la importancia adecuada.

El punto de vista del científico investigador es muy distinto. En su esfuerzo por diferenciar las pautas generales subyacentes en la variedad individual, pasa por alto lo personal y procura simplificar, arriesgándose por tanto a una simplificación excesiva. Si es sensato, probablemente concentrará su atención en un aspecto limitado de un problema limitado. Si al

hacer su selección demuestra ser sagaz, o simplemente afortunado, puede no sólo dilucidar el problema seleccionado, sino también desarrollar ideas aplicables a un campo más amplio. Si su selección resulta insensata o poco afortunada, puede simplemente acabar sabiendo cada vez más sobre cada vez menos. Ese es el riesgo que corre todo investigador. El arte de la investigación reposa en seleccionar un problema limitado y manejable y los métodos que mejor servirán para solucionarlo. Esto me lleva al segundo punto.

#### FORMAS DE ADQUIRIR INFORMACION

En los métodos que están a su alcance para adquirir información, el facultativo tiene algunas grandes ventajas sobre el investigador científico, pero también algunas desventajas. Comencemos por las ventajas.

Al desempeñar su papel de proporcionar ayuda, al facultativo se le permite acceder a una información de cierto tipo que permanece limitada al científico: como suele decir un amigo mío, a los cirujanos es a los únicos que se les permite abrirte para ver lo que hay en el interior. De manera análoga, sólo tratando a un paciente terapéuticamente el psicólogo tiene acceso a todo lo importante que ocurre en la mente de una persona. Además, en ambas profesiones, a los facultativos se les permite intervenir de un modo específico y tienen el privilegio de observar las consecuencias de tales intervenciones. Estas son enormes ventajas que los psicoanalistas no han tardado en explotar.

Sin embargo, ninguna ciencia puede prosperar durante mucho tiempo sin lograr nuevos métodos con los cuales volver a comprobar las observaciones hechas y las hipótesis producidas por antiguos métodos. En este caso, es probable que la ventaja sea para el investigador científico. En la ciencia médica, los fisiólogos y los patólogos han logrado enormes avances mediante experimentos con animales, el cultivo de tejidos, los análisis bioquímicos y mil técnicas ingeniosas más. En efecto, el sello de un científico creativo consiste en que concibe nuevos medios por los cuales los fenómenos—tal vez ya estudiados por otros métodos—pueden ser observados de una manera nueva.

Creo que es en este campo donde el uso ambiguo de la

palabra psicoanálisis ha hecho el mayor daño. Porque ha llevado a algunos analistas a suponer que el único método de información apropiado para el avance de la ciencia psicoanalítica es el de tratar a un paciente psicoanalíticamente. Como considero que ésta es una profunda equivocación, diré algo más al respecto. De todos modos, antes de hacerlo, quiero decir algunas palabras sobre el lugar que ocupan el escepticismo y la fe en el mundo del científico y del facultativo respectivamente.

#### ESCEPTICISMO Y FE

En su trabajo cotidiano, un científico tiene que ejercitar un alto grado de crítica y autocritica; y en el mundo en el que vive, ni los datos ni las teorías de un líder —por muy admirado que sea— están exentos de la duda y la crítica. No hay lugar para la autoridad.

En la práctica de una profesión, la verdad no es la misma. Para ser eficaz, un facultativo debe estar preparado para actuar como si ciertos principios y ciertas teorías fuesen válidos; y al decidir cuáles adopta, es probable que sea guiado por quienes tienen experiencia y por aquellos de los que aprende. Más aun, dado que en todos nosotros existe una tendencia a quedar impresionados cada vez que la aplicación de una teoría parece tener éxito, los facultativos corren el serio riesgo de conceder a una teoría más confianza de la que los datos disponibles pueden justificar.

Desde el punto de vista de la práctica clínica, esto no es algo malo. Por el contrario, existen pruebas suficientes de que la gran mayoría de los pacientes son ayudados por la fe y la esperanza que un médico pone en su trabajo; aunque es frecuente la ausencia de estas cualidades, lo que hace que muchos investigadores excelentes sean tristemente inadecuados como terapeutas.

Sin embargo, aunque la fe en la validez de datos concretos y teorías concretas está fuera de lugar en el caso de un científico, no quiero dar a entender que éste no es más que un escéptico. Por el contrario, su manera de vivir está basada en la fe, fe en que a largo plazo el mejor camino para alcanzar un conocimiento seguro es la aplicación del método científico.

Por supuesto, soy consciente de que existen muchos psico-

analistas que no comparten esta fe y que creen que los tipos de problemas con los que nos enfrentamos se encuentran fuera de la esfera de la ciencia. Este es un punto de vista que respeto, aunque no lo comparto; y, por supuesto, Freud tampoco. Sin embargo, incluso los que somos más entusiastas con respecto a la aplicación de un método científico en nuestro campo, debemos reconocer que pueden existir problemas que éste nunca podrá resolver. Sencillamente, no lo sabemos. Nuestra tarea, tal como yo la veo, consiste en aplicar nuestros métodos lo más hábilmente posible, por un lado creyendo que el campo del conocimiento seguro quedará por tanto ampliado y, por el otro, aceptando que probablemente siempre existirán áreas aun más amplias que se encuentran más allá del alcance de cualquier modo existente de investigación científica.

Supongo que muchos de ustedes, comprometidos en la práctica terapéutica pero que también esperan contribuir al avance de la ciencia psicoanalítica, no recibirán de buen grado los contrastes que estoy trazando entre el rol del médico y el del investigador. Sin embargo, creo que sólo reconociendo estas diferencias y actuando en consecuencia, la fuerza de cada rol puede utilizarse de la manera más ventajosa... o que cualquier persona puede ocupar ambos con esperanzas de éxito. Como facultativos, tratamos con la complejidad; como científicos, procuramos simplificar. Como facultativos, utilizamos la teoría como guía; como científicos, desafiamos a esa misma teoría. Como facultativos, aceptamos modos restringidos de investigar; como científicos, utilizamos todos los métodos que podemos.

Anteriormente señalé la necesidad que toda ciencia en vías de desarrollo tiene de concebir nuevos métodos para obtener datos. La razón de ello es que, por productivo que pueda ser cualquier método, seguramente tendrá limitaciones, aunque siempre existe la posibilidad de que algún otro método pueda compensarlas. Así, el nuevo método puede no ser en absoluto superior al anterior; en efecto, puede tener grandes limitaciones. Su utilidad radica simplemente en el hecho de que su fuerza y sus limitaciones son diferentes. Tal vez pueda ilustrar esta cuestión refiriéndome a mi propio trabajo.

Cuando estudié psicoanálisis en 1937, los miembros de la Sociedad Británica se encontraban explorando el mundo de la fantasía en los adultos y en los niños, y prestar una atención

sistemática a las experiencias reales de una persona se consideraba algo casi ajeno al verdadero interés de un analista. Fue una época en la que el famoso giro de Freud en 1897 con respecto a la etiología de la histeria<sup>1</sup> había conducido al punto de vista de que cualquiera que pusiera el acento en lo que las *experiencias reales* de un niño pueden haber sido, y tal vez aún son, era considerado lamentablemente ingenuo. Casi por definición se suponía que nadie interesado en el mundo externo podía estar interesado en el mundo interno, que en realidad era casi seguro que escapaba de él.

Como biólogo, nunca me atrajo este contraste entre interno y externo, entre el organismo y el entorno. Además, como psiquiatra comprometido en el trabajo con niños y familias, y profundamente influido por las ideas de dos asistentes sociales orientados analíticamente, me enfrentaba al impacto que sobre los niños tenían los problemas emocionales que sufrían los padres. Mencionaré dos ejemplos que aún recuerdo vívidamente. En uno de ellos, el padre estaba profundamente preocupado por la masturbación de su hijo de ocho años; como respuesta a mis preguntas me explicó que cada vez que lo sorprendía con las manos en los genitales lo ponía bajo la ducha de agua fría. Esto me llevó a preguntar al padre si él mismo había tenido alguna vez algún problema con la masturbación, y se lanzó a un prolongado y patético relato de cómo había luchado con ese problema durante toda su vida. En otro caso, el tratamiento punitivo de una madre por los celos que su hijo sentía del nuevo bebé se remontaba al problema que siempre había tenido con sus propios celos por un hermano más pequeño.

Las observaciones de este tipo me llevaron a la conclusión de que para los analistas es tan necesario estudiar el modo en que un niño es tratado por sus padres como estudiar las representaciones internas que tiene de ellos, que en realidad el núcleo principal de nuestros estudios debería ser la interacción de uno con el otro, de lo interno con lo externo. En la creencia de que eso sería posible sólo si tuviéramos un conocimiento más sistemático de los efectos que tienen sobre un niño las experiencias vividas en los primeros años en el seno de su familia,

1. Efron (1977) ha hablado de las circunstancias en las que tuvo lugar el repentino cambio de opinión de Freud.

dediqué mi atención a ese campo. Fueron varias las razones por las cuales seleccioné como tema de estudio especial el traslado de un niño pequeño desde su hogar a una residencia infantil o a un hospital, en lugar de elegir el campo más amplio de la interacción padres-hijo. La primera fue un acontecimiento que, en mi opinión, podría tener serios efectos negativos en el desarrollo de la personalidad de un niño. En segundo lugar, no podía plantearse discusión alguna acerca de si había ocurrido o no, contrastando enormemente con la dificultad de obtener información válida acerca de cómo un progenitor trata a su hijo. En tercero, parecía ser un campo en el que las medidas preventivas podían ser posibles. Y tal vez debería agregar que, en cuarto lugar, me sentí estimulado por la simple incredulidad con que algunos de mis colegas —aunque en modo alguno todos— tomaron mis puntos de vista cuando los expuse ante ellos por primera vez antes de la guerra.

Los resultados de nuestros estudios consiguientes —llevados a cabo por dos investigadores que posteriormente se especializaron como analistas, James Robertson y Christoph Heinicke— son muy conocidos en la actualidad; y creo que han tenido un efecto significativo en el pensamiento psicoanalítico. Los puntos que quiero señalar ahora, sin embargo, tienen que ver con la estrategia de la investigación. A pesar del trabajo pionero de analistas tan destacados como Anna Freud, René Spitz, Ernst Kris, Margaret Mahler y otros, durante mucho tiempo ha existido la tendencia en círculos analíticos a considerar la observación directa de niños pequeños y el registro de lo que dicen sólo como un método auxiliar de investigación, cuyos resultados son de interés cuando confirman conclusiones ya alcanzadas por el método tradicional de tratar a los pacientes, pero que no pueden aportar nada original. Se ha tardado mucho tiempo en aceptar la noción de que la observación directa de los niños —dentro y fuera del marco familiar— no sólo es un método valioso para el avance de la ciencia psicoanalítica, sino que es indispensable.

Considero que las principales contribuciones de estos estudios directos deben aclarar cómo los niños se desarrollan emocional y socialmente, cuál es el espectro de la variación con respecto a un gran número de parámetros pertinentes, y qué tipo de experiencia familiar tiende a influir en el hecho de que los niños se desarrollen de una manera más que de otra.

Permítaseme dar algunos ejemplos de descubrimientos realizados por colegas que trabajan en ciencias hermanas como la etología y la psicología evolutiva que, a mi entender, están enormemente relacionadas con nuestra comprensión clínica.

El primer ejemplo surge del trabajo de Mary Salter Ainsworth (1977), anteriormente en la Universidad Johns Hopkins y en la actualidad en la Universidad de Virginia. Diplomada en un principio como psicóloga clínica, Mary Ainsworth trabajó con nosotros en la Tavistock durante los primeros años de la década del cincuenta y luego pasó un par de años estudiando a las madres y los niños de Uganda. Su definitivo estudio trata del desarrollo de la interacción madre-hijo durante el primer año de vida en los hogares blancos de clase media de Baltimore, en Maryland. Ha hecho un análisis personal, y es profundamente sensible a los problemas que los analistas consideran importantes.

En el curso de su estudio de las madres y los niños de Uganda, Ainsworth quedó sorprendida por el modo en que los niños, una vez que pueden moverse solos, utilizan a las madres como una base a partir de la cual explorar. Cuando las condiciones son favorables, un niño se aleja de la madre para hacer excursiones exploratorias y regresa a su lado de vez en cuando. Casi todos los niños de ocho meses de edad observados, que habían tenido una figura materna estable a la cual apegarse, mostraban esta conducta; pero, en caso de que la madre estuviera ausente, esas excursiones organizadas se volvían mucho menos evidentes, o se interrumpían. Como resultado de estos descubrimientos, y de otros similares —tanto con niños como con crías de monos—, se ha desarrollado la idea de que una madre corriente y dedicada proporciona al niño una base segura desde la cual puede explorar y a la cual puede regresar cuando está preocupado o asustado. Por supuesto, Margaret Mahler (Mahler, Pine y Bergman, 1975) ha hecho observaciones similares, aunque ella las interpreta desde el punto de vista de una estructura teórica distinta de la que utilizamos Ainsworth y yo. El concepto de base personal segura a partir de la cual un niño, un adolescente o un adulto salen a explorar y a la cual regresan de vez en cuando es un concepto que he llegado a considerar decisivo para la comprensión del modo en que una persona emocionalmente estable se desarrolla y funciona a lo largo de toda su vida.

En el proyecto llevado a cabo en Baltimore, Ainsworth no sólo pudo estudiar este tipo de conducta más profundamente, sino que describió muchas variaciones individuales de la misma, observadas en una muestra de veintitrés niños de doce meses de edad. Se hicieron observaciones de la conducta exploratoria y de apego de los niños, y un balance de ambas, cuando los niños estaban en casa con su madre y también cuando se encontraban en una situación de prueba, ligeramente desconocida. Además, al obtener datos sobre el tipo de cuidados maternos que cada niño había recibido a lo largo de su primer año de vida (mediante prolongadas sesiones de observación, cada tres semanas, en el hogar del niño), Ainsworth estuvo en condiciones de presentar hipótesis en las que relacionaba ciertos tipos de desarrollo emocional y conductual a los doce meses de edad con ciertos tipos de experiencia maternal precedente.

Los resultados del estudio (véase el análisis realizado por Ainsworth, 1977) muestran que el modo en que un determinado niño de doce meses se comporta con y sin su madre y en su casa, y el modo en que se comporta con y sin ella en una situación de prueba ligeramente extraña, tienen mucho en común. Recurriendo a observaciones de la conducta en ambos tipos de situación, es posible clasificar a los niños en tres grupos principales, de acuerdo con los dos criterios (a) si exploran mucho o si exploran poco cuando están con la madre o cuando están sin ella, y (b) cómo tratan a la madre cuando está presente, cuando se va y, sobre todo, cuando vuelve.

Hubo ocho niños cuya conducta global al cumplir el primer año Ainsworth estuvo dispuesta a considerar muy prometedora. Estos niños exploraban activamente, sobre todo en presencia de la madre, y la utilizaban como base tomando nota de sus movimientos, intercambiando miradas, y regresando a ella de vez en cuando para compartir un contacto mutuo agradable. Si la madre había estado ausente durante un breve lapso, a su regreso la saludaban cálidamente. A éste lo llamaré grupo X.

Hubo un grupo de no menos de once niños cuya conducta global fue motivo de preocupación, y al que llamaré grupo Z. Tres de ellos eran pasivos, en su casa y en la mejor situación; exploraban poco y, en lugar de ello, se chupaban el pulgar o se acunaban. Constantemente ansiosos por los movimientos de su madre, lloraban en su ausencia pero mostraban una actitud hostil y difícil cuando ella regresaba. Los otros ocho niños de

este grupo alternaban su conducta pareciendo muy independientes y haciendo caso omiso de su madre por completo, y mostrándose repentinamente ansiosos e intentando encontrarla. Sin embargo, cuando la encontraban parecían no disfrutar del contacto con ella y a menudo luchaban por volver a separarse. De hecho, presentaban una imagen clásica de ambivalencia.

Se consideró que, de los veintitrés niños estudiados, los cuatro que quedaban ocupaban una posición intermedia entre aquellos de los que se hizo un buen pronóstico al cumplir el primer año y aquellos de los que se dio un pronóstico cauteloso. A éste lo llamaré grupo Y.

Dado que cada tres semanas a lo largo de las cortas vidas de estos niños los investigadores habían celebrado una sesión de tres horas en el hogar del niño, observando y registrando la conducta de la madre y del niño, contaban con muchos datos de primera mano a partir de los cuales clasificar la conducta de la madre hacia su hijo. Al hacer estas clasificaciones, Ainsworth utilizó cuatro escalas clasificatorias distintas de nueve puntos; pero como las clasificaciones en estas escalas se interrelacionan enormemente, para las actuales necesidades nos basta con una escala que mida el grado de sensibilidad o insensibilidad que una madre muestra a las señales y comunicaciones de su bebé. En tanto una madre sensible parece estar constantemente "sintonizada" para recibir las señales de su bebé y es probable que las interprete correctamente y que responda de manera rápida y adecuada, una madre insensible generalmente no captará las señales de su bebé, las interpretará erróneamente en caso de que las capte, y responderá de forma lenta e inadecuada, o no responderá en absoluto. Al examinar las clasificaciones en esta escala para las madres y los niños de cada uno de los tres grupos, se descubre que las madres de los ocho niños del grupo X obtienen una clasificación uniformemente alta (un promedio de 5,5 a 9,0), las madres de los once niños del grupo Z tienen una clasificación uniformemente baja (un promedio de 1,0 a 3,5), y las de los cuatro niños del grupo Y se encuentran en el término medio (un promedio de 4,5 a 5,5). Las diferencias son estadísticamente significativas.

Evidentemente, es necesario realizar un gran trabajo antes de sacar conclusiones con un alto grado de confiabilidad. Sin embargo, las pautas globales de desarrollo de la personalidad

y de la interacción madre-hijo visible a los doce meses son bastante similares a lo que se observa en el desarrollo de la personalidad y en la interacción progenitor-hijo en años posteriores, por lo cual es admisible pensar que una es precursora de la otra. Como mínimo, los descubrimientos de Ainsworth muestran que un niño cuya madre es sensible, accesible y que acepta su conducta y se muestra cooperativa en el trato con él, está lejos de ser el niño exigente y desdichado que algunas teorías podrían sugerir. En lugar de eso, los cuidados maternos de este tipo son evidentemente compatibles con un niño que está desarrollando un grado limitado de seguridad en sí mismo en el momento de cumplir el primer año, combinado con un alto grado de confianza en su madre y de disfrute de su compañía.

A la inversa, las madres insensibles a las señales de sus hijos, tal vez porque están preocupadas y afectadas por otras cuestiones, que hacen caso omiso de sus hijos, o que interfieren de un modo arbitrario con sus actividades, o simplemente los rechazan, probablemente tendrán hijos desdichados o ansiosos o con problemas. Nadie que haya trabajado en una clínica y haya visto niños o adolescentes perturbados se sorprenderá por esto.

Aunque el descubrimiento de Ainsworth de una correlación entre la sensibilidad de una madre ante su hijo y el modo en que el hijo se comporta con ella a los doce meses es estadísticamente muy significativo y ha sido confirmado por sucesivos estudios, siempre es posible argumentar que quien desempeña el papel más importante al determinar si la interacción se desarrolla felizmente o no, es el niño y no la madre. Algunos niños son difíciles desde el nacimiento, se suele decir, y las reacciones adversas de las madres hacia ellos son previsibles.

No creo que las pruebas apoyen este punto de vista. Por ejemplo, las observaciones hechas durante los tres primeros meses de la vida de estos niños no mostraban correlación entre la cantidad de tiempo que lloraba un bebé y el modo en que lo trataba su madre; mientras que al final del primer año los bebés cuyas madres los habían atendido rápidamente cuando lloraban, lo hacían mucho menos que aquellos cuyas madres los habían dejado llorar.

Existen otros descubrimientos —algunos de los cuales son mencionados en la conferencia 6— que también sustentan el punto de vista de que en todos los casos, salvo en una pequeña

minoría, es la madre la principal responsable del modo en que se desarrolla la interacción.

Basándose en sus propias observaciones en los hogares, Ainsworth ha presentado un informe gráfico de lo que puede ocurrir. Por ejemplo, describe que ha estado en algún hogar escuchando a un bebé que lloraba sin parar y ha contado los minutos hasta que la madre respondió. En algunos casos, la madre espera mientras puede soportarlo, creyendo que será malo para el bebé y que lo hará llorar más si lo atiende, creencia que los descubrimientos de Ainsworth refutan firmemente. En otros casos, la madre puede estar demasiado ocupada con alguna otra cosa. En otros, parece que la madre no ha podido registrar en lo más mínimo el llanto del bebé, situación que al observador le resulta extremadamente dolorosa. Por lo general, éstas son mujeres que padecen de ansiedad y depresión y son realmente incapaces de prestar atención a ninguna otra cosa.

En este punto es evidente para cualquiera que las observaciones detalladas y precisas de este tipo —que demuestran lo enormemente distintas que pueden ser las experiencias en diferentes niños— se pueden obtener sólo a través de los métodos utilizados por estos investigadores. Si los observadores no hubieran estado presentes para ver y oír lo que ocurría y, en cambio, hubieran confiado en lo que las madres les contaban, las descripciones obtenidas habrían sido, en algunos casos, totalmente falsas; y se habría desvanecido toda esperanza de encontrar correlaciones significativas entre el modo en que se desarrolla un niño y el modo en que es tratado por su madre y su padre. Sin embargo, como hemos visto, cuando se utilizan métodos de observación confiables, incluso con muestras bastante pequeñas, se descubren correlaciones altamente significativas.

Al subrayar el papel decisivo que una madre tiene al establecer la pauta de interacción con su bebé —a la que creo que las pruebas apuntan claramente— no estoy formulando una censura. Cuidar a un bebé o a un niño que empieza a caminar, o a un niño más grande, no sólo es una tarea especializada sino también muy ardua y agotadora, incluso para una mujer que ha tenido una infancia feliz y que goza de la ayuda y el apoyo de su esposo, y quizá también de su propia madre, y que no ha recibido consejos erróneos acerca de los peligros de

consentir a su bebé. No es sorprendente que una mujer que no cuenta con ninguna de estas ventajas tenga problemas emocionales y, sin duda, ello no es motivo para censurarla. Sin embargo, parece no quedar dudas de que en los casos en que los bebés y los niños pequeños son objeto de cuidados maternos insensibles —tal vez mezclados con ocasional rechazo absoluto y posteriormente con separaciones y amenazas de separación—, las consecuencias son deplorables. Tales experiencias aumentan enormemente el temor del niño a perder a su madre, aumentan sus demandas en relación con la presencia de ella y también su ira ante las ausencias, y también pueden conducirlos a la desesperación por tener una relación segura y cariñosa con cualquiera.

Aunque en la actualidad las ideas de este tipo son mucho más conocidas y admisibles en los círculos analíticos de lo que lo fueron en la generación anterior —gracias a la influencia de Balint, Fairbairn, Winnicott y muchos otros—, me inclino a pensar que sus implicaciones, tanto en la teoría como en la práctica, están aún muy lejos de ser asimiladas.

Permítaseme ilustrar esta cuestión considerando los problemas etiológicos y terapéuticos presentados por el tipo de paciente al que en el Reino Unido probablemente se lo describe como personalidad esquizoide (Fairbairn, 1940), o como poseedor de un falso sí-mismo (Winnicott, 1960), y en Norteamérica como personalidad fronteriza o que padece de narcisismo patológico (por ejemplo, Kohut, 1971; Kernberg, 1975).

La imagen que tal persona presenta es una imagen de independencia positiva y autosuficiencia emocional. Bajo ningún concepto se sentirá agradecido hacia nadie y, en la medida en que entabla una relación, se asegura de mantener el control. Durante la mayor parte del tiempo puede, en apariencia, arreglárselas maravillosamente bien, pero puede haber ocasiones en las que se deprime o desarrolla síntomas psicosomáticos, a menudo sin conocer el motivo. Sólo cuando los síntomas o los ataques de depresión se vuelven graves existe alguna posibilidad de que recurra a un tratamiento, y la mayor parte de las veces preferirá los medicamentos a los analistas.

Cuando este tipo de persona viene en busca de análisis, tiene cuidado de mantener al analista a distancia y de controlar lo que ocurre. Lo que nos dice es claro, pero evita cualquier referencia a los sentimientos, excepto, tal vez, para decir lo

aburrido que se siente. Recibe de buen grado las vacaciones o cualquier otra interrupción porque le permiten ahorrar su tiempo. Tal vez considera que el análisis es un "ejercicio interesante", aunque no está convencido de que resulte muy útil. ¡Y, de todas formas, probablemente haría mejor en analizarse a sí mismo!

Por supuesto, existe una amplia literatura acerca de la psicopatología de estas situaciones y de los problemas terapéuticos que presentan; pero si en cualquier tema puede haber acuerdo, no lo hay en la etiología. Tomemos dos puntos de vista opuestos: en tanto Winnicott (1960, 1974) atribuye esta situación exactamente al prematuro fracaso ambiental en la forma de "cuidados maternos no lo suficientemente buenos", Kernberg (1975), en su sistemático tratado, no presenta más que un par de párrafos, que podrían omitirse fácilmente, sobre el posible papel que los cuidados maternos tienen en el desarrollo, y sólo unas pocas referencias de pasada a los inadecuados cuidados maternos que algunos de sus pacientes pueden haber recibido. Esa primera experiencia que puede desempeñar el rol clave al determinar estas situaciones no aparece seriamente analizada por él.

Evidentemente, es muy importante que, a su debido tiempo, alcancemos algún consenso sobre este tema; y creo que sería una tontería que al debatir los distintos puntos no tuviéramos en cuenta los datos de las diversas fuentes que podemos utilizar. En determinadas circunstancias los estudios epidemiológicos están resultando informativos, pero dudo de que tengan algo que decirnos acerca de éste. Por lo tanto, en la actualidad debemos contentarnos con los datos de dos fuentes conocidas: (a) el tratamiento analítico de pacientes, y (b) la observación directa de los niños pequeños con sus madres.

En cuanto a los datos obtenidos durante el tratamiento, supongo que para una persona imparcial sería provechoso estudiar la literatura psicoanalítica y reunir todos los informes que registran datos sobre las experiencias infantiles de estos pacientes. Considero que, en la medida en que se proporciona alguna información, esto apoyaría el punto de vista de Winnicott de que estos pacientes han tenido infancias perturbadas en las que los cuidados maternos inadecuados de uno u otro tipo — pueden ser de varios tipos — tienen gran importancia. Teniendo en cuenta que yo no he hecho tales estudios, no puedo más

que ilustrar el tipo de descubrimientos que, sin duda, esperaría. Los siguientes detalles surgen de informes publicados por tres analistas, cada uno de ellos influido por los puntos de vista de Winnicott.

Uno de los informes es el realizado por Clare Winnicott (1980), la viuda de Donald Winnicott. La paciente, una profesional de cuarenta y un años, presentaba un cuadro clásico de personalidad emocionalmente autosuficiente, que poco tiempo antes había desarrollado una serie de síntomas psicosomáticos. Sólo después de un tiempo de análisis divulgó los acontecimientos de su infancia. Dado que su madre tenía un trabajo de jornada completa, ella quedaba al cuidado de una muchacha alemana que se fue repentinamente cuando la paciente tenía dos años y medio. Luego de seis meses de incertidumbre, su madre la llevó a tomar el té con una amiga y más tarde la paciente descubrió que su madre había desaparecido, y ella estaba sola en una cama desconocida. Al día siguiente la llevaron al internado en el que la amiga de su madre trabajaba como enfermera, y permaneció allí hasta que tuvo nueve años, y por lo general pasaba allí también las vacaciones. Al parecer se ha instalado muy bien (¡qué expresión siniestra!) y tiene éxito; pero a partir de ese momento su vida emocional quedó totalmente agotada.

El segundo informe, realizado por Jonathan Pedder (1976), hace referencia a una joven maestra en mitad de la veintena cuya personalidad y sintomatología tiene un gran parecido con la paciente de Clare Winnicott. Aunque en la entrevista inicial había presentado una imagen idealizada de su infancia, pronto salió a la luz que a la edad de dieciocho meses había sido enviada a quedarse con una tía, durante el siguiente embarazo de su madre. Luego de seis meses allí, había llegado a sentir que su tía era más maternal con ella que su verdadera madre, y regresar al hogar le había resultado una experiencia dolorosa. Después, hasta los diez años, se había sentido aterrorizada por otra separación; pero entonces había "desconectado" su ansiedad "como un grifo", según sus palabras, y con la ansiedad había desaparecido también la mayor parte de su vida emocional.

El tercer informe, de Elizabeth Lind (1973), está relacionado con un joven graduado de veintitrés años que, aunque estaba gravemente deprimido y planeaba suicidarse, aseguraba que

su estado de ánimo, más que una enfermedad, era una "filosofía de vida". Era el hijo mayor de una familia numerosa; y a los tres años ya tenía dos hermanos. Sus padres, dijo, se peleaban con frecuencia y violentamente. Cuando la familia era joven, el padre había trabajado durante muchas horas lejos del hogar, especializándose en una profesión. La madre siempre tenía reacciones imprevisibles. A menudo se sentía tan perturbada por sus pendencieros hijos, que se encerraba con llave en su habitación durante días enteros. En varias ocasiones había abandonado el hogar, llevando consigo a las hijas, pero abandonando a los hijos.

Le habían dicho que había sido un bebé desdichado, que comía y dormía mal, y que a menudo lo dejaban llorando solo durante períodos prolongados. Su llanto, se decía, no había sido más que un intento por dominar a sus padres y por ser un niño mimado. En una ocasión había tenido apendicitis y recordaba haber pasado toda la noche despierto, quejándose; pero sus padres no habían hecho nada y, a la mañana siguiente, él estaba seriamente enfermo. Posteriormente, durante la terapia, recordó lo perturbado que se sentía cuando dejaban llorar a sus hermanos y hermanas menores, y que odiaba a sus padres por eso y sentía deseos de matarlos.

Siempre se había sentido como un niño perdido y se había devanado los sesos para comprender por qué había sido rechazado. Su primer día de escuela, dijo, había sido el peor de toda su vida. Le había parecido un último rechazo por parte de su madre; se había sentido desesperado todo el día, y no había dejado de llorar. Luego de eso había llegado a ocultar poco a poco sus deseos de amor y apoyo: siempre se había negado a pedir ayuda o a que hicieran algo por él.

En el momento de la terapia tenía miedo de quebrarse y llorar y de desear que lo mimaran. Estaba seguro de que esto llevaría a la terapeuta a considerarlo una persona molesta y a juzgar su conducta simplemente como un modo de llamar la atención; y, en caso de que le dijera algo personal, estaba seguro de que ella se ofendería y tal vez se encerraría en su habitación.

En los tres casos, la reciente depresión del paciente había seguido al colapso de una relación significativa pero frágil acerca de la cual cada miembro había mostrado reservas y a cuyo final cada uno de los pacientes había contribuido, evidentemente.

Al tratar a estos pacientes, los tres analistas adoptaron la técnica de Winnicott de permitir la libre expresión de lo que tradicionalmente se denomina "sentimientos de dependencia", con el resultado de que cada paciente, a su debido tiempo, desarrolló un intenso y ansioso apego hacia su analista (para usar la terminología que yo prefiero [Bowlby, 1969, 1973]). Esto permitía a cada paciente recuperar la vida emocional que había perdido durante la infancia y, con ella, recuperar un sentido de "auténtico sí-mismo". Terapéuticamente, los resultados fueron buenos.

Es cierto que los descubrimientos derivados de estos tres casos no demuestran nada. Sin embargo, son sugerentes y, hasta ahora, apoyan la teoría de la etiología de Winnicott. Aun así, los críticos pueden perfectamente plantear dudas sobre la validez de lo que un paciente recuerda de su infancia y preguntar si la sucesión de acontecimientos recordados tenía sobre sus sentimientos el efecto que él implícitamente afirma. (Vale la pena advertir que los acontecimientos que, según cada uno de estos tres pacientes, representaban un momento crucial habían ocurrido después de su segundo cumpleaños.)

Ahora parece claro que las controversias acerca de la etiología nunca quedarán resueltas en tanto confiemos únicamente en los datos retrospectivos y tal vez parciales, derivados del análisis de pacientes, sean adultos o niños. Para proporcionar algún tipo de nueva comprobación es necesaria una prueba de tipo *diferente*. Es en este punto donde creo que la observación directa de los niños pequeños y de sus madres es potencialmente provechosa. ¿Existe alguna prueba derivada de esa fuente que sugiera que los sentimientos de un niño pueden quedar paralizados por los tipos de experiencia descrita? Por supuesto, la respuesta es que existe una gran cantidad.

En este punto, naturalmente, señalo las primeras observaciones realizadas por James Robertson (1953) y confirmadas más tarde por Christoph Heinicke e Ilse Westheimer (1965) acerca de cómo se comportan los niños en edades comprendidas entre los doce y los treinta y seis meses cuando son apartados del hogar para ser cuidados por gente desconocida en un lugar desconocido —como una residencia infantil o un hospital—, sin ninguna persona que actúe como madre sustituta. En tales circunstancias, con el tiempo, un niño llega a actuar como si los cuidados maternos y el contacto con los seres humanos no

tuvieran mucho significado para él. Como las personas que lo cuidan cambian constantemente, él deja de apegarse a alguien y luego de su regreso al hogar se mantiene distante de sus padres durante días, y quizá durante mucho más tiempo si es tratado con indiferencia.

Además, hay motivos para creer que un niño pequeño puede desarrollar este tipo de paralización defensiva en respuesta a una madre que lo rechaza, sin necesidad de que exista una separación más marcada. En las observaciones registradas por Mahler (1971) se encuentran ejemplos de estas consecuencias. Otros descubrimientos más definitivos fueron registrados por Mary Main (1977), colega de Mary Ainsworth que ha hecho un estudio especial de un grupo de niños comprendidos entre los doce y los veinte meses, cada uno de los cuales no sólo no saludó a su madre después de que ella lo dejara con una persona desconocida durante unos minutos, sino que la evitó deliberadamente. Al examinar algunos de los registros filmados de Main, quedé sorprendido al ver hasta qué extremos llegaban algunos de estos niños. Uno de ellos se aproximó a su madre brevemente, con la cabeza desviada, y luego se alejó de ella. Otro, en lugar de acercarse a su madre, se instaló de cara al rincón de la habitación, como si cumpliera un castigo, y luego se arrodilló, con la cara contra el suelo. En todos los casos, los registros filmados de estas madres jugando durante una sesión posterior con sus niños que empiezan a caminar mostraban que éstas eran distintas de las madres cuyos hijos no las evitaban: se las veía "enfadadas, inexpresivas y disgustadas por el contacto físico con el niño". Algunas los regañaban con tono airado, algunas se burlaban, otras les hablaban o se referían a ellos sarcásticamente. Una posibilidad obvia es que, manteniéndose alejado de su madre, el niño evita ser tratado nuevamente de un modo hostil.

Así, en la medida en que la nueva comprobación que proporciona la observación directa de los niños pequeños y su madre es válida, tiende a apoyar la teoría de Winnicott. En resumen, y en mis términos, el niño —y posteriormente el adulto— tiene miedo a sentirse apegado a cualquiera por temor a otro rechazo y a toda la angustia, la ansiedad y la ira a las cuales conduce. Como resultado, existe una obstrucción importante que se contrapone a la expresión o incluso al sentimiento de su deseo natural de una relación íntima y confiada, de cuidados, consue-

lo y amor... que yo considero las manifestaciones subjetivas de un sistema importante de conducta instintiva.

Una explicación de este tipo, aunque mucho menos compleja que algunas propuestas en la literatura, da cuenta de cómo estas personas se comportan con el mundo en general y con nosotros en tanto analistas. Inevitablemente traen al análisis su temor a entrar en una relación confiada, actitud que nosotros experimentamos como una resistencia imponente. Entonces, cuando por fin recuperan sus sentimientos, suponen que los trataremos como recuerdan haber sido tratados por sus padres. Entonces viven con el temor de ser rechazados y se sienten terriblemente enfadados si sospechan que se los abandonará. Además, con no poca frecuencia, el modo en que nos tratan a nosotros —con insultos y rechazo— resulta ser una versión del tratamiento al que recuerdan haber estado sometidos de niños.

Es posible observar que, en la explicación sobre cómo se comportan estos pacientes durante el análisis, he presentado una serie de hipótesis entrelazadas. En un programa de investigación, cada una de ellas requiere un examen profundo y una comprobación a la luz de nuevos datos. Entre los muchos métodos que, supongo, resultarían valiosos, está el estudio —dentro de un marco terapéutico— de padres e hijos interactuando mutuamente. Además, queda un lugar importante para observaciones posteriores a realizar durante el análisis de pacientes individuales; aunque yo creo que, para que la investigación clínica produzca todo su potencial, debe ser realizada de un modo más sistemático y directo que hasta el presente.

Para dar un ejemplo: resultaría valioso que se llevara un registro detallado de las respuestas de uno o varios de estos pacientes antes y después de cada fin de semana, cada vacación y cada interrupción inesperada de las sesiones, con un registro igualmente detallado de cómo los trató el analista. Esto nos permitiría conocer el repertorio de respuestas que presenta un paciente determinado en estas ocasiones, y también los cambios de respuesta que presenta con el transcurso del tiempo. Esto también sería especialmente valioso si tuviéramos que contar con un informe detallado de las circunstancias en que tiene lugar un cambio terapéutico importante. Si —tal vez en un programa de colaboración— se pudieran llevar registros de varios de estos pacientes, cabría la posibilidad de descubrir si

una abierta y minuciosa discusión de las experiencias dolorosas que un paciente recuerda haber tenido en sus relaciones con sus padres, y de las consecuencias que éstas parecen haber tenido y aún tienen en la manera en que él trata a otras personas — incluyéndonos a nosotros, por supuesto—, da lugar a un cambio terapéutico, como yo preveo, o si lo entorpece, como creen algunos analistas.

Naturalmente, al embarcarse en este o en cualquier otro programa de investigación, un analista debe tener en cuenta su responsabilidad profesional; porque, en el caso de pacientes que presentan un falso sí-mismo, esto puede ser muy oneroso. Winnicott describe el “período de dependencia extrema” que tales pacientes atraviesan durante la terapia y advierte que “los analistas que no están preparados para enfrentarse a las enormes necesidades de pacientes que se vuelven dependientes en este sentido, deben tener cuidado al elegir sus casos de no incluir los del tipo de falso sí-mismo”.

Esto me lleva nuevamente al arte de la terapia. Proporcionar, siendo nosotros mismos, las condiciones en las que un paciente de este tipo puede descubrir y recuperar lo que Winnicott denomina su verdadero sí-mismo —y que yo llamo sus deseos y sentimientos de apego— no es nada fácil. Por un lado, tenemos que ser realmente dignos de confianza y también debemos respetar genuinamente todos esos anhelos de afecto e intimidad que todos nosotros tenemos pero que en estos pacientes han quedado perdidos. Por el otro, no debemos ofrecer más de lo que podemos dar ni debemos movernos más rápidamente de lo que el paciente puede soportar. Alcanzar este equilibrio requiere toda la intuición, la imaginación y la empatía de que somos capaces. Pero también exige una verdadera comprensión de los problemas del paciente y de lo que estamos intentando hacer. Por eso es muy importante que los problemas de la etiología y la psicopatología queden aclarados en la medida en que la aplicación del método científico lo permita y, además, que los analistas estén bien informados sobre la amplia variedad de experiencias familiares, desde el nacimiento hasta la adolescencia que, como demuestran las pruebas crecientes, afectan el modo en que se desarrolla la vida emocional de un niño. Sólo cuando estemos provistos de éste y de otros conocimientos estaremos en condiciones de satisfacer la exigente demanda que Freud plantea en uno de sus últimos escritos, en

el que llama la atención sobre “el núcleo de la verdad” en los síntomas de un paciente, y sobre el valor terapéutico de las construcciones en el análisis (1937). En él escribe: “Lo que buscamos es una imagen de los años olvidados del paciente que será igualmente digna de confianza y, en todos los aspectos importantes, completa”.

## EL PSICOANÁLISIS COMO CIENCIA NATURAL

*En el otoño de 1980 fui nombrado Profesor Invitado de Psicoanálisis del Freud Memorial del Colegio Universitario de Londres. En mi conferencia inaugural retomé el tema del que había hablado en Canadá dos años antes. Siempre he creído que la estructura de conocimientos denominada psicoanálisis debería convertirse en una parte de las ciencias naturales, y me sentí perturbado por la presión de la oposición. Aceptar que el psicoanálisis debería abandonar su objetivo de convertirse en una ciencia natural y en lugar de ello considerarse una disciplina hermenéutica me ha parecido no sólo el resultado de ideas obsoletas sobre la ciencia, sino también un consejo desesperado; porque en una disciplina hermenéutica no existen criterios con cuya aplicación resulte siempre posible resolver el desacuerdo.*

*Un problema con el que se encuentran todos los analistas que han propuesto nuevas ideas teóricas es el de la crítica de que la nueva teoría no es "psicoanálisis". Tales críticas dependen, por supuesto, de nuestra definición del psicoanálisis. Lo más lamentable es que definirlo desde el punto de vista de las teorías de Freud es demasiado frecuente. Esto está en contraste con las definiciones adoptadas por las disciplinas académicas, que están siempre en función de los fenómenos que deben ser estudiados y de los problemas que deben ser resueltos. En tales disciplinas, el progreso está frecuentemente señalado por cam-*

*bios en la teoría, en ocasiones de carácter revolucionario. Mientras los analistas continúen definiendo el psicoanálisis desde el punto de vista de una teoría particular, no podrán quejarse de que su disciplina sea tratada con indiferencia por los académicos. Más aun, definiéndola así la están condenando a una fría inercia.*

*La siguiente versión de esta conferencia difiere en diversas maneras del original, especialmente al abreviar la discusión de temas ya abordados en las conferencias precedentes.*

Desde 1895 —momento en que Freud hizo su primer intento por esbozar una estructura teórica para el psicoanálisis— hasta 1938 —el año anterior a su muerte—, Freud se mostró decidido a que su nueva disciplina se ajustara a los requisitos de una ciencia natural. Así, en la frase inicial de su *Proyecto*, escribe: "La intención es proporcionar una psicología que será una ciencia natural..." (Freud, 1950, 295); mientras que en el *Esquema* encontramos un pasaje en el que afirma que, una vez admitido el concepto de que los procesos psíquicos son inconscientes, "la psicología está en condiciones de ocupar su lugar como ciencia natural, igual que cualquier otra" (Freud, 1940, 158).

Es cierto que, durante los años intermedios, las ideas de Freud acerca del alcance de su ciencia habían cambiado considerablemente de su temprana ambición "a representar los procesos psíquicos como estados cuantitativamente determinados de partículas materiales específicas" (1950, escrito en 1895) a su posterior definición del psicoanálisis como "la ciencia de los procesos mentales inconscientes" (1925). Pero desde la primera hasta la última, no cabe duda del tipo de disciplina que Freud pretendía que fuera el psicoanálisis.

Sin embargo, a pesar de la firme intención de Freud, la categoría científica del psicoanálisis sigue siendo dudosa. Por un lado, los filósofos de la ciencia la han catalogado como pseudociencia, sobre la base de que, por amplio que sea el grado de verdad que puedan contener, las teorías psicoanalíticas están echadas sobre un molde tan elástico que son infalsables. Por el otro, muchos psicoanalistas, desilusionados por las insuficiencias de la metapsicología de Freud y preocupados con la perspectiva personal que es incuestionablemente exigida en

el trabajo clínico, han abandonado los objetivos y las afirmaciones de Freud y han declarado que al psicoanálisis se le atribuye erróneamente el papel de ciencia y que, en cambio, debería ser concebido como una de las ciencias humanas, como afirma Home (1966), Ricoeur (1970), y otros en Europa. Tanto Schafer (1976) como George Klein (1976), al exponer este punto de vista han presentado propuestas alternativas a la de Freud; pero cada una de sus reformulaciones —por diferentes que sean— parecen una versión de *Hamlet* sin el príncipe. Están ausentes todos los conceptos de causalidad y las teorías del impulso arraigado biológicamente y, en la versión de Schafer, también están ausentes los conceptos de represión y actividad mental inconsciente.

Melanie Klein ha hecho propuestas muy diferentes, propuestas que sin duda no presentan estos defectos; pero sería difícil afirmar que la forma que adoptan o la investigación que han originado satisfacen exigencias científicas.

Pero en modo alguno los analistas pierden la esperanza de desarrollar su disciplina como una ciencia natural. Atentos a las deficiencias de la metapsicología de Freud, sobre todo de sus conceptos de energía psíquica e impulso, unos pocos están intentando reemplazarla por una nueva estructura conceptual coherente con el pensamiento científico corriente. De gran importancia para estas nuevas propuestas son las ideas surgidas de la teoría de los sistemas y del estudio del procesamiento de la información humana. Entre los que se muestran activos en esta empresa se encuentran Rubinstein (1967), Peterfreund (1971, 1982), Rosenblatt y Thickstun (1977), Gedo (1979) y yo mismo (1969, 1980). Entretanto, también existe una serie de analistas que han estado intentando ampliar los datos básicos de la disciplina estudiando el desarrollo social y emocional del niño mediante la observación directa. Algunos de estos estudios han sido ateóricos, por ejemplo el de Offer (1969). Los autores de otros han intentado poner nuevo vino empírico en las viejas botellas teóricas, por ejemplo Spitz (1957), Mahler (Mahler, Pine y Bergman, 1975); mientras los demás, por ejemplo Sander (1964, 1980), Stern (1977) y yo mismo (1958, 1969, 1973) hemos buscado nuevos modelos teóricos. Mi propia investigación ha conducido no sólo a controlar la teoría y el procesamiento de la información sino también a las disciplinas arraigadas biológicamente de la etología y la psicología compa-

rada. Por tanto, no faltan nuevas iniciativas y llevará algún tiempo ver cuál de ellas —o tal vez qué combinación de ellas— resulta más productiva para el avance científico. En este punto mi objetivo es describir tal iniciativa, la mía y los motivos por los que la considero prometedora.

En la conferencia anterior describí las circunstancias que me llevaron a elegir como campo de investigación las respuestas de un niño pequeño al ser apartado de su madre y dejado por un tiempo con gente desconocida y el modo en que estas observaciones me condujeron a la formulación de la teoría del apego. Entre las características esenciales de esto está el hecho de que el bebé humano llega al mundo influido genéticamente para desarrollar una serie de pautas de conducta que —dado un entorno apropiado— lo llevarán a conservar una proximidad más o menos estrecha con quien lo cuida, y que esta tendencia a mantener la proximidad cumple la función de proteger al bebé que se mueve y al niño que crece de una serie de peligros, entre los que —en el entorno humano de la adaptabilidad evolutiva— el peligro de la depredación es, probablemente, el más importante.

Un concepto que surgió muy pronto de estudios orientados etológicamente sobre las relaciones madre-hijo (Ainsworth, 1967), y que ha resultado de un gran valor clínico, es el de la madre, o madre sustituta, que proporciona al niño una base segura a partir de la cual puede explorar. En los últimos meses del primer año de vida de un niño criado en un hogar normalmente afectuoso queda muy claro a quién prefiere él para que lo cuide, preferencia evidente sobre todo cuando el niño está cansado, asustado o enfermo. Sea quien fuere —por lo general su madre—, el niño es capaz —gracias a la sola presencia de ella o a su fácil accesibilidad— de crear las condiciones que le permitan explorar su mundo de un modo seguro. En el momento de su segundo cumpleaños, por ejemplo, un niño sano cuya madre está descansando en el jardín hará una serie de excursiones lejos de ella, regresando a su lado cada vez, antes de emprender la siguiente excursión. En algunas ocasiones, cuando regresa, simplemente sonríe y representa su número; en otras se apoya en las rodillas de ella; en otras quiere sentarse en su regazo. Pero nunca se queda durante mucho tiempo, a menos que esté asustado o cansado, o que crea que ella está a punto de marcharse. Anderson (1972), que realizó un estudio de

este tipo en un parque de Londres, observó que durante el segundo y el tercer año es muy raro que un niño se aleje más de sesenta metros antes de regresar. En caso de perder de vista a su madre, olvida la exploración. Su mayor prioridad, entonces, es recuperarla, buscándola si se trata de un niño más grande, y berreando si es uno más pequeño.

Es evidente que no hay modo de explicar este tipo de conducta desde el punto de vista de la energía psíquica creada que luego se descarga. Un modelo alternativo (ya descrito en anteriores conferencias) consiste en pensar en la conservación de la proximidad por parte de un niño como en algo mediado por una serie de sistemas conductuales organizados cibernéticamente. La activación se ve intensificada en situaciones de dolor, cansancio y ante cualquier cosa atemorizante; y se ve reducida por la proximidad o el contacto con la figura materna. Podemos entonces dar por sentado que la conducta que lo aleja de su madre hacia el vasto mundo —que se denomina correctamente conducta exploratoria— es incompatible con la conducta de apego y tiene menor prioridad. Así, sólo cuando la conducta de apego está relativamente inactiva, tiene lugar la exploración.

A medida que un individuo se hace mayor, su vida continúa estando organizada del mismo modo, aunque sus excursiones se vuelven continuamente más prolongadas en el tiempo y en el espacio. Al ingresar en la escuela durarán horas, y posteriormente días. Durante la adolescencia pueden durar semanas o meses, y es probable que se busquen nuevas figuras de apego. A lo largo de la vida adulta, la disponibilidad de una figura de apego sensible sigue siendo la fuente del sentimiento de seguridad de una persona. Todos nosotros, desde la cuna hasta la tumba, somos muy felices cuando la vida está organizada como una serie de excursiones, largas o cortas, desde la base segura proporcionada por nuestra figura —o figuras— de apego.

Desde el punto de vista del modelo teórico propuesto, los cambios mencionados en la organización de la conducta de apego que tiene lugar durante el desarrollo del individuo son considerados como debidos, en parte, a la creación del umbral para su activación (tal vez a través de cambios a nivel endocrino) y, en parte, a los sistemas de control que se vuelven cada vez más sofisticados, en particular porque llegan a incorporar modelos representativos del entorno y de las personas impor-

tantes del mismo, y también del sí-mismo como una persona viva.

El desarrollo durante la ontogenia de una serie de sistemas del tipo de los descritos en los seres humanos —al igual que en individuos de muchas otras especies— se atribuye a la acción de la selección natural —o sea a individuos dotados con el potencial necesario para desarrollar tales sistemas, que han sobrevivido y se han criado más exitosamente que otros menos dotados—, en otras palabras, a la evolución darwiniana. Dado que la disposición a manifestar en ciertas circunstancias una conducta de apego es considerada como una parte intrínseca de la naturaleza humana, referirse a ella como “dependencia” no sólo resulta engañoso sino seriamente inadecuado debido a las connotaciones despectivas de la palabra.

Una vez que la conducta de apego y otras formas de conducta biológicamente determinada son concebidas en función del control de la teoría, el problema de la determinación de la conducta se resuelve abandonando el concepto de causalidad. Además, la distinción entre causalidad y función —tristemente olvidada en la teoría psicoanalítica tradicional— se vuelve explícita. La activación, en la que el despertar emocional y la expresión desempeñan un papel decisivo, y posteriormente la terminación y el cambio del estado emocional, son causadas cuando un sistema construido de un modo determinado recibe información de un tipo determinado. De las diversas consecuencias a las que conduce la activación, la postulada como su función biológica es aquella que —según sugieren las pruebas— ha conducido al sistema que ha evolucionado durante la filogénesis. En el caso de la conducta de apego, la función postulada es la de disminuir el riesgo de que el individuo llegue a dañarse.

En este nivel de análisis, la cuestión de si un individuo es consciente de lo que está haciendo —al margen de por qué lo está haciendo— no tiene importancia; de hecho no tiene más importancia que la pregunta de si un individuo es consciente de que respira y, en ese caso, se da cuenta de por qué debería hacerlo. Los sistemas biológicos que sirven a las funciones vitales, ya sea a un nivel conductal o fisiológico, deben ser capaces de operar automáticamente. Sin embargo, en el caso de un niño, la conciencia de lo que está haciendo —y más concretamente la conciencia de las circunstancias que limi-

tarán su conducta— surge muy pronto, ciertamente al final del primer año, y es un factor de enorme importancia. Porque, una vez que queda claro que un niño es consciente de las circunstancias que pondrán fin a su conducta, empezamos a hablar de intención, de su deseo de conseguir cierto objetivo, de su satisfacción y alegría cuando lo logra y de su frustración, ansiedad o ira cuando fracasa, de la satisfacción que produce el placer y de la frustración que produce todo lo contrario.

En este punto deseo subrayar la aguda distinción entre las circunstancias necesarias para terminar cierta forma de conducta —a las que generalmente mencionamos como su objetivo— y la función biológica a la que sirve la conducta. En el caso de la conducta de apego en la infancia, si bien generalmente esperamos que tanto la madre como el niño sean conscientes de las circunstancias necesarias para ponerle fin —por ejemplo cierto grado de proximidad—, no esperamos la conciencia de la función. Lo mismo ocurre en el caso de la conducta sexual y la de alimentación. La mayoría de nosotros somos conscientes de que ingerir alimentos aliviará nuestra hambre, y encontramos placer en el acto de comer; pero sólo los sofisticados están preocupados por su función nutritiva. De manera similar, el deseo sexual puede ser satisfecho sin tomar conciencia de su función reproductora. En ambos casos todos, salvo los sofisticados, están preocupados únicamente por el impulso de comportarse de determinada manera y por el placer anticipado y recibido al alcanzar la circunstancia final (o el objetivo), no por la función biológica que la conducta pueda cumplir. A menudo, cuando nos sentimos emocionalmente impulsados a actuar de determinada manera fácilmente explicable desde el punto de vista de la función biológica, inventamos “motivos” para hacerlo que tienen poca o ninguna relación con las causas de nuestra conducta. Por ejemplo, un niño o un adulto que con el fin de reducir el riesgo está biológicamente dispuesto a responder a sonidos extraños en la oscuridad buscando su figura de apego, aduce como motivo que tiene miedo a los fantasmas. Esto es análogo a los “motivos” inventados por alguien que, sin saberlo, está guiado por la sugestión posthipnótica.

La distinción que he trazado entre la función cumplida por cierta forma de conducta y nuestro conocimiento de las circunstancias que pondrán fin a esa conducta —y nuestro esfuerzo por alcanzarlas—, es uno de los criterios que distinguen la esfera

biológica de la psicológica. Otro es la distinción entre el sistema conductal por un lado —postulado como un sistema biológico junto con algunas de las circunstancias (no todas ellas) que lo activan y le ponen fin— y, por el otro, nuestra conciencia de la necesidad de alcanzar un objetivo determinado y nuestro esfuerzo por encontrar los medios para ello.

Anteriormente señalé que, para la comprensión del desarrollo individual, es tan necesario considerar el entorno en el que se desarrolla cada individuo como el potencial genético con el que está dotado. El marco teórico más apropiado para este propósito es el de los caminos del desarrollo propuestos por el biólogo C. H. Waddington (1957).

Dentro de este marco, la personalidad humana está concebida como una estructura que se desarrolla incesantemente a lo largo de una serie de caminos posibles y distintos. Todos los caminos están pensados para que empiecen juntos de manera que, en el momento de la concepción, un individuo tenga acceso a una amplia variedad de caminos y pueda viajar a lo largo de cualquiera de ellos. Se afirma que el camino elegido depende, en todas y cada una de sus etapas, de una interacción entre el organismo tal como se ha desarrollado hasta ese momento y el entorno en el cual se encuentra. Así, en el momento de la concepción, el desarrollo depende de la interacción entre el gen recién formado y el entorno intrauterino; en el momento del nacimiento depende de la interacción entre la constitución biológica del neonato —incluyendo su estructura mental embrionaria— y la familia —o no familia— en la que nace; y a cada edad depende de la estructura de la personalidad de ese momento y de la familia, y posteriormente del entorno social más amplio vigente en ese momento.

En el momento de la concepción, toda la serie de caminos potencialmente abiertos a un individuo está determinada por la composición del genoma. A medida que el desarrollo avanza y que las estructuras se diferencian de manera progresiva, el número de caminos que quedan abiertos disminuye.

Una variable importante en el desarrollo de cada personalidad individual es, a mi entender, el camino a lo largo del cual su conducta de apego llega a organizarse y, además, que ese camino está determinado en gran medida por el modo en que las figuras parentales tratan al individuo, no sólo durante la primera infancia sino también a lo largo de la infancia y la

adolescencia. Se afirma que un importante medio por el cual tales experiencias influyen en el desarrollo de la personalidad es aquel que opera a través de los efectos de éstas sobre el modo en que una persona construye el mundo que la rodea y sobre el modo en que espera que se comporten las personas a las que podría estar apegada, ambos derivados de los modelos representativos de sus padres que ha construido durante la infancia. Las pruebas sugieren que estos modelos tienden a quedar relativamente intactos a un nivel inconsciente y a ser reflejos —mucho más exactos de lo que ha supuesto la opinión tradicional— del modo en que sus padres lo han tratado realmente. Dentro de este marco, se piensa que las aberraciones de la conducta y los síntomas neuróticos se deben a las interacciones que han tenido lugar, y que aún pueden estar teniendo lugar, entre la personalidad de un individuo tal como se ha desarrollado hasta ese momento y la situación en la que ese individuo se encuentra.

Hagamos una breve pausa. Al esbozar la estructura conceptual por la que abogo, sin duda he dicho cosas suficientes para que se capte una serie de cuestiones en las que difiero de la estructura tradicional. Por ejemplo, la teoría de la motivación presentada difiere radicalmente de la teoría de Freud sobre la energía psíquica y el impulso, y la teoría de los caminos del desarrollo difiere en grado similar de sus teorías de las fases libidinales, de la fijación y de la regresión. Además, el concepto de conducta de apego la considera distinta de la conducta sexual y de la alimentación —y de igual categoría— y como una característica presente a lo largo de toda la vida. ¿Dónde se encuentra el origen de estas diferencias?

Durante la etapa formativa de su pensamiento, Freud estuvo profundamente interesado en la biología y preocupado por formular la teoría psicológica en términos coherentes con el pensamiento biológico admitido. Esto lo llevó a estudiar las ideas de Darwin y de otros evolucionistas de la época. En aquel momento —fines de siglo— la teoría de Darwin de la variación y la selección natural como agentes de la evolución estaba lejos de ser la teoría dominante que es en la actualidad. Por el contrario, las teorías de Lamarck con respecto a la herencia de características adquiridas y la influencia que se atribuía al “sentimiento interior de necesidad” de un animal sobre su estructura, eran populares. Lo mismo ocurría con la ley bioge-

nética de Haeckel, que —al afirmar que la ontogenia resume la filogenia— pasa por alto el hecho de que las presiones de la selección operan en todas las fases del ciclo vital y que las nuevas especies surgen a menudo de formas inmaduras de otras anteriores (neotenia). Sabemos que Freud fue profundamente influido por Lamarck y por Haeckel y recomienda las ideas de éstos a sus alumnos en repetidas ocasiones.<sup>1</sup> El resultado fue que gran parte de su metapsicología y toda su psicología evolutiva llegó a basarse en principios que los biólogos habían abandonado hacía tiempo.

Si, por lo tanto, el psicoanálisis debe convertirse en la ciencia natural basada en sólidos principios biológicos que Freud pretendía, existen motivos poderosos para que se produzcan cambios drásticos al menos en algunos de sus supuestos básicos. La estructura que yo propongo, basada en principios neodarwinianos y en los trabajos actuales sobre psicología evolutiva y procesamiento de la información humana, es un intento de este tipo.

Aunque el psicoanálisis es declaradamente una disciplina del desarrollo, considero que en ninguno de sus puntos es tan débil como en sus conceptos sobre el desarrollo. Muchos de los conceptos más influyentes —por ejemplo el de las fases libidinales— derivan directamente de Haeckel. Así, en sus *Conferencias introductorias* de 1916-17, Freud subraya que tanto el desarrollo del yo como el de la libido deben ser comprendidos como “recapitulaciones abreviadas del desarrollo que todo ser humano atraviesa desde los primeros días” (Freud, 1917, 354), mientras el desarrollo de la libido también es considerado desde el punto de vista de la filogénesis y de las diversas formas adoptadas por el aparato genital de los animales. En un estudio publicado aproximadamente en la misma época, atribuye las ideas de una persona de “observar el contacto sexual de los padres, de ser seducido en la infancia y de ser amenazado con

1. Con respecto a la adhesión de Freud a las ideas lamarckianas, véase el volumen 3, capítulo 10 de la biografía de Freud escrita por Ernest Jones (Jones, 1957). Con relación a la influencia de la ley biogenética de Haeckel, véase la extensa nota al pie de James Strachey a su traducción de *Moisés y la religión monotéista* (SE 23, 102), de Freud, y especialmente la investigación de Frank Sulloway de los orígenes de la metapsicología de Freud (Sulloway, 1979).

la castración... [a] un don heredado, una herencia filogenética"; y también afirma que el complejo de Edipo se encuentra entre los "esquemas heredados filogenéticamente" (Freud, 1918, 97 y 119). Todas estas ideas aparecen repetidas en sus últimos trabajos, por ejemplo Freud, 1939, 99.

Es posible que actualmente unos pocos analistas estuvieran de acuerdo con las formulaciones originales de Freud; sin embargo, no caben dudas acerca de su penetrante influencia, no sólo en lo enseñado sino en las suposiciones imperantes sobre el modo en que se ve más favorecida nuestra comprensión del desarrollo emocional y social. Así, se sigue otorgando un lugar de dignidad a las reconstrucciones basadas en lo que es observado y deducido durante las sesiones de tratamiento, asociado con una persistente aunque debilitante reticencia a prestar verdadera atención al importantísimo trabajo que se realiza actualmente en el campo de la psicología evolutiva. Dado que en muchas publicaciones anteriores he llamado la atención sobre la importancia de este trabajo, sólo debo decir que creo que todos los conceptos del psicoanálisis sobre el desarrollo tendrán que ser reexaminados, y que la mayor parte de ellos serán reemplazados en su momento por conceptos ahora vigentes entre quienes están estudiando el desarrollo de los lazos afectivos en los bebés y en los niños pequeños mediante la observación directa. La comprensible reserva con la que muchos clínicos han considerado este tipo de trabajo en el pasado, debería quedar disipada, creo, en caso de que se familiarizaran con las observaciones e ideas de los actuales pioneros en el campo como, por ejemplo, Mary Ainsworth (1977), John y Elizabeth Newson (Newson, 1977), y Colwyn Trevarthen (1979).

Por ignorantes que aún puedan parecer muchos teóricos analíticos con respecto al valor o incluso a la existencia misma de estos estudios, puedo decir con satisfacción que existe un número cada vez mayor de terapeutas analíticos que recurren a ellos en el tratamiento de sus pacientes. Volvamos por tanto al ámbito clínico y consideremos el informe presentado por un analista californiano sobre el tratamiento de una paciente, muchos de cuyos problemas él atribuye —creo que acertadamente— a los acontecimientos que siguieron al divorcio de sus padres y al prolongado período durante el cual permaneció en

una institución, entre los cinco y los seis años. Este informe<sup>2</sup> no sólo ilustra los tipos de problemas personales perturbadores que originan estas experiencias —incluyendo la intensa ambivalencia—, sino que también sirve para plantear preguntas acerca del modo en que el tema de la defensa y el afecto quedan respondidos dentro del marco conceptual que yo propongo.

Los problemas por los cuales la Sra. G acudió al análisis consistían en que se sentía irritable y deprimida y llena, como ella dijo, de odio y maldad. Además se mostraba frígida con su marido, emocionalmente indiferente, y se preguntaba si era capaz de amar a alguien.

La Sra. G tenía tres años cuando sus padres se divorciaron. Su padre abandonó el hogar y su madre —que empezó a trabajar muchas horas— tenía muy poco tiempo para dedicar a su hija. Un año más tarde, cuando G tenía cuatro años, su madre la ingresó en un orfanato en el que permaneció durante dieciocho largos meses. Más tarde, aunque regresó junto a su madre, las relaciones familiares continuaron siendo perturbadas y desdichadas. Como resultado, G abandonó su hogar siendo una adolescente y antes de cumplir los veintiún años ya se había casado y divorciado dos veces. Su actual marido es el tercero.

En las primeras fases del análisis, la Sra. G se mostró sumamente reacia a recordar los acontecimientos dolorosos de su infancia; y cuando lo hizo, se deshizo en lágrimas y sollozos. Sin embargo, su analista la alentó a seguir reflexionando sobre ellos y a hacerlo con todo detalle, ya que él creía que eso la ayudaría. Al mismo tiempo, él prestó igual atención a la relación de ella con él, relación en la que, como cabía esperar, se repetían todas las dificultades interpersonales que había tenido en otras relaciones íntimas.

Entre muchas otras cosas dolorosas de su infancia, la Sra. G recordó lo triste que se había sentido al ser apartada de sus cosas favoritas cuando fue enviada al orfanato. A veces soñaba con el tiempo que había pasado allí y se sentía abrumada. Recordaba que se sentía muy pequeña entre tantos niños, que

2. La explicación presentada aquí deriva de la contribución hecha por Thomas Mintz a un simposio organizado por la Asociación Psicoanalítica Norteamericana sobre las consecuencias en los adultos de la pérdida del objeto durante los primeros cinco años de vida (Mintz, 1976).

no había juguetes, el duro trato que recibía y cómo a veces se portaba mal deliberadamente para que la azotaran [lo cual, al menos, significaba que le prestaban cierta atención - JB].

Luego de cuatro años de análisis, las dificultades financieras llevaron a la Sra. G a tomar la decisión de finalizar el tratamiento en un lapso de seis meses. Inevitablemente, los conflictos emocionales que tenía en su relación con su analista se volvieron más agudos. Soñaba más abiertamente con él, incluso despierta. Desde el principio había comprendido que la separación sería dolorosa. Las separaciones siempre la enfurecían y, como dice ahora, "la ira me entristece, porque significa el fin... tengo miedo de que me deje, o me eche a patadas o me repudie". El analista le recordó cómo se había sentido cuando la enviaron al orfanato. Luchando por pensar en sí misma como en una persona autosuficiente, explicó: "Me estoy aferrando a mí misma... Me estoy cuidando sola".

Unos meses más tarde, cuando se acercaba el fin, relacionó el modo en que se sentía con respecto a su analista con el modo en que se había sentido anteriormente con respecto a su madre: "No quiero soltar a mi madre... no quiero dejar que se vaya... ella no va a librarse de mí". En esta etapa del análisis, su anhelo de amor y cuidados habían regresado junto con su ira hacia quienes se los habían negado.

El cambio radical que se había producido en esta mujer quedó confirmado por otros episodios. Por ejemplo, durante los primeros tiempos del análisis había muerto su gato, pero ella se había mostrado indiferente. Y luego había explicado: "Si permitiera que esto me hiciera daño, estaría triste por todo. Una cosa provocaría todo lo demás". Pero hacia el fin del análisis, cuando murió otro gato, lloró.

Aunque la terapia ha restituido la vida emocional a esta paciente y ha dado como resultado que sea capaz de establecer mejores relaciones, incluyendo la relación con su madre, un tratamiento complementario cinco años más tarde demostró, como era de esperar, que seguía siendo vulnerable ante las situaciones que producían ansiedad y tristeza, tales como la separación y la pérdida.

Examinemos el cambio que había ocurrido en esta mujer, cuya condición podría ser descrita clínicamente como esquizoide (Fairbairn, 1940), o como falso sí-mismo (Winnicott, 1960, 1974), o como narcisista (Kohut, 1971). Antes del análisis, se había sentido emocionalmente indiferente, y se había pregun-

tado si era capaz de amar a alguien; una pérdida la hacía sentirse indiferente. Ahora había tomado conciencia de lo profundamente que anhelaba el amor y los cuidados, y de lo airada que se sentía al no recibirlos; y una pérdida la hacía echarse a llorar. Así, en ocasiones en las que con anterioridad estaban ausentes, ahora aparecían respuestas cargadas de profundo afecto.

Para dar cuenta de semejante cambio, las explicaciones tradicionales suelen recurrir a una metáfora hidráulica: el afecto ha estado contenido en un embalse, y ahora queda descargado. El embalse es considerado una defensa contra una cantidad excesiva de excitación que está en peligro de abrumar al yo. Otras explicaciones recurren a procesos que se da por sentado que ocurrieron en la primera infancia, por ejemplo la fijación a una fase de narcisismo, o una fisura del yo como consecuencia de la proyección de un instinto de muerte.

Una explicación de la situación de esta mujer —que considero mucho más ajustada a nuestro actual conocimiento del desarrollo temprano de los vínculos afectivos, y coherente con lo que sabemos sobre el procesamiento de la información humana— es la siguiente: como consecuencia del intenso dolor provocado en ella durante sus primeros años por la prolongada y probablemente repetida frustración de su conducta de apego, experimentada como frustración de su urgente deseo de amor y cuidados, el sistema o sistemas conductuales que regían su conducta de apego habían quedado desactivados y habían permanecido así a pesar de los deseos de ella en sentido contrario. Como resultado, los deseos, pensamientos y sentimientos que son parte integrante de la conducta de apego, estaban ausentes de su conciencia. La desactivación misma puede entenderse como debida a la exclusión selectiva del procesamiento de cualquier información que, una vez procesada, conduciría a la activación del sistema.

La exclusión selectiva postulada —que, como demuestra el reciente trabajo experimental, está dentro de las posibilidades de nuestro aparato cognitivo (Dixon, 1971; Erdelyi, 1974), y que yo denomino exclusión defensiva— requiera una constante actividad cognitiva a nivel inconsciente. El hecho de que los sistemas conductuales queden intactos y susceptibles en principio de ser activados —y por lo tanto en ocasiones pueden mostrar una activación breve e incipiente—, puede explicar

todos esos fenómenos que condujeron a Freud a sus ideas sobre el inconsciente dinámico y la represión. De hecho, la exclusión defensiva que yo postulo no es más que la represión bajo otro nombre, un nombre más acorde con la estructura conceptual adoptada aquí.

El proceso de cambio terapéutico en esta paciente puede entonces ser comprendido debido a la paciente que —gracias a la base relativamente segura proporcionada por el analista— desarrolla el valor suficiente para permitir que parte de la información hasta el momento excluida siga adelante para ser procesada. Esto incluye tanto la información derivada de la presente situación —por ejemplo, la evidencia de la auténtica preocupación del analista por ayudar a su paciente, y los conflictivos pensamientos, sentimientos y conducta que eso origina—, como también la información almacenada en la memoria, por ejemplo los recuerdos de los dolorosos acontecimientos de la infancia, y los pensamientos, sentimientos y conducta originados por ellos. Por regla general, la información de ambas fuentes se recupera como una cadena en la que la información del presente —sobre todo la transferencia— alterna con la información del pasado, en la que cada eslabón conduce al siguiente. Una vez que la información pertinente es aceptada, por supuesto, la conducta de apego queda activada junto con las necesidades y deseos, los pensamientos y los sentimientos que la acompañan. En términos tradicionales, el inconsciente se ha hecho consciente y las necesidades y afectos reprimidos se han liberado.

Con no poca frecuencia —como en el caso de esta paciente—, un analista debe emprender la tarea de llamar la atención de la paciente sobre recuerdos que él considera importantes y de alentarla a que reflexione sobre ellos, en lugar de retroceder a ellos. En esta tarea el analista se guía, por supuesto, por las teorías del desarrollo de la personalidad y de la psicopatología a las que adhiere. Este es un tema en el cual divergen los analistas de las diferentes escuelas. Para algunos, los acontecimientos considerados importantes pueden referirse a la alimentación y al destete y a las fantasías que sobre ellos se elaboran durante los primeros meses de vida; para otros pueden referirse a la educación higiénica, o al hecho de presenciar la escena original durante el segundo año; e incluso para otros, a situaciones y deseos edípicos experimentados durante el

tercer o cuarto año. En el caso de la Sra. G, el analista se inspiró en su conocimiento de las respuestas de niños pequeños a los acontecimientos que rodeaban la separación prolongada de la madre durante algunos de los primeros años.

Es bien sabido que no todos los niños que han estado dieciocho meses en una institución durante los cinco y los seis años se desarrollan psicológicamente siguiendo el mismo camino de la Sra. G. Sin duda, en su caso intervinieron otros factores. Al considerar cuáles podrían haber sido, me veo influido por observaciones que la Sra. G hizo durante las etapas finales del análisis, por ejemplo su temor a que su analista la “echase a patadas” o la “repudiara”, y su recuerdo de lo decidida que había estado a que su madre no se “librara” de ella. Esto sugiere que como método de disciplinar a su hija, la madre puede haber utilizado repetidas amenazas de volver a enviarla a la institución, amenazas que —según sabemos por otras pruebas— están lejos de ser raras y que no sólo tienen un efecto aterradorante en los niños pequeños sino que también pueden generar en ellos un intenso odio. Cuanto mayor sea el conocimiento que un analista tiene de las situaciones infantiles que pueden conducir a un desarrollo perturbado, mejor podrá entender y ayudar a sus pacientes.

Inevitablemente, los recuerdos espontáneos o guiados de un paciente sobre su infancia sólo tienen un valor sugestivo como pruebas referidas a teorías del desarrollo de la personalidad. Lo que nos dice un paciente sobre su infancia y sobre todo lo que más tarde informa el analista que ha dicho su paciente, está probablemente influido tanto o más por las ideas preconcebidas del analista como por cualquier cosa que el paciente puede haber dicho o hecho en realidad; por eso considero tan indispensable el estudio sistemático mediante la observación de niños que se desarrollan dentro de diferentes modelos familiares. Sin embargo, también creo que las observaciones realizadas durante la terapia aún poseen un considerable potencial de investigación, aunque ese potencial no se hará realidad a menos que los estudios se lleven a cabo siguiendo líneas mucho más sistemáticas que las utilizadas hasta ahora, y que los datos obtenidos durante la terapia sean constantemente comparados con los datos derivados de otras fuentes.

La fuerza investigadora de la situación terapéutica radica no sólo en lo que nos dice acerca del pasado del paciente sino en

lo que nos dice acerca de las perturbaciones de la personalidad en el presente, sobre todo —afirmaría— de las perturbaciones de la capacidad de una persona para establecer apegos seguros y de las circunstancias en las que estas perturbaciones mejoran. El caso de la Sra. G puede ser utilizado como introducción a una propuesta de investigación, ya que existen muchos datos, tanto en la perturbación de su personalidad como en el curso de su análisis, para creer que son bastante típicos.

Basándonos en informes ya existentes en la literatura, sería posible hacer una serie de generalizaciones que podrían ser tratadas como predicciones para ser probadas en posteriores trabajos terapéuticos con pacientes que mostraran características clínicas similares. Tales predicciones, que dependerían de la determinada pauta de tratamiento a seguir,<sup>3</sup> podrían estar expresadas desde el punto de vista de lo que se puede observar de primera mano. Incluirían afirmaciones acerca de cómo se espera que un paciente se comporte con el analista, los temas que se espera que aborde o, sobre todo, los que eludirá, el afecto que se espera que muestre o que no muestre, y en qué situaciones. Serían de especial interés los cambios de la conducta, los temas y los afectos que se esperaría que ocurrieran en relación con ciertos tipos de acontecimientos corrientes, tanto los que ocurrieran en la vida cotidiana del paciente como los que ocurrieran dentro del análisis. Los acontecimientos de este último tipo incluirían la manera en que se comporta el analista, lo que dice y cómo lo dice, con especial referencia a las interrupciones del análisis debidas a vacaciones, enfermedad y otras circunstancias. Por supuesto, sería necesaria la grabación de las sesiones para evitar informes parciales.

Siguiendo los procedimientos propuestos, sería posible reunir durante un tiempo conjuntos de datos a partir de dos fuentes. Un conjunto de datos se reuniría mediante la observación directa del desarrollo y los modelos de vínculos afectivos durante la infancia en niños que experimentarían distintos tipos de cuidados. El otro se reuniría también mediante la observación directa de los cambios en las pautas de los vínculos afectivos durante el curso de cierto tipo de terapia. Siempre que

3. La técnica de análisis adoptada por Mintz parece tener mucho en común con la adoptada en el Reino Unido por Donald Winnicott; véase el informe realizado por Guntrip (1975).

las estructuras conceptuales utilizadas al realizar ambos grupos de observaciones y que las preguntas que ambos grupos plantean sean las mismas, los descubrimientos podrían ser comparados y las hipótesis de desarrollo sometidas a prueba.

Este no es más que un modo en que el psicoanálisis —como conjunto de conocimientos sobre el desarrollo de la personalidad y la psicopatología— puede orientarse para convertirse en la ciencia natural que Freud siempre intentó que fuera.

La estructura conceptual esbozada aquí sirve, en mi opinión, para adaptar una proporción sustancial de los datos que el psicoanálisis ha seleccionado como pertenecientes a su ámbito, y que ya guía productivos programas de investigación (por ejemplo Parkes y Stevenson-Hinde, 1982). Esta estructura posee la ventaja de ser compatible con la biología evolutiva y con la neurofisiología, y promete mayor economía y coherencia interna que las tradicionales. No obstante, lo que su fuerza y su debilidad resulten ser no puede saberse sin amplias comprobaciones de su capacidad para resolver problemas aún no estudiados —que incluyen, por ejemplo, los del desarrollo y las desviaciones sexuales—, y sin un examen mucho más exhaustivo del que ha sido posible hasta ahora de su utilidad para resolver problemas a los que ya se ha prestado atención.

Finalmente, consideremos los temas planteados por aquellos que afirman que el psicoanálisis no es y jamás será una ciencia natural. Creemos que su argumento se origina en la creencia de que el método científico es inseparable del positivismo lógico y el reduccionismo. Aunque seguramente y a menudo dogmáticamente apoyado a principios de este siglo, este modelo de ciencia está descartado y su lugar se encuentra ocupado por una filosofía de la epistemología evolutiva (Popper, 1972; Lakatos, 1974). Esta sostiene que todo conocimiento es conjetural y que la ciencia progresa a través de nuevas teorías que vienen a reemplazar a las anteriores cuando queda claro que una teoría nueva es capaz de comprender un círculo de fenómenos más amplio que los que están comprendidos y explicados en la anterior, y que es capaz también de predecir nuevos fenómenos más exactamente.<sup>4</sup> Se afirma que este mismo método es aplica-

4. El criterio de falseabilidad, que anteriormente Popper había subrayado, ya no reviste tanta importancia; aunque la constante comparación de predicciones teóricamente derivadas con una creciente serie de datos observados sigue siendo fundamental.

ble en todas las ciencias teóricas o generalizadoras, tanto si tratan con fenómenos físicos, como con fenómenos biológicos o sociales. Además, dado que comprender los fenómenos a determinado nivel de complejidad requiere conceptos apropiados a ese nivel, la idea de que los fenómenos complejos deben ser explicados desde el punto de vista de conceptos apropiados a un menor nivel de complejidad —o sea el reduccionismo— se reconoce actualmente como errónea. El modo en que estas nuevas ideas se aplican a nuestro campo aparece hábilmente expuesto por Holt (1981), Blight (1981) y Radford (1983).

Por inapreciable que sea el método científico como un modo de obtener conocimientos relativamente seguros, de resolver diferencias de opinión y de hacer predicciones útiles, sus limitaciones son sin embargo considerables. Una de ellas es que la ciencia *se ocupa de generalidades pero tiene poco que decir sobre los acontecimientos singulares específicos*. Esta es una distinción vital, como señala el físico Weisskopf (1981). En la ciencia física esto no tiene importancia, ya que los físicos y los ingenieros no tienen interés en el futuro de ningún átomo o molécula determinada. De todos modos, en cuanto pasamos a las ciencias biológicas adquiere importancia, porque los biólogos con frecuencia se interesan por organismos individuales, todos los cuales difieren. Además, en determinadas ciencias humanas, el ejemplo individual es la esencia misma del caso. La historia, por ejemplo, tanto si trata con sociedades como con personas o ideas, siempre se ocupa de una serie asombrosamente compleja de acontecimientos muy específicos, que actúan de manera recíproca, que ninguna ciencia nos puede permitir explicar de manera adecuada, y mucho menos predecir. Así, la distinción entre ciencias naturales y ciencias históricas no consiste en que utilizan un método distinto de obtener conocimientos, sino en que los problemas que procuran comprender y los criterios que adoptan son bastante diferentes. Una se ocupa de formular leyes generales en función de las probabilidades, la otra de comprender acontecimientos singulares específicos lo más detalladamente posible. La distinción es fundamental en todo el razonamiento.

Es evidente que bajo la etiqueta de “psicoanálisis” procuran vivir y desarrollarse dos disciplinas complementarias. En la medida en que estamos intentando comprender los principios generales que explican el desarrollo de la personalidad y la

psicopatología —necesarios, por ejemplo, si tenemos que saber qué tipos de cuidados infantiles tienden a producir qué tipos de formación de la personalidad—, adoptamos los criterios de las ciencias naturales. Y hacemos lo mismo cuando estamos intentando comprender las características esenciales de la terapia efectiva. En estos campos, estamos tratando con probabilidades estadísticas. En la medida en que estamos preocupados por comprender los problemas personales de un individuo determinado y qué acontecimientos pueden haber contribuido a su desarrollo —necesario si tenemos que ayudarlo (aunque dista mucho de ser suficiente)—, adoptamos los criterios de la ciencia histórica. Cada enfoque contribuye a nuestra comprensión; pero, como he señalado en la conferencia anterior, sólo si somos lúcidos con respecto a qué pertenece a cada una estaremos en condiciones de hacer progresos.

## LA VIOLENCIA EN LA FAMILIA

*En la primavera de 1983 fui invitado por la Asociación para el Progreso del Psicoanálisis a dar la trigésimo primera Conferencia Karen Horney en el congreso que se estaba celebrando en la ciudad de Nueva York. El principal motivo por el que seleccioné como tema la violencia en la familia fue que la investigación que utilizaba la perspectiva de la teoría del apego empezaba a arrojar un rayo de luz sobre un problema trágico pero desconcertante que, hasta hace pocos años, había quedado casi completamente olvidado por quienes trabajan en el campo de la salud mental, incluso por mí.*

## INTRODUCCION

Considero que como psicoanalistas y psicoterapeutas hemos sido asombrosamente lentos en reconocer el predominio y las trascendentales consecuencias de la conducta violenta entre miembros de una familia y sobre todo de la violencia de los padres. Es un tema que ha brillado por su ausencia en la literatura analítica y en los programas de especialización. Sin embargo, en la actualidad existen pruebas suficientes no sólo de que es mucho más corriente de lo que hemos supuesto hasta ahora, sino de que es una causa importante de una serie de síndromes psiquiátricos angustiosos y desconcertantes.

Además, dado que la violencia engendra violencia, la violencia en las familias tiende a perpetuarse de una generación a otra.

El problema de por qué la violencia familiar como factor causal en psiquiatría ha sido tan descuidada por los clínicos — aunque, por supuesto, no por los asistentes sociales — debería ser un estudio en sí mismo, y no puede ser abordado aquí. Pero la concentración en los círculos analíticos sobre la fantasía y la reticencia a analizar el impacto de los acontecimientos de la vida real tienen mucho que explicar. Desde que Freud hizo su famoso —y, desde mi punto de vista, desastroso— cambio de opinión, en 1897, cuando decidió que las seducciones infantiles que había considerado etiológicamente importantes no eran más que el producto de la imaginación de sus pacientes, ha quedado totalmente pasado de moda atribuir la psicopatología a las experiencias de la vida real. No es trabajo de un analista —así lo dice la sabiduría convencional— considerar el modo en que los padres de un paciente pueden haberlo tratado realmente, para no hablar de considerar la posibilidad, incluso la probabilidad, de que un paciente determinado pueda haber sido el blanco de palabras violentas y de hechos violentos por parte de uno o de ambos padres. A menudo se me ha dicho que volcar la atención en tales posibilidades es quedar seducidos por los relatos prejuiciosos de nuestros pacientes, tomar partido, convertir en chivos expiatorios a unos padres perfectamente normales. Y en cualquier caso, se afirma, hacerlo no ayudaría en nada al paciente, de hecho sería antiterapéutico. Y ciertamente lo fue, en gran parte, porque la conducta adversa de los padres hacia los hijos fue un tema tan prohibido en los círculos analíticos cuando inicié mi trabajo profesional, que decidí enfocar mi investigación en las consecuencias que tenían sobre los niños los acontecimientos de la vida real de otro tipo, o sea la separación y la pérdida.

Por supuesto, Karen Horney —en cuyo honor nos reunimos hoy— no compartía estos prejuicios. Por el contrario, ella es bastante explícita al atribuir muchos de los problemas de sus pacientes a las influencias adversas que sufrieron siendo niños. Tal como afirma en las primeras páginas de su obra *Neurosis and Human Growth* (1951), estas influencias adversas “se reducen al hecho de que las personas del entorno están demasiado envueltas en sus propias neurosis como para ser capaces de amar al niño, o incluso concebirlo como el individuo particu-

lar que es..."; y prosigue enumerando algunas de las muchas maneras en que, lamentablemente, los padres pueden ejercer una influencia dañina en sus hijos. Pero yo sé muy bien que estos puntos de vista no siempre fueron bien recibidos por sus colegas.

Actualmente el escenario está cambiando... aunque aún con demasiada lentitud. Por ejemplo, nadie que tenga ojos puede seguir dudando de que demasiados niños son vapuleados por sus padres, tanto verbal como físicamente, o de ambas maneras, ni de que demasiadas mujeres son vapuleadas por sus esposos o sus novios. Además, nuestro horror por el hecho de que los padres puedan comportarse de esa manera queda mitigado por nuestro creciente conocimiento del tipo de infancia que esos mismos padres tuvieron. Aunque el horror de sus actos es inevitable, la comprensión del modo en que han llegado a comportarse de manera tan violenta despierta más compasión que censura. Lejos de desear convertir a los padres en chivos expiatorios, queremos ayudarlos. Lejos de negarnos a ver que en ocasiones los padres adoptan conductas horribles, buscamos los medios de socorrer a las víctimas, tanto a las mayores como a las jóvenes, las psicológicas como las físicas. Por encima de todo buscamos los medios de evitar que en las familias nuevas se desarrollen pautas violentas. Esperemos que la táctica de esconder la cabeza haya llegado a su fin.

#### ESTRUCTURA CONCEPTUAL

Al intentar comprender los ejemplos más extremos de violencia en la familia resulta útil considerar, en primer lugar, lo que sabemos acerca del ejemplo más moderado y cotidiano de miembros de una familia que se enfadan entre sí. Los niños pequeños —y a menudo los mayores también— por lo general se sienten celosos por la atención que la madre dedica al nuevo bebé. Los amantes riñen cuando uno de ellos piensa que el otro mira a alguien... y lo mismo ocurre después del matrimonio. Además, una mujer puede ponerse furiosa con su hijo si él hace algo peligroso, como cruzar la calle corriendo, y también con su esposo si éste arriesga la vida o se hace daño exponiéndose a peligros innecesarios. Por tanto, damos por sentado que, cuando una relación con una persona amada está en peligro, no sólo

nos mostramos ansiosos sino también enfadados. Como respuestas al riesgo de la pérdida, la ansiedad y la ira van de la mano.

En las situaciones descritas, la ira es a menudo funcional. Cuando un hijo o un cónyuge se comporta peligrosamente, es probable que una protesta airada lo disuada. Cuando un amante adopta un camino erróneo, una advertencia áspera acerca de lo que a él, o a ella, le importa, puede obrar maravillas. Cuando un niño se siente relativamente olvidado en favor del nuevo bebé, la reivindicación de sus derechos puede restablecer el equilibrio. Así, en el lugar correcto, en el momento correcto y en la medida correcta, la ira no sólo es apropiada sino que puede ser indispensable. Sirve para disuadir de una conducta peligrosa, para alejar a un rival, o para coaccionar a un compañero. En cada caso el objetivo de la conducta airada es el mismo: proteger una relación que posee un valor especial para la persona enfadada.

Siendo así, es preciso tener claro por qué ciertas relaciones específicas —frecuentemente denominadas relaciones libidinales— deberían llegar a ser tan importantes en la vida de cada uno de nosotros.

En su intento por resolver este problema, Freud recurrió a la física y la biología de su tiempo. Las relaciones libidinales, propuso, eran consecuencia de las necesidades que un individuo tiene de alimento y sexo. Posteriormente, para dar cuenta de algunas de las manifestaciones de ira más sorprendentes, pasó a la biología para proponer un instinto de muerte. Estas hipótesis, formuladas en términos de la acumulación y la descarga de la energía psíquica, condujeron a una metapsicología tan alejada de la observación y la experiencia clínicas, que muchos clínicos orientados analíticamente la han abandonado, de manera implícita o explícita. Una de las reacciones ante el vacío consiguiente ha sido el desarrollo de una escuela de pensamiento que ha decidido no sólo separar el psicoanálisis de la biología sino prescindir globalmente del método científico y en su lugar abrazar la hermenéutica. Otra reacción, ésta opuesta, ha sido explorar los principios considerados útiles en la biología moderna, principios totalmente distintos de los de la época de Freud, para ver si son más acordes con nuestras observaciones clínicas y pueden por tanto ser utilizados para construir una nueva metapsicología o estructura conceptual,

como debería llamarse actualmente. Ese es el camino que yo y algunos más estamos siguiendo.

Las relaciones específicas, las amenazas ante lo que puede despertar ira, son de tres tipos principales: relaciones con un compañero de sexo (novio, novia o cónyuge), relaciones con los padres y relaciones con los hijos. Cada tipo de relación se ve afectado por fuertes emociones. En gran medida, toda la vida emocional de una persona —el tono subyacente de cómo se siente— está determinada por el estado de estas relaciones a largo plazo y comprometidas. Mientras discurren afablemente, está satisfecho; cuando se ven amenazadas, se siente ansioso y tal vez enfadado; cuando las pone en peligro mediante sus propias acciones, se siente culpable; cuando se rompen, se siente triste; y cuando se recuperan, está contento.

Para ayudarnos a comprender por qué el estado de estas relaciones tendrían un efecto tan profundo en los sentimientos de una persona, existen dos ramas de la biología moderna —la etología y la teoría de la evolución— que resultan sumamente clarificadoras. Las tres relaciones en cuestión no sólo tienen su contrapartida en un amplio espectro de otras especies, sino que las tres están íntimamente relacionadas con las funciones biológicas vitales de la reproducción y, sobre todo, de la supervivencia de los jóvenes. Por lo tanto, es más que probable que la poderosa tendencia de un ser humano a establecer estas relaciones profundas y a largo plazo sea el resultado de una marcada tendencia determinada genéticamente, una tendencia que ha sido seleccionada en el curso de la evolución. Dentro de este marco de referencia, la marcada propensión de un niño a atacar a su madre y a su padre, o a cualquiera que pueda ocuparse de él, puede ser comprendida como una propensión cuya función es la de reducir el riesgo de ser dañado. Porque permanecer muy próximos y comunicados con alguien que probablemente nos protegerá es la mejor póliza de seguros. De manera similar, la preocupación de un progenitor por cuidar a su hijo tiene la función de reducir el riesgo de que resulte dañado. Que el éxito en la conservación de estas relaciones a largo plazo generalmente produciría satisfacción y alegría, y que el fracaso produciría frustración, ansiedad y en ocasiones desesperación, son, en esta interpretación, los premios y los castigos seleccionados durante la evolución para guiarnos en nuestras actividades.

Dentro de esta perspectiva evolucionista, creo que podemos comprender que la conducta airada entre miembros de una familia puede ser a menudo funcional. Porque, como dije anteriormente, en el lugar correcto, en el momento correcto y en la medida correcta, la ira puede servir para mantener esas relaciones a largo plazo de importancia vital. Pero, como es evidente, la ira puede resultar exagerada. Mi tesis consiste simplemente en que una gran cantidad de la violencia inadecuada que se encuentra en las familias puede ser comprendida como la versión distorsionada y exagerada de una conducta que es potencialmente funcional, especialmente la conducta de apego por un lado y la conducta que proporciona cuidados por el otro.

Existe una literatura considerable sobre la naturaleza del vínculo del niño con su madre, tradicionalmente calificado de dependencia y ahora concebido desde el punto de vista del apego y la búsqueda de cuidados. Pero, en términos generales, la conducta de apego da como resultado un individuo —generalmente el menos capaz de arreglárselas— que mantiene la proximidad y/o la comunicación con otro individuo considerado más capaz. Esta conducta está provocada sobre todo por el dolor, la fatiga o cualquier cosa atemorizante, y también porque el dador de cuidados es o parece inaccesible. Aunque concebido como preprogramado, en parte, actualmente existen abundantes pruebas de que el modelo particular según el cual se organiza la conducta de apego durante el desarrollo está muy influido por el modo en que responden a él los principales dadores de cuidados de un niño, en la amplia mayoría de los casos su madre y su padre. En resumen, parece claro que los cuidados cariñosos y sensibles dan como resultado un niño que desarrolla la seguridad de que los demás lo ayudarán cuando él recurra a ellos, que se sentirá cada vez más seguro de sí mismo y audaz en sus exploraciones del mundo, cooperativo con los demás, y también —lo cual es muy importante— solidario y colaborador con quienes se encuentren en apuros. A la inversa, cuando la conducta de apego de un niño obtiene una respuesta tardía y de mala gana y se la considera una tontería, es probable que el niño se vuelva ansiosamente apegado —o sea aprensivo por temor a que la persona responsable de los cuidados se ausente o no lo ayude cuando él la necesita— y por lo tanto reacio a apartarse de su lado, obediente de mala gana y de

manera ansiosa, y poco preocupado por los problemas de los demás. En caso de que sus dadores de cuidados, además, lo rechacen activamente, es probable que desarrolle una pauta de conducta en la que la anulación de ellos compite con su deseo de proximidad y cuidados, y en la que la conducta airada puede volverse prominente. Volveré sobre este tema más adelante.

Otro punto que quiero subrayar acerca de la conducta de apego consiste en que es una característica de la naturaleza humana a lo largo de nuestras vidas, desde la cuna hasta la tumba. Es cierto que por lo general resulta menos intensa y menos absorbente en los adolescentes y en los adultos que en los primeros años de vida. Sin embargo, el deseo de amor y cuidados es muy natural cuando una persona está ansiosa y perturbada. Por lo tanto es muy lamentable que, debido a una teoría errónea, los adjetivos despectivos "infantil" y "regresivo" sean en la actualidad tan corrientes en los círculos clínicos. Esas son palabras que yo nunca utilizo.

Si bien el estudio sistemático de la conducta de apego —y, sobre todo, las circunstancias que influyen en su desarrollo— ha estado avanzando durante veinte años, el estudio sistemático del cuidado o la crianza de los niños —y el modo en que se desarrolla— está sólo en sus comienzos. El enfoque que considero más prometedor es, una vez más, el enfoque etológico. Este supone que en los seres humanos, así como en otras especies, la conducta con respecto a la crianza, al igual que la conducta de apego, está en cierta medida preprogramada y por lo tanto preparada para desarrollarse según ciertas líneas, cuando las circunstancias lo permiten. Esto significa que, en el curso normal de los acontecimientos, el progenitor de un bebé experimenta la intensa necesidad de comportarse de determinada manera típica, por ejemplo acunar al bebé, consolarlo cuando llora, mantenerlo abrigado, protegerlo y alimentarlo. Tal punto de vista, por supuesto, no supone que las pautas adecuadas de conducta se manifiesten totalmente y en cada uno de sus aspectos desde el principio. Evidentemente no es así, ni en el hombre ni en ninguna otra especie de mamíferos. Todos esos detalles se adquieren, algunos durante la interacción con bebés y niños, gran parte de ellos a través de la observación del modo en que se comportan otros padres, empezando durante la infancia del futuro padre y el modo en que sus padres los trataron a él y a sus hermanos.

Al considerar lo que actualmente se sabe de los individuos implicados en la violencia familiar, y de las circunstancias en que ésta tiene lugar, me ocuparé de las mujeres que atacan violentamente a sus hijos y, en segundo lugar, de las consecuencias de estos ataques en los niños. El motivo es que en estas dos áreas los descubrimientos de la investigación parecen de lo más adecuados. Y a la luz de esos descubrimientos podemos proceder a considerar lo que se sabe de los hombres que azotan a sus esposas o a sus hijos, un aspecto muy importante pero, hasta el presente, menos estudiado.

Los descubrimientos de los diversos estudios de mujeres que azotan a sus hijos muestran una considerable coincidencia (véase el análisis realizado por Spinetta y Rigler, 1972). Aunque probablemente más comunes entre familias de posición socioeconómica más baja, el maltrato a los niños ocurre también en familias de clase media, en las que probablemente queda oculto detrás de una fachada de extrema respetabilidad.

En apariencia, los individuos que cometen malos tratos pueden ser fríos, rígidos, obsesivos y reprobadores, o pasivos, desdichados y desorganizados. Aunque emocionalmente tienen mucho en común. Entre las características presentadas como especialmente frecuentes en las madres que cometen malos tratos, encontramos las siguientes: propensas a períodos de intensa ansiedad interrumpidos por estallidos de ira violenta, se dice que son impulsivas e "inmaduras". Aunque su "necesidad de dependencia" aparece descrita como excepcionalmente fuerte, son recelosas en extremo y en consecuencia incapaces o poco dispuestas a entablar relaciones estrechas. Se encuentran aisladas socialmente. Dado que no tienen a quién recurrir, muchas de ellas buscan el cuidado y el consuelo en alguno de sus hijos, al que tratan como si fuera mucho mayor que ellas (Morris y Gould, 1963).

En lo referente a la experiencia infantil, muchos investigadores han notado que la mayor parte de este tipo de mujeres ha tenido una infancia desdichada y, como señalan algunos de ellos, "han sido privadas de los cuidados maternos básicos"

(Steele y Pollock, 1968). Una minoría apreciable fue azotada durante la infancia.<sup>1</sup>

Para cualquiera que piense en función de la teoría del apego, la idea sugiere que estas mujeres sufren de un grado extremo de apego ansioso y, en consecuencia, que las experiencias de separaciones prolongadas o repetidas y/o las de ser repetidas veces amenazadas con el abandono serían una característica común de sus infancias. En un estudio relativamente breve, estas hipótesis han sido sometidas a prueba por Pauline DeLozier (1982), mientras trabajaba en Los Angeles. Sus muestras constaban de dieciocho mujeres de clase trabajadora, que se sabía que habían atacado a sus hijos físicamente, y de otras dieciocho de la misma clase socioeconómica —agrupadas por edad (la mayor parte estaba en la treintena) y por número de hijos— que no lo habían hecho. Todas las mujeres fueron sometidas a una entrevista semiestructurada, se les hizo completar un cuestionario y se las sometió al Test de la Ansiedad de Separación, de Hansburg (Hansburg, 1972). Entre las últimas apareció una serie de imágenes que representaban escenas de niños que abandonaban a sus padres, o de padres que abandonaban a sus hijos, y la mujer entrevistada fue invitada a describir lo que sentiría y haría en la situación referida.

Los resultados de ese test mostraron, como era de esperar, que la mayoría de las madres que recurrían a los malos tratos eran extremadamente sensibles a cualquier tipo de situación de separación, incluso las más cotidianas y comunes, y que sus respuestas indicaban altos niveles de ansiedad y/o ira. Las respuestas mostraban además que, mientras estas mujeres ansiaban ser cuidadas, todo lo que esperaban era rechazo. Como apoyo a otra de las hipótesis iniciales, existía una alta

1. En un estudio realizado por Baldwin (1977) entre treinta y ocho niños que habían sido maltratados físicamente en un grado excepcionalmente grave, las dos quintas partes de los padres habían sufrido agresiones físicas durante su infancia y más de la mitad habían padecido malos tratos mentales graves o prolongados. Baldwin llama la atención sobre la marcada tendencia de muchos de esos padres —manifestada durante las entrevistas— a hacer amplias generalizaciones sobre su infancia, en las que presentaban una imagen idealizada, imagen decididamente contrastante con los terribles episodios descritos cuando se les pedían detalles. En este campo los clínicos y los entrevistadores inexpertos están probablemente muy equivocados.

frecuencia de respuestas que indicaban una preocupación ansiosa por el bienestar de los padres. En cuanto a todas estas características, las frecuencias en el grupo de control —aunque nada desdeñables— fueron significativamente más bajas. Por ejemplo, mientras doce de las dieciocho madres que recurrían a los malos tratos fueron clasificadas entre las que mostraban el más alto grado de apego ansioso, sólo dos de las del grupo de control fueron clasificadas de ese modo.

Con respecto a las experiencias infantiles de estas mujeres, los resultados —según lo informado en las entrevistas y el cuestionario— apoyaban algunas de las hipótesis iniciales, pero no así las otras. Por ejemplo, a la vista de informes anteriores, DeLozier había esperado encontrar una incidencia significativamente más alta de alejamiento de los padres en la infancia de las madres que hacían uso de los malos tratos, pero no ocurrió así. En contraste, su expectativa de que una alta proporción de estas mujeres habría experimentado la relación con sus padres como amenazada repetidas veces con el abandono, se cumplió; éste resultó un descubrimiento acorde con el punto de vista de que las repetidas amenazas de abandono son tan patógenas como las separaciones reales, y probablemente más (Bowlby, 1973). De manera similar, aunque la violencia real de un padre en apariencia no había sido corriente, muchas de las madres que recurrían a los malos tratos habían sufrido repetidas amenazas de ser golpeadas, mutiladas, o incluso asesinadas.

Otra característica sorprendente de la infancia de las madres que hacían uso de los malos tratos —también acorde con las expectativas— fue que sólo una minoría (siete de ellas) había sentido que podía recurrir a su madre ante un peligro. Entre las que no podían hacerlo, había algunas que mencionaban a alguna otra persona, un pariente o vecino, que les había resultado útil; pero de las dieciocho, cuatro no habían conocido absolutamente a nadie. En contraste, entre las del grupo de control, todas —salvo tres— habían sentido que podían recurrir a su madre, y cada una de las otras había contado por lo menos con alguna otra persona.

Así, a diferencia de una muchacha que crece en un hogar corriente razonablemente feliz, y que puede confiar en su madre en un apuro, la mayoría de estas mujeres nunca podía hacerlo. En efecto, y una vez más, como era previsible, para

muchas de ellas la relación de la hija con la madre había quedado invertida y eran ellas quienes se suponía que debían cuidar a los padres.<sup>2</sup>

Dadas las experiencias infantiles que habían vivido estas mujeres, no es difícil comprender por qué habían evolucionado de esa manera. Las amenazas de abandono vuelven a la niña intensamente ansiosa ante cualquier separación —por rutina— que pueda parecerles a los demás— y también intensamente airada con sus padres por amenazarla de ese modo. Además, la falta de respuestas útiles cuando la niña está perturbada, combinada con el rechazo repetido e impaciente, la vuelve profundamente suspicaz con respecto a cualquier otra persona. Por tanto, mientras ansía constantemente el amor y los cuidados que nunca ha tenido, no confía en que alguna vez los recibirá; y se mostrará recelosa ante cualquier ofrecimiento que le puedan hacer. Por lo tanto, no es sorprendente que cuando una mujer con estos antecedentes se convierte en madre existan ocasiones en las que, en lugar de brindar cuidados maternos a su hijo, espere que éste le brinde los cuidados maternos a ella. Tampoco resulta sorprendente que, si su hijo deja de complacerla y empieza a llorar exigiendo cuidados y atención, ella se sienta impaciente y furiosa.

Creo que en este marco es posible comprender los ataques violentos de una madre contra su hijo. Aunque nunca traté a una mujer que realmente atacara a su hijo físicamente, he tratado a una que estuvo peligrosamente cerca de hacerlo.

La razón por la que empecé a tratar a esta mujer —a la que llamaré Q— fue que el médico de la clínica infantil a la que asistía estaba preocupado por el hijo de ella, de dieciocho meses; el pequeño se negaba a comer y empezaba a perder peso. Cuando los vi a ambos, fue de inmediato evidente que Q estaba intensamente ansiosa y deprimida, y que se había sentido así desde el nacimiento del niño. Al analizarla descubrí que se sentía aterrorizada de que su hijo muriera y que por eso lo acosaba para que comiera. También me dijo que en ocasiones había sentido el impulso de arrojar al bebé por la ventana. Sólo mucho más tarde me contó que a veces se ponía histérica,

rompía los platos y golpeaba el cochecito del niño. Se mostró intensamente ansiosa al hablar conmigo y estaba convencida de que me enfadaría con ella. A sugerencia mía, vino a verme una vez por semana para recibir psicoterapia.

La imagen que me ofreció de su infancia, narrada de manera reticente y en fragmentos, pero siempre con coherencia, fue una imagen que, por lo que sé ahora, es típica. Recordó amargas peleas entre sus padres, en las que se atacaban mutuamente y se amenazaban de muerte, y el modo en que su madre presionaba en repetidas ocasiones a la familia amenazándola con marcharse. En dos ocasiones Q había regresado de la escuela y había encontrado a su madre con la cabeza metida en el horno, con el gas abierto, y otras veces su madre fingía haberlos dejado, desapareciendo durante medio día. Naturalmente, Q creció aterrorizada por la idea de que, si hacía algo malo, su madre se iría. Además, las cosas empeoraron cuando su madre insistió en que no dijera una sola palabra a nadie acerca de estos terribles acontecimientos.

Q —que había sido ayudante de laboratorio especializada antes de casarse— era considerada una vecina servicial y hacía todo lo que podía para ser buena esposa y madre, y en general tenía éxito. Sin embargo se veía dominada por estos ataques violentos y destructivos que la asustaban y la desconcertaban y por los que sentía una enorme vergüenza.

Después de un tiempo me quedaron pocas dudas de que los arranques de ira debían ser comprendidos como la expresión de una intensa furia que —generada inicialmente y durante muchos años por las repetidas amenazas de la madre de abandonar a la familia— en los primeros años de su vida había apartado de su madre para dirigirla hacia objetivos menos peligrosos. Aterrorizada en ese momento y más tarde por el hecho de expresar su furia directamente, la redirigía<sup>3</sup> hacia algo o alguien que no podía vengarse. De niña, recordó Q, en ocasiones se refugiaba en su habitación y atacaba a sus muñecas. Ahora lo hacía con la loza, con el cochecillo y casi —aunque no del todo— con su bebé. Supuse que cada uno de sus actuales

3. Dado que es menos ambiguo, considero que el término "redirección", utilizado en la etología, es preferible a su equivalente clínico, "desplazamiento". La redirección de la conducta hostil para alejarse de un animal más dominante es bien conocida en otras especies.

2. El estudio de DeLozier ha sido repetido por Mitchell (en preparación) con muestras de madres mexicano-norteamericanas, con resultados muy semejantes.

ataques era desencadenado por su madre, que —dominante y entrometida como siempre— aún la visitaba todos los días.

Esta explicación se adapta a los datos con los que contamos y tiene el mérito —no siempre apreciado en los círculos clínicos— de ser simple. No es sorprendente que otros estudiosos de este campo también la hayan propuesto (por ejemplo, Feinstein, Paul y Pettison, 1964). En otros casos, es evidente, un esposo ha maltratado violentamente a su esposa y ella ha redirigido su violenta ira hacia su hijo.

Al estudiar los efectos de estos ataques sobre el desarrollo de la personalidad de los niños, debemos tener en cuenta que las agresiones físicas no son los únicos episodios de hostilidad proveniente de los padres que estos niños han experimentado. En muchos casos, en efecto, las agresiones físicas no son más que la punta del iceberg, los signos evidentes de lo que han sido episodios repetidos de rechazo airado, tanto verbal como físico. En la mayoría de los casos, por tanto, los efectos psicológicos pueden ser considerados como el resultado de un rechazo hostil y un abandono prolongados. Sin embargo, las experiencias de los niños pueden variar enormemente. Algunos, por ejemplo, pueden recibir cuidados razonablemente buenos y sólo de vez en cuando sufrir un arranque de violencia por parte de los padres. Por esta razón no es sorprendente que el desarrollo socioemocional de los niños también varíe. A continuación mencionaré algunos descubrimientos que parecen bastante típicos.

Los que han observado a estos niños en sus hogares o en algún otro sitio los describen como depresivos, pasivos e inhibidos, como “dependientes” y ansiosos, y también como airados y agresivos (Martin y Rodeheffer, 1980). Gaensbauer y Sands (1979), al confirmar esta descripción, subrayan lo perturbadora que puede ser esta conducta para la persona dadora de cuidados. El niño deja de participar en el juego y muestra poco o ningún placer. La expresión de los sentimientos es a menudo una clave tan débil que resulta fácil pasarla por alto y, si no, resulta ambigua y contraria. El llanto puede ser prolongado y poco sensible al consuelo; la ira puede ser provocada fácilmente, intensa y difícil de resolver. Una vez establecidas, estas pautas tienden a persistir.

Un tema muy discutido en la literatura es el grado en que el nacimiento prematuro, la mala salud o el temperamento difícil de un niño pueden haber contribuido a los problemas de

su madre y, finalmente, al hecho de maltratarlo. En algunos casos estos factores desempeñan un papel, pero esto ocurre sólo cuando la madre reacciona desfavorablemente hacia el bebé, estableciendo así un círculo vicioso.<sup>4</sup> Este resultado se producirá probablemente cuando una madre ha tenido una infancia difícil, ha crecido emocionalmente perturbada, y cuando cuenta con poco o ningún apoyo emocional o ayuda después del nacimiento del bebé.

Con respecto a sus padres, el niño que empieza a caminar y que es maltratado a menudo muestra una sorprendente actitud de fría vigilancia, de extremada alerta ante lo que pudiera ocurrir. Pero algunos muestran también una inusual sensibilidad a las necesidades de sus padres (Malone, 1966). De hecho, existen buenas razones para pensar que algunos niños aprenden muy pronto cuándo es posible apaciguar a una madre alterada y potencialmente violenta atendiendo en todo momento sus deseos.<sup>5</sup>

En una guardería, los bebés y los niños que empiezan a caminar son reconocidos por su dificultad para establecer relaciones, tanto con quien les proporciona cuidados como con otros niños, y también por su agresividad. En los últimos años, estas observaciones se han confirmado y ampliado gracias a una investigación más sistemática que ha centrado su atención en las pautas particulares de conducta y en los detalles de las situaciones en que cada una tiene lugar. Los siguientes descubrimientos provienen de un estudio llevado a cabo en Berkeley por Main y George (George y Main, 1979; Main y George, 1985).

Su objetivo era comparar la conducta, en el marco de una guardería infantil, de dos grupos de niños comprendidos entre uno y tres años. Ambos grupos incluían diez niños. Los del primero habían sido atacados físicamente por uno de sus

4. Actualmente existen pruebas de que, con cuidados maternos sensibles, los bebés difíciles se desarrollan favorablemente, con sólo contadas excepciones (Sameroff y Chandler, 1975) e, inversamente, que es probable que un bebé potencialmente fácil se desarrolle de modo desfavorable si recibe cuidados insensibles (Sroufe, 1983).

5. En este punto estoy en deuda con Pat Crittenden (comunicación personal), que ha observado esa conducta aparentemente apaciguadora en niños pequeños maltratados, algunos menores de dos años. Una conducta similar se ha observado también en niños pequeños cuyas madres están gravemente deprimidas (Pound, 1982).

padres; los del segundo coincidían en cuanto a todas las variables pertinentes, pero no habían sido atacados; de todos modos, se encontraban en guarderías creadas para cuidar niños de familias que vivían bajo tensión. Para obtener los datos, cada niño fue observado en cuatro etapas de treinta minutos cada una, en cuatro días diferentes, a lo largo de tres semanas. Los observadores recibieron instrucciones de registrar cualquier conducta socialmente pertinente, incluyendo movimientos tan poco notorios como giros de la cabeza o pasos hacia atrás.

Al analizar los datos, la conducta social de los niños fue dividida en cuatro categorías: de acercamiento, de elusión, de acercamiento elusivo y de agresión. También se dividió teniendo en cuenta a quién iba dirigida la conducta: a otro niño o a un dador de cuidados. Otra distinción fue la establecida entre la conducta iniciada por el niño observado y la conducta que tenía lugar en respuesta a un acercamiento amistoso por parte de otro niño o de un adulto. Los resultados están expresados en términos del número promedio de incidentes de un tipo determinado de conducta de los niños de cada grupo, o del número de niños de cada grupo que mostraban ese tipo de conducta.

Con respecto a las ocasiones en que un niño iniciaba el contacto social, ya fuera con otro niño o con una persona dadora de cuidados, no se observaron diferencias apreciables entre los niños de cada grupo. En contraste, se observaron diferencias muy sorprendentes en el modo en que los niños respondían a un acercamiento amistoso por parte de otro. Las respuestas características de los niños maltratados fueron la de adoptar una actitud de clara elusión, o de lo contrario mostraba una conducta de acercamiento y de elusión, tanto en rápida sucesión o bajo alguna combinación de las dos. Los ejemplos son: "ella gatea hacia él, pero repentinamente se aparta", y "ella gatea en dirección a la persona dadora de cuidados, pero con la cabeza desviada". Así, cuando las propuestas provenían de la persona dadora de cuidados, los niños maltratados tenían tres veces más probabilidades que los niños del grupo de control de adoptar una actitud de elusión, mientras que siete de ellos, comparados con uno solo, mostraban una curiosa combinación en la que se alternaban el acercamiento y la elusión. Cuando las propuestas provenían de otros niños, las diferencias eran aun más notorias. Por ejemplo, mientras ninguno de los niños del

grupo de control mostraba acercamiento elusivo, sí lo hacían los diez niños maltratados.

La conducta agresiva era bastante común en ambos grupos de niños que empezaban a caminar, aunque —como estaba previsto— esto era significativamente más frecuente en el grupo de los niños maltratados. Los niños que empezaban a caminar y que habían sido maltratados no sólo atacaban a los demás dos veces más frecuentemente que los del grupo de control, sino que cinco de ellos atacaban o amenazaban con atacar a un adulto, conducta que no se observó en ninguno de los niños del grupo de control. Además, los niños que empezaban a caminar y que habían sido maltratados se destacaban por un tipo de agresión particularmente desagradable, denominada "hostigamiento" (Manning, Heron y Marshall, 1978). Esta consiste en una conducta maliciosa que parece tener la única intención de hacer que la víctima manifieste aflicción. Casi siempre tiene lugar subitamente, sin motivo evidente, y contrasta con la hostilidad que se produce como reacción a una provocación. Tales ataques, que llegan imprevisiblemente y de repente, resultan atemorizantes e invitan al desquite. Los estudios clínicos mencionados más adelante informan que aquéllos están dirigidos especialmente a un adulto al cual el niño empieza a apegarse.

En vista de la conducta hasta ahora descrita, no es sorprendente descubrir que los niños que empiezan a caminar y que han sido maltratados son singularmente indiferentes ante los de su misma edad que se encuentran afligidos. Los estudios de Zahn-Waxler y Radke-Yarrow han demostrado que los bebés y los niños en edad preescolar que tienen padres afectuosos y cuidadosos a menudo expresan preocupación cuando otro niño está afligido y suelen hacer algo para consolarlo (Zahn-Waxler, Radke-Yarrow y King, 1979). Este tipo de conducta también fue observado al menos una vez en cinco de los niños del grupo de control del estudio de Main y George; pero entre los niños maltratados no se vio en ninguna ocasión ni el menor indicio de ella. En cambio, y a diferencia de los del grupo de control, reaccionaban con alguna combinación de temor, aflicción o ira; y tres de ellos se comportaban de manera hostil con el niño que lloraba. Por ejemplo, un pequeño de dos años y ocho meses abofeteó a un niñita que lloraba, mientras exclamaba repetidas veces: "Basta ya, basta ya". A continuación le palmeó la espalda

y le chistó mostrándole los dientes; antes de que nadie pudiera intervenir, sus palmadas se convirtieron en azotes.

La razón por la que presto tanta atención a estas observaciones de niños pequeños es, sin duda, evidente. Muestran con inequívoca claridad que ciertas pautas características de conducta social quedan establecidas en los primeros años de vida. Tampoco quedan dudas acerca de qué tipo de experiencia familiar influye en el desarrollo de un modo u otro. Una y otra vez observamos detalles en la conducta de un niño que empieza a caminar, o en lo que dice, que evidentemente son réplicas exactas del modo en que ha sido tratado. En efecto, la tendencia a tratar a los demás del mismo modo en que hemos sido tratados está muy arraigada en la naturaleza humana; y nunca es más evidente que en los primeros años. Espero que los padres tomen buena nota de ello.

Para obtener pruebas firmes del modo en que estos niños se desarrollan debemos contar con un estudio longitudinal adecuadamente diseñado. Existen pruebas de que, si las condiciones de los cuidados mejoran, algunos se recuperan lo suficiente para pasar por niños normales (Lynch y Roberts, 1982), y otros no. Algunos han sufrido graves daños cerebrales y se los diagnostica como mentalmente incapacitados (por ejemplo, Martin y Rodeheffer, 1980). Para muchos otros, las condiciones de los cuidados continúan siendo adversas. Además, una vez que el niño ha desarrollado los tipos de conducta desagradable descritos, no es fácil para un adulto —ya sean los padres, los padres adoptivos o un profesional— proporcionarle el constante cuidado afectuoso que necesita, mientras tratar a estos niños mediante psicoterapia es sumamente agotador. Los repentinos ataques no provocados, que en los niños mayores pueden ser fácilmente perjudiciales, son especialmente difíciles de sopor-tar.

Sabemos que algunos de estos niños perturbados emocionalmente llegan a clínicas psiquiátricas donde el origen de su situación, creo, a menudo pasa inadvertido. Entre quienes han tratado a estos niños —algunos de ellos niños psicóticos— y han localizado el origen de sus problemas, se encuentran Stroh (1974), Bloch (1978) y Hopkins (1984). Cada uno nota el extremo grado de ambivalencia que cabe esperar: en un momento el niño abraza a la terapeuta, y al siguiente la patear. Durante la adolescencia y los primeros años de vida adulta, a

algunos —sobre todo a los varones— se los diagnostica como psicópatas agresivos y/o delincuentes violentos (por ejemplo, Farrington, 1978). Otros —quizá, sobre todo, las niñas— sufren de personalidad múltiple (Bliss, 1980). Una vez que los psiquiatras toman conciencia de las consecuencias profundas y trascendentales de los malos tratos y el rechazo durante la infancia, y del grado en que la información pertinente es suprimida y falseada por los padres e inadvertida por parte de los clínicos, sin duda se identifican muchos más casos.

Una proporción significativa de niños rechazados y maltratados crecen perpetuando el ciclo de la violencia familiar cuando siguen respondiendo a las situaciones sociales con las mismas pautas de conducta que habían desarrollado durante la primera infancia.

Un tipo de respuesta característica de muchos padres que recurren a los malos tratos, y de una clase que ya hemos visto como característica de los niños maltratados, es la que mencionan Frodi y Lamb (1980). En un estudio de laboratorio en el que se mostraron filmaciones de niños que lloraban, las madres que recurrían a los malos tratos respondían al niño que lloraba con menos compasión que un grupo de madres que no recurrían a los malos tratos, y también con menos fastidio y furia. Además, estas mismas respuestas adversas eran expresadas por las madres del primer grupo incluso cuando se les enseñaban filmaciones de niños sonrientes, lo cual sugería que les desagradaba cualquier forma de interacción con un bebé.

Volvamos ahora, un poco tardíamente, a la conducta de los hombres que maltratan a sus novias o esposas.

Dos de mis colegas que trabajaban como asistentes sociales en la Tavistock, Janet Mattinson y Ian Sinclair (1979), describen a un hombre, Mr S, que tenía la tendencia a atacar a su esposa de manera inexplicable e imprevisible. En el momento en que solicitó una entrevista, su esposa acababa de abandonarlo; ella acababa de dar a luz el primer bebé de ambos. Aunque al principio vacilaba, muy pronto Mr S empezó a contarle a la asistente social cuánto lo atemorizaba su propia violencia. Amaba a su esposa, dijo, y sentía que su conducta violenta era injustificada, cercana a la locura. Posteriormente, al hablar de su infancia, explicó que había pertenecido a una

familia numerosa de la clase trabajadora, de la que había recibido un trato poco menos que severo e indiferente. Sus padres, dijo, estaban constantemente enzarzados en peleas violentas. En entrevistas posteriores, al analizar cómo se había sentido de niño, luchando por el amor que nunca consiguió, quedó sorprendido ante la sugerencia de que probablemente era una mezcla de ira y desesperación. Esto tenía sentido para él, dijo: lo liberaba del temor de que su violencia era inexplicable. Los arrebatos que habían provocado la partida de su esposa, se señaló, habían tenido lugar inmediatamente después del nacimiento del bebé. Como sabemos por otros estudios, por ejemplo Marsden y Owens (1975), que los intensos celos por la atención que la esposa brinda al niño son una causa corriente de la violencia del marido, podemos decir que los arrebatos de Mr S estaban provocados —con toda probabilidad— por la llegada del bebé.

Los estallidos de violencia súbitos y al parecer inexplicables, semejantes a los de Mr S, resultan característicos de una significativa proporción de hombres que azotan a sus esposas; por ejemplo, ocurrían en cinco de los diecinueve casos investigados por Marsden y Owens (1975). La hipótesis de que estos hombres fueron niños maltratados y azotados está sustentada por varios descubrimientos. En un estudio (Gayford, 1975), la información proporcionada por las esposas indicó que cincuenta y uno de cada cien hombres violentos habían sido azotados durante su infancia. Además, treinta y tres de los ciento ya habían sido condenados por otros delitos violentos y, como ya se ha señalado, los estudios muestran que los agresores más violentos provienen de hogares en los que estaban sujetos a un tratamiento cruel y brutal (Farrington, 1978).

Finalmente vemos que muchas de las esposas azotadas provienen de hogares perturbados y rechazantes, y una minoría significativa de ellas había sido azotada de niñas (Gayford, 1975). Estas experiencias las habían llevado a abandonar sus hogares en la adolescencia, a unirse casi al primer hombre que encontraban —que a menudo provenía de un ambiente similar— y a quedar embarazadas muy pronto. Para la muchacha no preparada y ansiosamente apegada, tener que ocuparse de un bebé supone una gran cantidad de problemas. Además, su atención al bebé provoca intensos celos en el compañero. Estos

son algunos de los procesos por los cuales se perpetúa el ciclo intergeneracional de violencia.

Volvamos ahora al estudio de Mattinson y Sinclair (1979), que describe pautas de interacción corrientes en determinadas familias.

Las entrevistas con el Sr. S formaban parte de un estudio llevado a cabo con el fin de descubrir algo más de lo que ocurre en el tipo de familia intensamente perturbada que crea infinitos problemas en relación con los servicios médicos y sociales, y a la que resulta muy difícil ayudar. En estas familias, al parecer, la violencia o las amenazas de violencia ocurrían casi diariamente. De vez en cuando la pareja se separaba, sólo para volver a reunirse después de algunos días o semanas. En ocasiones, luego de duras palabras por parte de la esposa, el marido se marchaba por su cuenta, sólo para regresar poco tiempo después. O una esposa agredida físicamente por su esposo se iba con los niños, pero regresaba al cabo de unos días a la misma situación. Lo que resultaba extraordinario a los investigadores era el tiempo que algunos de estos matrimonios habían durado. Una de las preguntas que se planteaban era por qué razones estas parejas permanecían unidas.

Lo que descubrieron fue que, mientras la violencia de un esposo y las observaciones airadas y amenazantes de una esposa parecían dominar la situación, cada miembro de la pareja estaba profunda y ansiosamente apegado al otro y había desarrollado una estrategia destinada a controlar al otro y a evitar que se alejara. Entraban en juego diversas técnicas, principalmente coactivas, y muchas de ellas de un cariz que para un extraño parecerían no sólo extremas sino contraproducentes. Por ejemplo, las amenazas de marcharse o de cometer suicidio eran corrientes, y los gestos de suicidio no eran poco frecuentes. Generalmente resultaban eficaces a corto plazo, asegurando la preocupación del compañero, aunque también provocaban su sentimiento de culpabilidad y su ira. Se descubrió que la mayor parte de los intentos de suicidio eran reacciones a acontecimientos específicos, sobre todo a abandonos reales o en forma de amenaza.

Una técnica coactiva utilizada especialmente por los hombres consistía en “encarcelar” a la esposa mediante recursos tales como encerrarla en la casa, o guardar sus ropas bajo llave, o retener todo el dinero y hacer la compra para evitar que ella

viera a alguien. El apego intensamente ambivalente de un hombre que adoptó esta técnica era tal, que no sólo encerraba con llave a su esposa dentro de la casa sino que también la dejaba afuera. La echaba diciéndole que no regresara nunca pero, cuando ella llegaba a la calle, la perseguía y la obligaba a entrar nuevamente.

Una tercera técnica coactiva era la de los azotes. Tal como lo expresó un hombre, en su familia las cosas se pedían con los puños. A ninguna esposa le gustaba este trato, pero algunas obtenían de él una retorcida satisfacción. Por ejemplo, una mujer, al explicar por qué no deseaba la separación, señaló con una nota de triunfo en la voz que su esposo la había amenazado con "ir a buscarla" si se marchaba. El también la necesitaba, insistió. Se descubrió que en la mayor parte de estos matrimonios cada cónyuge tenía la tendencia a subrayar lo mucho que el otro lo necesitaba, mientras negaba su propia necesidad de un compañero. Por necesidad, por supuesto, se referían a lo que yo llamo su deseo de una figura dadora de cuidados. Lo que más temían era la soledad.

#### MEDIDAS PREVENTIVAS

Con esto concluyo mi descripción de los problemas que aparecen en las familias violentas y la perspectiva teórica que considero útil para abordarlos. ¿Cuáles son, entonces, las medidas necesarias?

La mayor parte del trabajo especializado se ha dedicado a familias en las que los malos tratos ya han tenido lugar, y la mayor parte de las ideas se han dedicado a los problemas de manejo (Helfer y Kempe, 1976; Lynch y Roberts, 1982). Dado que cada estudio ha demostrado lo difícil que resulta y el tiempo que requiere semejante trabajo, nos preguntamos qué posibilidades existen de evitarlo. Y abrigamos esperanzas. A continuación describiré un tipo de servicio que se ha iniciado en el Reino Unido y que se expande continuamente con el respaldo del gobierno. Sin duda alguna también se podrán encontrar servicios similares en diversos lugares de Estados Unidos, pero, naturalmente, tengo menos datos sobre ellos.

Ese modelo de servicio tan prometedor, al menos para algunas familias, se conoce con el nombre de Home-Start, y se

inició en Leicester (Harrison, 1981).<sup>6</sup> Se trata de un esquema de visita a los hogares, organizado independientemente, que ofrece apoyo, amistad y asistencia práctica a familias jóvenes que atraviesan dificultades. El personal está compuesto por voluntarios que trabajan en estrecha coordinación con los servicios reglamentarios relacionados, y que también reciben el apoyo y la guía de un profesional. Todas las visitas se realizan por invitación de la familia y en los términos de ésta. No existen contratos ni límites de tiempo.

Cada voluntaria es una madre que se encarga de hacer visitas regulares a una o como máximo dos familias, con el fin de establecer una relación en la cual se puedan compartir el tiempo y la comprensión. Se realizan esfuerzos para alentar a los padres y para asegurarles que las dificultades en cuanto al cuidado de los hijos no son inusuales, y también que es posible que la vida familiar resulte placentera. Las nuevas voluntarias, comprendidas principalmente entre los treinta y los cuarenta y cinco años, asisten a un curso preparatorio una vez por semana, durante diez semanas, y posteriormente reciben un entrenamiento regular.

Existen muchas ventajas en el hecho de que las visitadoras sean voluntarias. En primer lugar, una voluntaria tiene *tiempo*: se ha descubierto en la práctica del esquema inicial que el tiempo promedio que cada voluntaria pasaba con su propia familia era de seis horas por semana. En segundo lugar, conoce a la madre en un nivel de igualdad y se siente libre de contribuir a las actividades domésticas de una manera que parece apropiada. En tercero, puede comparar notas y hablar de las experiencias con sus propios hijos. En cuarto lugar, y esto es muy importante, en ocasiones puede ofrecerse a que se pongan en contacto con ella durante una noche o en un fin de semana.

Las familias visitadas son, por supuesto, familias en las que las dificultades ya están presentes o son inminentes. Dado que el servicio no está destinado específicamente a familias que recurren a los malos tratos, la familia participante no tiene por qué sentirse etiquetada en modo alguno. De cualquier manera, el servicio trata con un buen número de familias en las que uno

6. Otra iniciativa, que sirve a un área gravemente desposeída del interior de Londres, conocida como Newpin, también es prometedora (Pound y Mills, 1985).

o más niños figuran en una lista de niños que corren el riesgo de ser maltratados. Durante los ocho primeros años del esquema inicial, no menos de una cuarta parte de las familias visitadas entraban en esa categoría.

A menudo las visitas comienzan mientras la madre aún está embarazada. La mayor parte de las visitadas son jóvenes, impulsivas y están terriblemente aisladas y nunca han experimentado afecto, cuidados ni seguridad. En tales casos, el papel principal de la voluntaria es proporcionar cuidados maternos a la madre y así, mediante el ejemplo, alentarla a proporcionar cuidados maternos a su propio hijo. La voluntaria también hablará y jugará con los niños, proporcionando una vez más a la madre un ejemplo que nunca tuvo. Quizá más tarde, una vez establecida la confianza, la voluntaria puede colaborar ayudando a la madre a adquirir habilidades domésticas básicas que nunca aprendió. La clave de la relación está en que la voluntaria es una madre que conoce todos los problemas desde adentro.

Existen muchos casos cuya inclusión en un servicio de esta índole se considera inadecuada.<sup>7</sup> En el caso de los que se consideran adecuados, el grado de éxito informado es de lo más alentador, tal como lo demuestra una evaluación del trabajo realizado durante los cuatro primeros años del esquema inicial, llevado a cabo por un investigador independiente cuya monografía (van der Eyken, 1982) ofrece un informe completo del proyecto. Tomando una muestra al azar de una de cada cinco de las doscientas ochenta y ocho familias visitadas, les preguntó cómo valoraban el resultado de la visita de la voluntaria, según una escala de tres puntos: ningún cambio, algún cambio, cambio considerable. Los resultados mostraron que las voluntarias eran las más pesimistas, pues estimaban que sólo la mitad de las familias mostraban un cambio considerable, y que una de cada diez representaban un fracaso. Los asistentes sociales se mostraron más optimistas, estimando que un poco más de la mitad mostraban un cambio considerable, y que el

7. Harrison (1981) lista los siguientes: cuando un progenitor es un enfermo mental crónico, padece un enfermedad degenerativa grave, es un reincidente, o está atento a que los niños sean admitidos para su atención. También quedan excluidas las familias en las que los niños corren el riesgo de ser maltratados por un concubino de la madre.

resto mostraba al menos algún cambio. Los más entusiastas fueron los visitantes sanitarios (enfermeras públicas) y las propias familias. De las cincuenta y ocho familias que se juzgaron a sí mismas, cuarenta y siete (el 85 por ciento) afirmaron que se había producido un cambio considerable, seis afirmaron que había habido algún cambio, y sólo dos manifestaron que no había habido ningún cambio.

En un campo que es al mismo tiempo profundamente conflictivo y notoriamente difícil, estos resultados son esperanzadores.

## SABER LO QUE SE SUPONE QUE NO DEBES SABER Y SENTIR LO QUE SE SUPONE QUE NO DEBES SENTIR

*A principios de 1979 fui invitado a colaborar en un número especial del Canadian Journal of Psychiatry en homenaje al Profesor Honorario Eric Wittkower, que había ocupado una cátedra de psiquiatría en la Universidad McGill, en Montreal, desde 1952 hasta 1964, y que en ese momento celebraba su octogésimo aniversario. Me sentí muy complacido en hacerlo. El escrito resultante, con el título ya mencionado, también formaba la base de conferencias que dicté en diversas ocasiones durante los años posteriores. En una de esas ocasiones, en Roma, conocí a dos terapeutas cognitivos, Giovanni Liotti y Vittorio Guidano, y quedé sorprendido y encantado al descubrir cuánto teníamos en común. Una consecuencia de nuestro encuentro fue una invitación a contribuir en un volumen sobre Cognition and Psychotherapy, que era editado por Michael Mahoney y Arthur Freeman. Esto proporcionó una oportunidad para ampliar el breve escrito original y condujo a la versión que sigue.*

Las pruebas de que las experiencias adversas con los padres durante la infancia —como las descritas en la conferencia anterior— tienen un importante papel en el origen de las perturbaciones cognitivas, son actualmente abundantes. Por

ejemplo, puede manifestarse con bastante seguridad que al menos algunos casos en los que las percepciones y las atribuciones están distorsionadas, y algunos casos de amnesia —tanto mayor como menor—, incluyendo casos de personalidad múltiple, son el resultado de tales experiencias. Sin embargo la investigación sistemática de estas consecuencias causales es aún escasa, y éste es un campo que reclama urgentemente un mayor esfuerzo de investigación. ¿Por qué, entonces, ha sido tan lamentablemente dejado de lado?

Una influencia adversa, mencionada en la conferencia anterior, es la arraigada tradición en la escuela de pensamiento psicoanalítico de centrar la atención en la fantasía y apartarla de las experiencias de la vida real que una persona puede haber tenido durante la infancia. Otra es la indudable dificultad de realizar una investigación sistemática en ese campo. Por ejemplo, los que se ocupan de atender únicamente pacientes adultos están, por lo general, en una mala situación para investigar acontecimientos que supuestamente han ocurrido muchos años antes. Aquellas personas cuyas infancias han transcurrido en familias razonablemente estables y que, como muchos psiquiatras y psicoterapeutas, desconocen la literatura reciente sobre el desarrollo de la familia y el niño, no tienen normas con las cuales comparar los relatos de sus pacientes. Sobre todo los clínicos a menudo se enfrentan a un manto de silencio, por parte del paciente y de la familia, que no pueden penetrar ni siquiera gracias a su entrenamiento o a su experiencia. Por lo tanto, no es de extrañar que la posibilidad de que muchos trastornos psiquiátricos —tanto leves como agudos— hayan tenido sus orígenes en acontecimientos adversos de la infancia, haya quedado descartada o completamente ignorada, no sólo por los psiquiatras en general sino también por los psicoterapeutas. Incluso el hecho de que algunos niños son física o sexualmente agredidos por sus propios padres —a menudo en repetidas ocasiones y durante períodos prolongados— ha sido pasado por alto en las discusiones sobre los factores causales en psiquiatría.

Por fin, la situación está cambiando. En primer lugar, el conocimiento de las interacciones padres-hijo en general, incluyendo un amplio espectro de relaciones y acontecimientos potencialmente patógenos, está aumentando tanto en calidad como en cantidad a medida que se aplica la investigación

sistemática. En segundo lugar, las consecuencias psicológicas para los niños expuestos a estas relaciones y acontecimientos están mucho mejor comprendidas y documentadas. Como resultado de ello, existen ahora muchas ocasiones en las que un clínico pisa un terreno razonablemente firme al sacar conclusiones etiológicas. Esto es así especialmente cuando (a) su paciente presenta problemas y síntomas que se asemejan a las consecuencias conocidas de ciertos tipos de experiencia, y (b) cuando en el curso de la recolección especializada de datos, o quizá mucho más tarde, durante la terapia, se le informa sobre experiencias de estos mismos tipos. Al sacar sus conclusiones, el razonamiento que un psiquiatra utiliza no difiere en absoluto del que utiliza un médico que —luego de diagnosticar una estenosis mitral a un paciente— procede sin vacilar a atribuir la enfermedad a un ataque de fiebre reumática sufrida por el paciente muchos años antes.

Al considerar los antecedentes infantiles de los trastornos cognitivos, un buen punto para comenzar es la amnesia.

En uno de sus escritos clásicos sobre la técnica analítica, Freud (1914) hizo una importante generalización, cuya verdad probablemente todos los psicoterapeutas respaldarían:

El olvido de las impresiones, escenas y experiencias casi siempre se reduce a borrarlas. Cuando el paciente habla de estas cosas "olvidadas", rara vez deja de decir: "En realidad, siempre lo supe; sólo que nunca he pensado en ello". (1914, 148)

Tales observaciones requieren explicaciones de tres clases, por lo menos. En primer lugar, ¿existen rasgos especiales que caractericen las impresiones, escenas y experiencias que tienden a quedar borradas? En segundo lugar, ¿cómo concebimos mejor los procesos por los cuales los recuerdos quedan borrados y aparentemente olvidados? En tercero, ¿cuáles son las condiciones causales, internas y externas a la personalidad, que activan este proceso de borrado?

Las escenas y experiencias que tienden a quedar borradas —aunque a menudo continúan ejerciendo una enorme influen-

cia con respecto al pensamiento, el sentimiento y la conducta— se dividen al menos en tres categorías distintas: (a) aquellas que los padres desean que sus hijos no conozcan; (b) aquellas en las que los padres han tratado a los hijos de un modo que éstos consideran demasiado insoportable; (c) aquellas en las que los hijos han hecho, o tal vez pensado, cosas acerca de las cuales se sienten insoportablemente culpables o avergonzados.

Dado que durante mucho tiempo se ha dedicado gran atención a la tercera categoría, aquí hablaré sólo de las dos primeras. Empecemos con la primera.

Con no poca frecuencia, los hijos observan escenas que los padres preferirían que no observaran; se forman impresiones que los padres preferirían que no se formaran; y tienen experiencias que a los padres les gustaría creer que no han tenido. Las pruebas muestran que muchos de estos niños, conscientes de lo que sus padres sienten, proceden a adaptarse a los deseos de ellos excluyendo tal información de todo proceso posterior; y que, una vez logrado esto, dejan de saber conscientemente que alguna vez han observado tales escenas, se han formado tales impresiones o han tenido tales experiencias. Creo que aquí hay una fuente de trastorno cognitivo tan común como descuidado.

Sin embargo, las pruebas de que los padres en ocasiones presionan a los hijos para que anulen el posterior procesamiento de la información que los hijos ya tienen sobre acontecimientos que los padres desean que nunca hayan observado, provienen de diversas fuentes. Quizá la más vívida está relacionada con los esfuerzos realizados por el padre superviviente para borrar de los conocimientos de su hijo el suicidio del otro progenitor.

Cain y Fast (1972) informan sobre los descubrimientos realizados gracias a su estudio de una serie de catorce niños entre los cuatro y los catorce años, todos los cuales habían perdido un progenitor a causa del suicidio, y todos los cuales habían quedado psiquiátricamente perturbados, muchos de ellos de manera grave. Al analizar sus datos, los autores quedaron sorprendidos por el importante papel que desempeñaba en la sintomatología de los niños el hecho de haber estado expuestos a situaciones patógenas de dos tipos, es decir a situaciones en las que es probable que se engendre un intenso sentimiento de culpabilidad (del que no hablaremos aquí) y a

situaciones en las que la comunicación entre padres e hijos está gravemente desvirtuada.

Aproximadamente una cuarta parte de los niños estudiados habían sido testigos de algún aspecto de la muerte del progenitor y posteriormente habían estado sujetos a las presiones por parte del progenitor superviviente para que creyeran que estaban equivocados en lo que habían visto u oído, y que la muerte no se había debido al suicidio sino a alguna enfermedad o accidente. "Un niño vio a su padre suicidarse de un disparo... más tarde, su madre le dijo que el padre había muerto de un ataque al corazón; a una niña que descubrió el cuerpo de su padre colgado en el lavabo se le dijo que él había muerto en un accidente de automóvil; y a dos hermanos que habían encontrado a su madre con las venas cortadas se les dijo que ella se había ahogado mientras nadaba" (Cain y Fast, 1972, 102). Cuando un niño describía lo que había visto, el progenitor superviviente procuraba desacreditarlo mediante el ridículo, o insistiendo en que estaba confundido con lo que había visto en la televisión o con alguna pesadilla que había sufrido. Tal confusión quedaba en ocasiones agravada cuando el niño oía varias versiones diferentes de la muerte, vertidas por diferentes personas o incluso por el progenitor superviviente.

Muchos de los problemas psicológicos de los niños parecen directamente originados en el hecho de haberse visto expuestos a situaciones de este tipo. Sus problemas incluyen la desconfianza en otras personas, la inhibición de la curiosidad, la desconfianza en sus propias sensaciones y una tendencia a considerar todo irreal.

Rosen (1955) describe a un paciente adulto, un hombre de veintisiete años, que desarrolló síntomas agudos después de que su novia lo dejara plantado porque lo consideraba demasiado malhumorado e imprevisible. El paciente empezó a sentir que el mundo que lo rodeaba e incluso su propio ser estaban fragmentados, y que todo era irreal. Se volvió depresivo y suicida, y experimentó una variedad de sensaciones físicas peculiares, que incluían la de que se asfixiaba. Sus pensamientos, decía, parecían de algodón. En algún momento durante el segundo año de terapia, el analista—sorprendido por una serie de asociaciones que el paciente hizo, y teniendo en cuenta la historia de su vida—aventuró una reconstrucción, la de que la madre del paciente podría haber hecho un intento de suicidio

durante la infancia de éste, intento que él (el paciente) habría presenciado. En cuanto se hizo esta sugerencia, el paciente quedó sacudido por un sollozo convulsivo. La sesión supuso un viraje decisivo. Posteriormente, el paciente explicó que cuando el analista hizo la sugerencia, le había parecido que no se trataba tanto de que recuperara un recuerdo como de que se le daba (al paciente) permiso para hablar de algo que en cierto modo siempre había sabido.

La autenticidad del recuerdo fue confirmada por el padre del paciente que ante las presiones admitió que la madre del muchacho había hecho varios intentos de suicidio durante la infancia de éste. El intento que el paciente había presenciado ocurrió cuando él tenía tres años. Su niñera había oído ruidos en el cuarto de baño y había entrado a tiempo para evitar que la madre se estrangulara. No estaba claro qué había visto exactamente el niño. Pero más tarde, cuando había mencionado el acontecimiento, tanto su padre como su niñera habían desacreditado su recuerdo argumentando que se trataba de algo que debía de haber imaginado, o que simplemente había sido una pesadilla. Ahora el padre afirmaba que había considerado perjudicial que su hijo recordara semejante incidente; pero también reconoció que su actitud se debía en parte a su deseo de que el incidente permaneciera en secreto para los amigos y vecinos. Aproximadamente un año más tarde, la niñera había sido despedida porque la madre consideraba que su presencia era un recordatorio demasiado doloroso del incidente.

Durante una de las sesiones anteriores a la reconstrucción vital, el paciente había recordado el despido de su querida niñera como un acontecimiento del que siempre, de algún modo, se había sentido responsable. Entre sus diversas asociaciones había frecuentes referencias a que de niño había presenciado algo que había cambiado su vida, aunque no sabía de qué se trataba. También tenía la idea de que su niñera había sido la única testigo que estaba de su parte. Así, aunque el recuerdo había sido apartado del proceso consciente, seguía influyendo en lo que él pensaba y sentía.

En algún otro punto (Bowlby, 1973) he llamado la atención sobre la nada despreciable incidencia de los intentos de suicidio realizados por los padres, y quizá sobre la más alta incidencia de sus amenazas de suicidio, y he señalado la poca atención que se le ha prestado a unos y a otras en la literatura psiquiátrica

y psicoterapéutica. Tal vez existan muchos más casos semejantes al de Rosen que aún no han sido advertidos.

Entre las diversas situaciones que los padres pueden desear que un hijo no haya observado —y que pueden presionarlo para que crea que nunca lo ha hecho—, están las relacionadas con sus actividades sexuales. Un ejemplo de ello me fue proporcionado por un foniatra que intentaba ayudar a una niña gravemente perturbada, que apenas hablaba. De todos modos, en ciertas ocasiones dramáticas quedaba demostrado que era capaz de hablar. Sentaba a su osito de felpa en una silla, en el rincón, se apartaba y, sacudiendo el dedo delante de él, lo regañaba en un tono de extrema severidad: “¡Eres malo... malo, Osito... tú no viste eso... no viste eso, ya lo sabes!” Repetía estas palabras una y otra vez con creciente vehemencia. No resultaba difícil adivinar qué escenas le ordenaba al osito que no viera: la madre de la pequeña era una adolescente prostituta.

Evidentemente, estas presiones por parte de los padres tienen el propósito de asegurar que sus hijos desarrollen y mantengan una imagen totalmente favorable de ellos. En los ejemplos ofrecidos hasta aquí, la forma de la presión ejercida es tosca. Más frecuentes quizás, e igualmente dañinos, son los ejemplos en los que las presiones son más sutiles.

Durante las dos últimas décadas se ha prestado mayor atención al incesto, tanto a su no reconocida frecuencia como a las consecuencias patógenas que tiene sobre los niños. Las formas más comunes se dan entre el padre y la hija o entre el padre adoptivo y la hija adoptiva. Entre los diversos problemas y síntomas observados en los niños y en los adolescentes implicados, y que se cree que se deben a estas experiencias, los más comunes incluyen la renuncia a toda relación íntima, las alteraciones del dormir y las intenciones suicidas (Meiselman, 1978; Adams-Tucker, 1982). Un colega, Brendan MacCarthy, me proporcionó un informe de las circunstancias que pueden causar trastornos cognitivos, pero nunca se publicó. El suponía que el trastorno es especialmente probable cuando los niños están en la etapa prepuberal. A continuación daré a conocer sus conclusiones.

Cuando se produce una aventura sexual entre el padre y su hija adolescente, informa MacCarthy, generalmente la aventura es reconocida por el padre durante el transcurso del día

mediante recursos tales como miradas secretas, roces secretos e insinuaciones. De todos modos, en el caso de una niña más pequeña, es probable que el padre no haga tales reconocimientos. En cambio, se comporta durante el día como si los episodios nocturnos no ocurrieran; y esta absoluta falta de reconocimiento comúnmente se mantiene hasta mucho después de que la hija ha alcanzado la adolescencia.

MacCarthy describe el caso de una mujer casada, la Sra. A, a la que él trataba por depresiones, adicción a los sedantes y alcoholismo. Sólo después de cuatro meses de terapia, la paciente mencionó los diez años de intromisión sexual a que la había sometido su padre adoptivo. Había empezado cuando ella tenía cinco o seis años, poco después de que muriera su madre adoptiva, y había continuado hasta que cumplió los dieciséis, momento en que se marchó. Entre sus muchos problemas estaban el de la frigidez y el de considerar el acto sexual como algo desagradable, y una sensación de negrura interior, de una “mancha negra”. Sus problemas se habían exacerbado cuando su propia hija cumplió los cuatro años. Cada vez que la niña se mostraba afectuosa con el padre y se sentaba cerca de él, la Sra. A se sentía agitada, protectora y celosa; en esas ocasiones no permitía que se quedaran a solas. Durante la terapia se mostraba obsequiosa y aterrorizada, y vigilaba atentamente todos los movimientos del analista.

Con respecto a la relación incestuosa, la Sra. A explicó que durante el día su padre adoptivo jamás mencionaba las visitas nocturnas a su habitación, que siempre permanecía a oscuras. Por el contrario, él le hablaba incesantemente de los peligros de permitir que los chicos se excedieran, y de la importancia de la castidad antes del matrimonio. Cuando a los dieciséis años ella huyó del hogar, él no sólo insistió en que ella no se lo contara a nadie, sino que añadió en tono sarcástico: “Y si lo haces, nadie te creará”. Esto podría haber sido así porque su padre adoptivo era director y el alcalde de la localidad.

Al comentar éste y otros casos similares, MacCarthy pone el acento en la grieta cognitiva entre el padre respetado y tal vez amado del día, y el padre muy distinto de los extraños acontecimientos de la noche anterior. Advertida de que bajo ningún concepto le diga una palabra a nadie, ni siquiera a su madre, la niña mira a su padre buscando alguna confirmación de esos hechos y queda naturalmente desconcertada al no obtener

respuesta. ¿Ocurrió realmente, o lo soñé? ¿Tengo dos padres? No resulta extraño que en años posteriores todos los hombres sean poco confiables y que la postura profesional de un terapeuta masculino sea considerada como una mera fachada tras la cual se oculta un intento depredador. Tampoco resulta extraño que la orden de no decir nada a nadie siga siendo operativa, y que la suposición de que de cualquier manera nadie le creerá asegure el silencio. Cabe preguntarse cuántas veces terapeutas mal informados disuaden a una paciente de que cuente la verdad y, cuando ella igualmente lo hace, confirma la suposición de que nadie cree en sus palabras.

En los ejemplos descritos hasta ahora, la información que un progenitor intenta que el niño excluya es una información relacionada con los acontecimientos en el mundo exterior. En otras situaciones, la información que debe quedar excluida está relacionada con acontecimientos del mundo de los sentimientos del niño. En ninguna situación esto ocurre con más frecuencia que en las situaciones de separación y pérdida.

Cuando un progenitor muere, el progenitor que sobrevive, u otro pariente, puede no sólo proporcionar a los niños información inadecuada o errónea, sino también indicar que para el niño no sería adecuado sentirse siquiera afligido. Esto puede ser explícito. A. Miller (1979) informa que al morir la madre de un niño de seis años, su tía le dijo: "Debes ser valiente; no llores; ahora vete a tu habitación y ponte a jugar". En otras ocasiones, la indicación sólo es implícita. Con no poca frecuencia, los viudos o las viudas, temerosos de expresar su propia aflicción, en realidad alientan a sus hijos a excluir todos los sentimientos que experimentan con respecto a la pérdida. Palgi (1973) relata cómo un pequeño cuya madre lo regañaba por no derramar una sola lágrima por la muerte de su padre, respondió: "¿Cómo voy a llorar si nunca te he visto llorar a ti?"

En realidad existen muchas situaciones en las que a un niño se le dice expresamente que no llore. Por ejemplo, a un niño de cinco años cuya niñera se marcha se le dice que no llore porque eso haría las cosas más difíciles para la niñera. A un niño que debe permanecer en un hospital o en una residencia infantil se le advierte que no debe llorar, porque de lo contrario sus padres no irán a visitarlo. Un niño cuyos padres están fuera a menudo y lo dejan una vez más al cuidado de una *au pair*, no tiene el coraje de reconocer lo solo, y tal vez furioso, que se siente ante

una ausencia constante. Cuando los padres se separan, a menudo se le aclara al niño que no se espera que eche de menos al progenitor que se marcha, o que ansíe su regreso. La pena y el llanto no sólo están condenados por ser inadecuados en situaciones semejantes, sino que los niños más grandes y los adultos pueden mofarse del pequeño afligido por ser un llorón. ¿Resulta extraño que en tales circunstancias los sentimientos queden excluidos?

Todas estas situaciones son suficientemente claras pero, en mi opinión, han sido seriamente dejadas de lado en tanto causas de que la información y los sentimientos queden excluidos de la conciencia. De todos modos, existen otras situaciones más sutiles y ocultas, que tienen el mismo efecto. Una de ellas es aquella en que la madre —cuya infancia ha transcurrido desprovista de amor— busca en su propio hijo el amor del que ha carecido hasta ese momento. Al actuar así, invierte la relación normal progenitor-hijo, exigiendo al niño que actúe como progenitor mientras ella se convierte en hija. Para algunos que no tienen conciencia de lo que ocurre, puede parecer que el niño está demasiado mimado, pero una mirada más atenta muestra que la madre le transmite una pesada carga. Lo que aquí resulta especialmente importante es que con mucha frecuencia se espera que el niño se sienta agradecido por esos cuidados mientras los recibe y que no advierta las demandas que se le hacen. Una consecuencia de esto es que, de acuerdo con los deseos de su madre, él elabora una imagen parcial de ella como una persona totalmente cariñosa y generosa, excluyendo de su conciencia la información que también le llega de que a menudo ella es egoísta, exigente y desagradecida. Otra consecuencia es que, también de acuerdo con los deseos de su madre, admite en su conciencia sólo los sentimientos de amor y gratitud hacia ella y excluye todo sentimiento de ira que puede experimentar por el hecho de que ella espere que él la cuide y le impida tener sus propios amigos y vivir su propia vida.

Una situación relacionada con ésta es aquella en la que un progenitor que ha tenido una infancia traumática siente temor a que le recuerden las desgracias del pasado, y se deprime. Como resultado, a sus hijos se les exige parecer siempre felices y evitar cualquier expresión de tristeza, soledad e ira. Como me dijo un paciente después de un tiempo de terapia: "Ahora

comprendo que cuando era niño me sentía terriblemente solo, pero nunca se me permitió saberlo”.

La mayoría de los niños son indulgentes con sus padres, prefieren verlos con buenos ojos y desean pasar por alto muchas deficiencias. Sin embargo, no consienten de buena gana verlos sólo desde el punto de vista que los padres quieren, o sentir por ellos sólo lo que éstos exigen. Para asegurar esto, debe ejercerse presión. La presión puede adoptar diversas formas, pero, para ser eficaces, todas las formas dependen del insistente deseo del niño de ser amado y protegido. Alice Miller (1979), que ha dedicado mucha atención a estos problemas, reproduce las palabras de una paciente adulta, hija mayor de una mujer profesionalmente insegura:

“Yo era la luz de los ojos de mi madre. Ella a menudo decía: ‘En Maja se puede confiar, ella se las arregla’. Y yo me las arreglaba. Crié a mis hermanos más pequeños para que ella pudiera dedicarse a su carrera profesional. Se hacía cada vez más famosa, pero nunca la veía contenta. La echaba mucho de menos por las noches. Los pequeños lloraban y yo los consolaba, pero yo nunca lloraba. ¿Quién habría querido a una niña que lloraba? Sólo podía ganarme el amor de mi madre si me mostraba eficaz, comprensiva y si me dominaba y nunca cuestionaba sus actos ni le dejaba ver lo mucho que la echaba de menos; eso habría limitado su libertad, esa libertad que ella tanto necesitaba. Y eso la habría hecho enemistarse conmigo.”

En otras familias, las presiones son menos sutiles. Una de esas formas, la amenaza de abandonar a un niño como medio de controlarlo, es un arma absolutamente poderosa, sobre todo en el caso de un niño pequeño. Enfrentado a tales amenazas, ¿qué otra cosa podría hacer un niño, más que adaptarse a los deseos de sus padres excluyendo de un posterior procesamiento todo lo que sabe que sus padres desean que olvide? En otro de mis trabajos he dado argumentos para pensar que las amenazas de este tipo son responsables de gran parte de los estados de ansiedad crónica y aguda (Bowlby, 1973), y también de que en años posteriores una persona reaccione ante una pérdida con una depresión crónica en la que la convicción dominante es la

de que ha sido abandonada deliberadamente, como castigo, por la persona muerta (Bowlby, 1980).

La hipótesis presentada de que las diversas formas de trastorno cognitivo observadas en los niños y también en etapas posteriores de la vida deben buscarse en influencias que actúan inicialmente durante los años de la preadolescencia, es compatible con las indicaciones de que durante esos años las mentes de los niños son especialmente sensibles a las influencias externas. Una prueba de ello, ya señalada, es el grado de vulnerabilidad de los niños pequeños a las amenazas de rechazo o incluso de abandono por parte de los padres. Una vez que el niño alcanza la adolescencia, evidentemente su vulnerabilidad a tales amenazas disminuye.

El grado de sensibilidad de las mentes de los preadolescentes a las influencias de los padres aparece bien ilustrado en un experimento llevado a cabo por Gill (1970). Las muestras están compuestas por niños de diez años de edad, elegidos en una escuela primaria de Londres, y por sus padres. De las cuarenta familias de no inmigrantes invitadas a participar, veinticinco estuvieron de acuerdo. Cada familia fue visitada en su propia casa y se le enseñó en una pantalla una serie de diez imágenes, cada una durante dos minutos.

De las imágenes utilizadas, cinco pertenecían a libros o películas, y el resto a tests de apercepción temática. Algunas eran emocionalmente benignas, por ejemplo la de una madre contemplando a una niña pequeña que sostiene a un bebé. Algunas mostraban escenas de carácter agresivo y/o atemorizante. Tres representaban un tema sexual: una mujer evidentemente embarazada, tendida en la cama; una pareja abrazándose encima de la hierba; y una mujer aferrada a los hombros de un hombre que parece apartarse, con la imagen de una mujer semidesnuda en el fondo.

La serie de diez imágenes era presentada tres veces seguidas. En la primera proyección se les pedía al padre, a la madre y al hijo que escribieran independientemente lo que veían que ocurría en la imagen. En la segunda se les pidió a los miembros de la familia que hablaran de cada imagen durante los dos minutos en que era mostrada. Durante la tercera proyección, se le volvió a pedir a cada miembro que escribiera independientemente lo que ahora veía que ocurría.

Cuando se examinaron las respuestas de los niños a las tres

imágenes que representaban temas sexuales, se descubrió que, mientras la mitad de los niños (doce) describían los temas sexuales de un modo bastante directo y como una cuestión de hecho, la otra mitad no lo hacía. Por ejemplo, ante la imagen de la mujer embarazada, la sincera respuesta de un niño fue la siguiente: "Ella está descansando. Se ve que espera un bebé. Está dormida, creo". Las descripciones de la misma imagen presentadas por otros niños omitían toda referencia al embarazo. "Hay alguien dormido encima de la cama", y "Hay un hombre en una cama. Está dormido".

El segundo paso consistía en analizar el modo en que los padres hablaban de la imagen en presencia de los hijos, durante la segunda proyección. Esto fue realizado por un psicólogo sin tener en cuenta las respuestas de los niños. Aquí fue nuevamente evidente que, mientras algunos padres eran sinceros con respecto a la escena mostrada, otros no la mencionaban y/o expresaban desagrado. Por ejemplo, en el caso de la mujer embarazada, la madre de un niño señaló con franqueza, en tres ocasiones, que la mujer estaba esperando un bebé y que se encontraba descansando. En contraste, los padres de otro niño cumplieron sus dos minutos de charla sin hacer ninguna referencia de ese tipo. En lugar de ello, se concentraron en detalles emocionalmente neutros, como el peinado de la mujer, el material de su bata y la calidad del mobiliario. No resultó sorprendente la alta correlación entre el modo en que los niños respondían a las imágenes y el modo en que los padres habían hablado de ellas posteriormente.

En la tercera proyección, las descripciones proporcionadas por todos los niños alcanzaron mayor precisión; pero las de los doce niños que habían respondido sinceramente en la primera proyección mejoraron más notoriamente que las descripciones proporcionadas por los trece que no habían mencionado el contenido de las imágenes en la primera ocasión.

No cabe duda de que, durante sus comentarios sobre las imágenes, algunos padres —consciente o inconscientemente— evitaban mencionar el contenido de las mismas. También es razonable deducir que el hecho de que sus hijos no describieran el tema sexual durante la primera proyección estaba, en cierto modo, influido por el "clima" que habían vivido en sus hogares. Lo que el experimento no pudo mostrar, por supuesto, fue si estos niños realmente no habían percibido la escena mostrada,

o si la habían percibido pero habían dejado de mencionar lo que veían. Dado que los niños preadolescentes tienden a ser lentos y a menudo están inseguros de sus propias percepciones, me inclino a suponer que al menos algunos de los niños del experimento realmente no habían logrado registrar la naturaleza de lo que estaba ocurriendo. Otros pueden haber sabido intuitivamente que se trataba de una escena que se suponía que no conocían, y por eso evitaron verla.

A primera vista resulta paradójica la idea de que la información de cierta índole puede ser apartada, o excluida selectivamente de la percepción. Nos preguntamos cómo una persona puede excluir selectivamente del procesamiento un estímulo determinado, a menos que primero perciba el estímulo que desea excluir. De todos modos, este escollo desaparece una vez que la percepción es concebida como un proceso con múltiples etapas, tal como se lo concibe actualmente. En efecto, el trabajo experimental sobre el procesamiento de la información humana, llevado a cabo durante la pasada década aproximadamente, nos permite tener una idea de la naturaleza del proceso de exclusión del que hemos estado hablando, mucho más clara de lo que era posible cuando Freud y otros que seguían la tradición psicodinámica formulaban las teorías de la defensa, tan influyentes desde entonces. A continuación ofreceré un breve bosquejo de este nuevo enfoque.

Los estudios de la percepción humana (Erdelyi, 1974; Norman, 1976) han demostrado que, antes de que una persona tome conciencia de que ve u oye algo, la afluencia sensorial que entra por sus ojos o sus oídos ya ha pasado por varias etapas de selección, interpretación y evaluación, en el curso de las cuales ha sido excluida una alta proporción de la afluencia original. La razón por la que se produce esta amplia exclusión es que los canales responsables del procesamiento más avanzado tienen una capacidad limitada y deben, por lo tanto, ser protegidos de una sobrecarga. Para asegurarse de que lo más pertinente logra abrirse paso y que sólo queda excluido lo menos importante, la selección de la afluencia se encuentra bajo el control central, o tal vez deberíamos decir bajo el control del yo. Aunque este proceso se realiza a velocidades extraordinarias y casi en su totalidad ajeno a la conciencia, gran parte de la afluencia ha sido igualmente llevada a una etapa avanzada del procesa-

miento antes de ser excluida. Los resultados de experimentos de escucha dicótica proporcionan ejemplos asombrosos.

En este tipo de experimentos se transmiten simultáneamente dos mensajes, uno para cada oído. Se le pide a la persona que preste atención sólo a uno de los dos mensajes, digamos el que recibe por el oído derecho. Para asegurarse de que le presta atención de manera continua, se le pide que "reproduzca" el mensaje repitiendo palabra por palabra mientras lo escucha. Parece bastante fácil diferenciar los dos mensajes, y al final de la sesión el sujeto es por lo general totalmente ignorante del contenido del mensaje no escuchado. Sin embargo, existen excepciones significativas. Por ejemplo, si en el mensaje no escuchado se pronuncia su nombre o alguna palabra personalmente significativa, puede muy bien notarla y recordarla. Esto demuestra que, aunque conscientemente descuidado, este mensaje está sujeto a un continuo y bastante avanzado procesamiento durante el cual su significado está siendo controlado y su contenido evaluado como algo más o menos pertinente; y todo esto ocurre sin que la persona sea consciente en lo más mínimo.

En el curso normal de la vida de una persona, los criterios aplicados a la afluencia sensorial que determinan qué información debe ser aceptada y cuál debe ser excluida son fácilmente inteligibles como reflejo de lo que en determinado momento resulta más interesante para una persona. Así, cuando la persona tiene hambre, le da prioridad a la afluencia sensorial relacionada con los alimentos, mientras que otras cosas que en otro momento podrían ser de interés para él quedan excluidas. Sin embargo, en caso de una amenaza de peligro, las prioridades cambiarían rápidamente, de manera que la afluencia relacionada con el peligro y la seguridad es prioritaria y la afluencia relacionada con los alimentos queda temporalmente excluida. Este cambio en los criterios que deciden qué afluencia será aceptada y cuál excluida se lleva a cabo evaluando los sistemas centrales de la personalidad.

Así, resumiendo los descubrimientos realizados por una disciplina vecina, los principales puntos que quiero subrayar son, en primer lugar, que a lo largo de toda su vida una persona se ocupa de excluir o anular una gran proporción de la información que recibe; en segundo lugar, que se ocupa de ello sólo después de evaluar la pertinencia de dicha información; y, en

tercero, que este proceso de exclusión selectiva generalmente se realiza sin que la persona sea consciente de lo que ocurre.

Es cierto que la mayor parte de estos experimentos han estado relacionados con el procesamiento de la afluencia sensorial corriente, o sea, con la percepción y no con la utilización de información que ya está almacenada en la memoria, es decir, con el recuerdo. Sin embargo, parece probable que a esto se apliquen los mismos principios generales. En cada caso, los criterios están establecidos por uno o más sistemas centrales de evaluación, y son estos criterios los que deciden qué información es aceptada para un procesamiento posterior y consciente, y cuál queda excluida. Así, gracias a la tarea de los psicólogos cognitivos, ya no tenemos dificultades para imaginar —o describir en términos de operaciones— un aparato mental capaz de borrar información de determinado tipo específico y de hacerlo sin que la persona sea consciente de lo que ocurre.

Consideremos ahora la segunda categoría de escenas y experiencias que tienden a quedar borradas u olvidadas, si bien al mismo tiempo siguen siendo más o menos influyentes y afectando los pensamientos, los sentimientos y la conducta de una persona. Estas son las escenas y experiencias en las que los padres han tratado a los niños de un modo que a éstos les resulta demasiado insoportable como para pensar en ello o recordarlo. Aquí no sólo se produce una amnesia parcial o completa en relación con la secuencia de acontecimientos, sino también la exclusión de la conciencia de los pensamientos, sentimientos e impulsos para la acción que son las respuestas naturales a tales acontecimientos. Esto da como resultado alteraciones importantes de la personalidad que en sus formas más comunes y menos graves tienden a ser diagnosticadas como casos de narcisismo o falso sí-mismo y en sus formas más graves pueden ser calificadas de amnesia temporal, psicosis o como un caso de personalidad múltiple. Las experiencias que dan origen a estas alteraciones probablemente han continuado o se han repetido durante varios años en la infancia, comenzando tal vez durante los dos o los tres primeros, pero continuando generalmente durante los cuatro, los cinco, los seis y los siete años, y a menudo durante más tiempo. Las experiencias incluyen el rechazo repetido por parte de los padres, combinado con el desprecio de los deseos de amor, cuidados y consuelo del niño y, sobre todo en las formas más graves, con la violencia física

(los azotes) repetida y en ocasiones sistemática, y la explotación sexual por parte del padre o del compañero de la madre. No resulta extraño que un niño que se encuentra en este tipo de situación difícil se vea sujeto a una combinación de tales experiencias.

Comencemos por el extremo menos grave de lo que parece ser un espectro de síndromes relacionados.

En una conferencia anterior (véase pág. 68) ya hemos dado un ejemplo de paciente con "falso sí-mismo". Este se refería a un joven graduado, gravemente depresivo y suicida, que durante el análisis recordó que su madre lo había rechazado constantemente, ignorando sus lágrimas, y que se encerraba en su habitación durante días enteros, y que en diversas ocasiones había abandonado el hogar. Afortunadamente, él había estado en manos de una terapeuta que comprendía su problema, daba absoluto crédito a las experiencias infantiles que él describía y un reconocimiento comprensivo tanto a su anhelo no correspondido de amor y cuidados como a los sentimientos violentos que experimentaba hacia su madre, provocados por el trato que ella le había brindado, y que inicialmente iban dirigidos hacia ella (la terapeuta). En la conferencia 4 nos referimos a una paciente con problemas bastante similares, pero cuyas experiencias incluían también un período de dieciocho meses en una institución impersonal desde los cuatro años de edad. Aunque estos dos pacientes hicieron progresos importantes durante el tratamiento, ambos siguieron siendo más sensibles que los demás a las desdichas posteriores.

Una serie de pacientes, niños y adultos, cuyas perturbaciones parecen haberse originado en experiencias similares aunque generalmente peores, y han dado como resultado una escisión de la personalidad de un grado aun mayor, han sido descritos por los terapeutas durante la década pasada. Un ejemplo es el de Geraldine, de once años de edad, a quien se descubrió vagando atontada, y que había perdido la memoria de la enfermedad terminal de su madre y de los acontecimientos de los tres años posteriores. Al final de un prolongado período de terapia, descrito con todo detalle por McCann (en Furman, 1974), Geraldine evaluó las experiencias que habían precedido a su amnesia: "Con mamá, tenía un miedo espantoso de salirme de las normas. Veía con mis propios ojos cómo atacaba con palabras y actos a mi padre y a mi hermana y,

después de todo, yo no era más que un niña pequeña, sin ningún poder... Cómo iba a ponerme furiosa con mi madre... ella era realmente la única seguridad que yo tenía... Yo ocultaba todos mis sentimientos... ocurrían cosas más graves de lo que yo podía soportar... yo tenía que aguantar. Si de veras hubiera dejado que las cosas me afectaran, no estaría aquí. Estaría muerta, o en un hospital psiquiátrico".<sup>1</sup>

El complejo estado psicológico de Geraldine y también las experiencias infantiles que lo provocaron guardan gran semejanza con el estado de los pacientes que padecían de personalidad múltiple y con las experiencias infantiles responsables de ello.

En un artículo escrito por Bliss (1980), basado en la terapia y en los exámenes clínicos llevados a cabo mediante hipnosis, se ofrece una descripción de catorce pacientes, todas mujeres, a las que se les diagnosticó personalidad múltiple. La hipótesis que Bliss propone es la de que las personalidades subordinadas que toman posesión de un paciente de vez en cuando son las creaciones cognitivas de la personalidad principal que, entre los cuatro y los siete años, se vio sujeta durante períodos prolongados a acontecimientos intensamente perturbadores. Según Bliss, cada personalidad de este tipo es creada inicialmente para que sirva a un propósito o rol distinto. Considerados según los ejemplos que él proporciona, los roles son de tres clases principales. El más simple y benigno es el de actuar como compañero y protector cuando la personalidad creadora se siente sola y aislada como, por ejemplo, cuando los padres son persistentemente hostiles y/o están ausentes, y no hay nadie a quien recurrir. Un segundo rol es el de permanecer inmune a acontecimientos insoportablemente perturbadores, como en el caso de una criatura de cuatro o cinco años que compartía el dormitorio con su madre, que agonizaba a causa de un cáncer y pasaba horas enteras gritando de dolor. El tercer rol es más complejo y se refiere a asumir la responsabilidad de pensar, sentir y actuar de un modo que el paciente no puede aceptar como propio. Los ejemplos proporcionados por Bliss incluyen el de sentir un odio violento hacia la madre que había intentado asesinar al paciente cuando era un niño, un odio que llevaba a

1. En Loss (Bowlby, 1980, 338-344) aparece un extenso resumen del informe de McCann.

intentar realmente matarla; sentir y actuar sexualmente después de haber sido violada durante la infancia; y sentirse asustado y sensible después de llorar había provocado el castigo y las amenazas por parte de los padres.

Dado que los descubrimientos derivados de procedimientos hipnóticos son controvertidos, es importante señalar que un equipo de investigación de la Universidad de California, en Irvine, que utiliza procedimientos convencionales y que ha estudiado una serie de casos (Reagor, comunicación personal), ha llegado a conclusiones muy similares a las de Bliss.<sup>2</sup> Los procedimientos terapéuticos propuestos tienen mucho en común y, además, están perfectamente de acuerdo con los conceptos de terapia descritos en la última conferencia.

Por último, una serie de psiquiatras infantiles y psicoterapeutas infantiles (por ejemplo, Stroh, 1974; Rosenfeld, 1975; Bloch, 1978; Hopkins, 1984) han descrito a niños cuyo pensamiento y conducta los hace parecer casi o abiertamente psicóticos, que expresan ideas pronunciadamente paranoides, y cuyo estado —según sugieren las pruebas— puede ser atribuido a los persistentes malos tratos por parte de los padres. Estos niños a menudo son encantadores y simpáticos en un momento y salvajemente hostiles al siguiente, y el cambio ocurre súbitamente y sin motivo aparente. Además, lo más probable es que dirijan su mayor violencia al individuo al que parecen estar —y de hecho están— más apegados. No es extraño que estos niños estén atormentados por el intenso temor de que algún monstruo los atacará y que pasen el tiempo intentando escapar del esperado ataque. Por lo menos en algunos de estos casos existen pruebas convincentes de que lo que se teme es un ataque por parte de uno u otro progenitor, pero como esa suposición es insoportablemente atemorizante, el ataque esperado se atribuye a un monstruo imaginario.

A modo de ejemplo, consideremos el caso de Sylvia, una niña de seis años de edad —mencionado por Hopkins (1984)—, uno de cuyos síntomas principales era el terror a que las sillas y otras piezas del mobiliario, a las que llamaba “daleks”, empe-

2. Véase también Bliss (1986). Otras pruebas de que la alteración de la personalidad múltiple se desarrolla durante la infancia como una defensa contra los traumas abrumadores, generalmente los malos tratos graves, aparecen mencionadas en Kluft (1985).

zaran a volar por la habitación para golpearla. “Su miedo era intenso, y cuando siguió agachándose y esquivando como si estuviera a punto de recibir el golpe de un ‘dalek’ o de algún otro monstruo pensé que estaba alucinando”. Desde el principio Sylvia también expresó el temor de que la terapeuta la golpeara, como hacía su madre. No sólo atacaba constantemente a la terapeuta, sino que a menudo la amenazaba de muerte.

El padre había muerto en un accidente de automóvil dos años antes. Durante los meses en que mantuvo dos entrevistas semanales con un asistente social, la madre se mantuvo extremadamente cautelosa y habló muy poco de las relaciones familiares. De todos modos, después de dos años se descorrió el velo. Admitió su propio rechazo de Sylvia desde el momento del nacimiento y los sentimientos asesinos que tanto ella como el padre habían experimentado hacia la niña. El trato que había dado a Sylvia, confesó, había sido “absolutamente brutal”. El padre había tenido un temperamento sumamente violento, y en sus nada raros ataques de furia había roto los muebles y los había lanzado por la habitación. Con frecuencia la golpeaba a Sylvia e incluso la había lanzado a ella por el aire.

Por tanto, la identidad de los “daleks” estaba fuera de toda duda. Detrás de la fantasía del ataque de un “dalek” se ocultaba una grave expectativa, basada en la realidad, de un ataque por parte del padre o de la madre. Como lo ha expresado Bloch, una premisa básica del enfoque terapéutico que ella y otras como ella defienden en estos casos es que lo que tan fácilmente se denomina fantasía sea reconocido como reflejo de una cruda realidad, y que la primera tarea terapéutica consiste en identificar las experiencias de la vida real que se ocultan detrás de la engañosa simulación.

Las experiencias infantiles de estos niños casi psicóticos no sólo son las mismas que las que se consideran características de los pacientes adultos con personalidad múltiple, sino que los estados mentales descritos por los respectivos terapeutas también tienen características sorprendentemente similares. Parece altamente probable, por tanto, que los dos estados estén estrechamente relacionados. Además, habría que señalar que estos descubrimientos respaldan las hipótesis presentadas por Niederland (1959a y b, mencionadas por Bowlby, 1973) en el sentido de que las delusiones paranoides del juez Schreber, en las que Freud basó su teoría de la paranoia, eran versiones de-

formadas del extraordinario sistema pedagógico al que el padre del paciente había sometido a éste desde los primeros meses de vida.

En esta contribución, como en casi toda mi obra, he centrado mi atención en la psicopatología y en algunas de las circunstancias que la originan. El motivo es la convicción de que sólo con una mejor comprensión de la etiología y la psicopatología será posible desarrollar técnicas terapéuticas y, más especialmente, medidas preventivas que serán al mismo tiempo eficaces y económicas para los expertos.

Mi enfoque terapéutico está lejos de ser original. Las hipótesis básicas pueden formularse de manera simple. En la medida en que las formas corrientes de percibir y construir situaciones, y los sentimientos y acciones resultantes, están determinados por acontecimientos y experiencias emocionalmente significativos que han quedado excluidos del posterior procesamiento consciente, la personalidad tendrá tendencia a la cognición, el afecto y la conducta mal adaptados a la situación corriente. Cuando el anhelo de amor y cuidados quede excluido, continuará siendo inaccesible. Si existe ira, seguirá dirigida a objetivos inapropiados. De manera similar, la ansiedad seguirá siendo provocada por situaciones inadecuadas y se esperará una conducta hostil de fuentes inadecuadas. La labor terapéutica consiste por tanto en ayudar al paciente a descubrir lo que estos acontecimientos y experiencias pueden haber sido para que los pensamientos, los sentimientos y la conducta que las situaciones provocan, y que continúan siendo tan molestos, puedan unirse nuevamente a las situaciones que las provocaron. Entonces, los verdaderos objetivos de su anhelo y su ira, y las verdaderas fuentes de su ansiedad y su temor se volverán claras. Estos descubrimientos no sólo mostrarán que los modos de cognición, sentimiento y conducta del paciente son mucho más inteligibles de lo que parecían —dadas las circunstancias en las que se originaron—, sino que, una vez que el paciente ha captado cómo y por qué está respondiendo tal como es él, estará en condiciones de volver a evaluar sus respuestas y, si lo desea, de realizar su radical reestructuración. Dado que esas evaluación y reestructuración sólo pueden ser logradas por el propio paciente, el acento en la formulación de la labor del terapeuta

debe colocarse en ayudar al paciente primero a descubrir *por sí mismo* cuáles fueron las escenas y experiencias pertinentes y, en segundo lugar, dedicar tiempo a examinar el modo en que han influido en él. Sólo entonces estará en condiciones de llevar a cabo la reorganización de sus modos de construir el mundo, de pensar en ello y de tomar las medidas necesarias.

Los conceptos de proceso terapéutico aquí perfilados son similares a los descritos en mucho mayor detalle por otros. Ejemplo de éstos son las publicaciones de Peterfreund (1983) y de Guidano y Liotti (1983). Aunque los autores de estos dos libros comenzaron su trabajo terapéutico desde posiciones radicalmente diferentes, es decir, de versiones tradicionales del psicoanálisis y de la terapia de la conducta respectivamente, los principios que ahora guían su obra muestran una asombrosa convergencia. De manera similar, las formas corrientes de la terapia de la aflicción —que se centra en los acontecimientos perturbadores del pasado reciente— están basadas en los mismos principios, incluso se desarrollan en tradiciones igualmente diferentes (Raphael, 1977; Melges y DeMaso, 1980). Por divergentes que puedan parecer las tácticas, el pensamiento estratégico tiene un curso convergente.

## EL PAPEL DEL APEGO EN EL DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD

*Durante la década del ochenta se han acumulado rápidamente pruebas con respecto al papel del apego en el desarrollo de la personalidad. Los descubrimientos anteriores se habían repetido en muestras de origen diverso; los métodos de observación se habían perfeccionado, y se habían introducido métodos nuevos; y el papel de la fácil comunicación mutua entre los padres y el hijo dirigido a un desarrollo emocional saludable se había puesto de relieve. Como considero que este nuevo trabajo tiene implicaciones clínicas de largo alcance, mi objetivo en esta conferencia es el de presentar un informe de estos descubrimientos en una forma adecuada para quienes trabajan como psicoterapeutas en el campo de la salud mental.*

*Para comodidad del lector comenzaré planteando en forma de resumen algunos de los rasgos más sobresalientes de la teoría del apego.*

### ALGUNOS RASGOS CARACTERÍSTICOS DE LA TEORÍA DEL APEGO

Se recordará que la teoría del apego fue formulada para explicar ciertas pautas de conducta características no sólo de

los bebés y los niños sino también de los adolescentes y los adultos, que fue anteriormente conceptualizada en términos de dependencia y sobredependencia. En su formulación original, las observaciones del modo en que los niños pequeños responden cuando se los coloca en un lugar desconocido, con gente desconocida, y las consecuencias que tales experiencias tienen en las relaciones posteriores con los padres, fueron especialmente influyentes. En todo el trabajo posterior, la teoría ha seguido estando estrechamente ligada a las observaciones detalladas y a los datos de las entrevistas sobre cómo los individuos responden en situaciones determinadas. Históricamente, la teoría se desarrolló fuera de la tradición de las relaciones objetales en el psicoanálisis; pero también se ha basado en conceptos de la teoría de la evolución, de la etología, de la teoría del control y de la psicología cognitiva. Uno de los resultados es la reformulación de la metapsicología psicoanalítica en cierto modo compatible con la psicología y la biología modernas, y conforme con los criterios comúnmente aceptados de la ciencia natural (véase la conferencia 4).

La teoría del apego subraya:

(a) el status primario y la función biológica de los lazos emocionales íntimos entre los individuos, cuya formación y conservación se supone que están controladas por un sistema cibernético situado dentro del sistema nervioso central, utilizando modelos operantes del sí-mismo y de la figura de apego en la relación mutua;<sup>1</sup>

(b) la poderosa influencia que ejerce en el desarrollo de un niño el modo en que es tratado por sus padres, especialmente por la figura materna, y

(c) que los actuales conocimientos sobre el desarrollo del bebé y el niño exigen que una teoría de los caminos del desarrollo

1. En publicaciones anteriores he utilizado la expresión "modelo representativo" como sinónimo de "modelo operante", porque la representación ha sido el concepto más común en la literatura clínica. De todas formas, en una psicología dinámica, la expresión modelo operante es la más adecuada, y también la que ahora utilizan los psicólogos cognitivos (por ejemplo, Johnson-Laird, 1983). Dentro del marco del apego, el concepto de modelo operante de una figura de apego es en muchos aspectos equivalente al concepto psicoanalítico tradicional de objeto interno, y lo sustituye.

llo reemplace a las teorías que recurren a las bases específicas del desarrollo, en las que se afirma que una persona puede quedar fijada y/o a las que puede regresar.

#### LA PRIMACIA DE LOS LAZOS EMOCIONALES INTIMOS

La teoría del apego considera la tendencia a establecer lazos emocionales íntimos con individuos determinados como un componente básico de la naturaleza humana, presente en forma embrionaria en el neonato y que prosigue a lo largo de la vida adulta, hasta la vejez. Durante la infancia, los lazos se establecen con los padres (o los padres sustitutos), a los que se recurre en busca de protección, consuelo y apoyo. Durante la adolescencia sana y la vida adulta, estos lazos persisten, pero son complementados por nuevos lazos, generalmente de naturaleza heterosexual. Aunque los alimentos y el sexo en ocasiones desempeñan un papel importante en las relaciones de apego, la relación existe por derecho propio y tiene una función propia y clave para la supervivencia, es decir, de protección. Inicialmente, los únicos medios de comunicación entre el niño y la madre se dan a través de la expresión emocional y de la conducta que la acompaña. Aunque posteriormente complementada por el diálogo, la comunicación mediada emocionalmente persiste, sin embargo, como la característica principal de las relaciones íntimas a lo largo de la vida.

Dentro del marco del apego, por tanto, los lazos emocionales íntimos no se consideran subordinados ni derivados del alimento ni del sexo. Y el apremiante deseo de consuelo y apoyo en situaciones adversas no se considera pueril, como da por sentado la teoría de la dependencia. En lugar de ella, la capacidad de establecer lazos emocionales íntimos con otros individuos —a veces desempeñando el papel de buscador de cuidados y a veces en el papel de dador de cuidados— es considerada como un rasgo importante del funcionamiento efectivo de la personalidad y de la salud mental.

Por lo general, la búsqueda de cuidados es manifestada por un individuo más débil y menos experimentado hacia alguien a quien se considera más fuerte y/o más sabio. Un niño o una persona mayor que desempeña el papel de buscador de cuidados se mantiene dentro del alcance de la persona dadora de

cuidados, y el grado de proximidad o de fácil accesibilidad depende de las circunstancias: de ahí el concepto de conducta de apego.

El acto de proporcionar cuidados —el papel más importante de los padres, complementario de la conducta de apego— es considerado de igual manera que la búsqueda de cuidados, es decir como un componente básico de la naturaleza humana (véase la conferencia 1).

La exploración del entorno, incluyendo el juego y las diversas actividades con los compañeros, es considerada como el tercer componente básico, antitético de la conducta de apego. Cuando un individuo (de cualquier edad) se siente seguro, es probable que explore lejos de su figura de apego. Cuando está alarmado, ansioso, cansado o enfermo siente la necesidad de la proximidad. Así consideramos la pauta típica de interacción entre el hijo y los padres, conocida como exploración a partir de una base segura y descrita por primera vez por Ainsworth (1967). Siempre que sepa que el padre es accesible y que responderá cuando recurra a él, el niño sano se sentirá seguro para explorar. Al principio estas exploraciones están limitadas en el tiempo y en el espacio. De todos modos, alrededor de la mitad del tercer año de vida, un niño seguro se vuelve lo suficientemente confiado para aumentar el tiempo y la distancia... primero hasta medio día y más adelante hasta el día entero. A medida que ingresa en la adolescencia, sus excursiones se amplían a semanas o meses, pero de todos modos la base de un hogar seguro sigue siendo indispensable para el óptimo funcionamiento y para la salud mental. Nótese que el concepto de base segura es una característica central de la teoría de la psicoterapia propuesta.

Durante los primeros meses de vida, el niño muestra muchas de las respuestas que constituyen lo que más tarde será la conducta de apego, pero la pauta organizada no se desarrolla hasta la segunda mitad del primer año. Desde el momento del nacimiento muestra una capacidad embrionaria para establecer una interacción social y siente placer al hacerlo (Stern, 1985): por lo tanto no existe fase autista ni narcisista. Además, en el plazo de unos días es capaz de distinguir entre la figura de la madre y otros mediante el olor de ella y al oír su voz, y también por el modo en que ella lo sostiene en sus brazos. El discernimiento visual no es seguro hasta el segundo trimestre.

Inicialmente, el llanto es el único medio del que dispone para señalar su necesidad de cuidados, y el contento el único medio del que dispone para señalar que ha quedado satisfecho. De todos modos, durante el segundo mes, su sonrisa actúa energicamente para alentar a la madre en su servicio, y su repertorio de comunicaciones emocionales se extiende rápidamente (Izard, 1982; Emde, 1983).

El desarrollo de la conducta de apego como un sistema organizado, teniendo como objetivo la conservación de la proximidad o de la accesibilidad a una figura materna discriminada, exige que el niño haya desarrollado la capacidad cognitiva de conservar a su madre en la mente cuando ella no está presente: esta capacidad se desarrolla durante los segundos seis meses de vida. Así, a partir de los nueve meses, la gran mayoría de los bebés responden con protestas y llantos cuando se los deja con una persona desconocida, y también con el enfado y el rechazo más o menos prolongado hacia dicha persona. Estas observaciones demuestran que durante estos meses el bebé adquiere la capacidad de representación, y que su modelo operante de la madre se vuelve accesible para él con el fin de establecer comparaciones durante su ausencia y de reconocerla cuando regresa. Como complemento a su modelo de la madre, desarrolla un modelo operante de sí mismo en interacción con ella; y lo mismo hace con su padre.

Una característica importante de la teoría del apego es la hipótesis de que la conducta de apego se organiza mediante un sistema de control dentro del sistema nervioso central, análogo a los sistemas de control fisiológico que mantienen dentro de determinados límites las medidas fisiológicas tales como la tensión sanguínea y la temperatura corporal. Así, la teoría propone que de un modo análogo a la homeostasis fisiológica, el sistema de control del apego mantiene la conexión de una persona con su figura de apego entre ciertos límites de distancia y accesibilidad, usando para ello métodos de comunicación cada vez más sofisticados. Como tales, las consecuencias de su aplicación pueden considerarse un ejemplo de lo que puede denominarse homeostasis ambiental (Bowlby, 1969, 1982). Postulando un sistema de control de este tipo (con sistemas análogos que controlan otras formas de conducta), la teoría del apego contiene dentro de sí misma una teoría de la motivación que puede reemplazar a las teorías tradicionales que recurren

a una construcción postulada de la energía o el impulso. Entre las diversas ventajas de la teoría de control está la de que presta tanta atención a las circunstancias que ponen fin a una secuencia conductual como a las que la inician y pone a prueba un marco provechoso para la investigación empírica.

La presencia de un sistema de control del apego y su conexión con los modelos operantes del sí-mismo y de la figura o figuras de apego que elabora la mente durante la infancia, son características centrales del funcionamiento de la personalidad a lo largo de la vida.

#### PAUTAS DE APEGO Y CIRCUNSTANCIAS QUE DETERMINAN SU DESARROLLO

El segundo aspecto al que la teoría del apego presta especial atención es el papel que tienen los padres de un niño en el modo en que éste se desarrolla. Actualmente existen pruebas impresionantes de que la pauta de apego que un individuo desarrolla durante los años de inmadurez —la primera infancia, la niñez y la adolescencia— está profundamente influida por el modo en que sus padres (u otras figuras de paternidad) lo tratan. Esta evidencia deriva de una serie de estudios sistemáticos, entre los que se destacan estudios probables del desarrollo socioemocional durante los cinco primeros años de vida, llevados a cabo por psicólogos del desarrollo que también son clínicamente complejos. Iniciados por Ainsworth (Ainsworth, Blehar, Waters y Wall, 1978; Ainsworth, 1985) y ampliados notablemente por Main (Main, Kaplan y Cassidy, 1985) y Sroufe (1983, 1985) en Estados Unidos, y por Grossmann (Grossmann, Grossmann y Schwan, 1986) en Alemania, estos estudios se multiplican rápidamente en la actualidad. Sus descubrimientos son notablemente coherentes y tienen un claro significado clínico.

Tres pautas principales de apego, descritas en primer lugar por Ainsworth y sus colegas en 1971, están actualmente bien identificadas junto con las circunstancias familiares que las favorecen. Son, en primer lugar, la pauta del apego seguro, en la que el individuo confía en que sus padres (o figuras parentales) serán accesibles, sensibles y colaboradores si él se encuentra en una situación adversa o atemorizante. Con esta seguridad, se atreve a hacer sus exploraciones del mundo. Esta pauta

es favorecida por el progenitor —en los primeros años especialmente por la madre— cuando se muestra fácilmente accesible y sensible a las señales de su hijo, y amorosamente sensible cuando éste busca protección y/o consuelo.

Una segunda pauta es la del apego ansioso resistente en el cual el individuo está inseguro de si su progenitor será accesible o sensible o si lo ayudará cuando lo necesite. A causa de esta incertidumbre, siempre tiene tendencia a la separación ansiosa, es propenso al aferramiento y se muestra ansioso ante la exploración del mundo. Esta pauta, en la que el conflicto es evidente, se ve favorecida por el progenitor que se muestra accesible y colaborador en algunas ocasiones pero no en otras, y por las separaciones y —como demuestran los descubrimientos clínicos— por las amenazas de abandono utilizadas como medio de control.

Una tercera pauta es la del apego ansioso elusivo, en el que el individuo no confía en que cuando busque cuidados recibirá una respuesta servicial sino que, por el contrario, espera ser desairado. Cuando en un grado notorio ese individuo intenta vivir su vida sin el amor y el apoyo de otras personas, intenta volverse emocionalmente autosuficiente y con posterioridad puede ser diagnosticado como narcisista o como poseedor de un falso sí-mismo del tipo descrito por Winnicott (1960). Esta pauta, en la que el conflicto está más oculto, es el resultado del constante rechazo de la madre cuando el individuo se acerca a ella en busca de consuelo y protección. Los casos más extremos son consecuencia de los rechazos repetidos.

Aunque en la mayor parte de los casos la pauta observada se ajusta bastante fielmente a uno u otro de los tres tipos bien reconocidos, han existido excepciones desconcertantes. Durante el procedimiento de evaluación utilizado en estos estudios (la "situación desconocida" de Ainsworth) en el que el niño y la madre son observados en interacción durante una serie de episodios breves, algunos niños parecieron estar desorientados y/o desorganizados. Un niño parece aturdido; otro queda paralizado; un tercero establece alguna estereotipia; un cuarto niño empieza a moverse y se detiene inexplicablemente. Luego de muchos estudios, Main y sus colegas han llegado a la conclusión de que estas formas peculiares de conducta se producen en niños que muestran una versión desorganizada de una de las tres pautas típicas, a menudo la del ansioso resistente (Main y

Weston, 1981; Main y Solomon, en prensa). Algunos ejemplos se observan en niños que han sido maltratados físicamente y/o totalmente descuidados por sus padres (Crittenden, 1985). Otros se producen en parejas en las que la madre padece una forma grave de enfermedad afectiva bipolar y trata al niño de un modo desigual e imprevisible (Radke-Yarrow y otros, 1985). Incluso otros son manifestados por niños cuyas madres aún están ocupadas en el duelo de una figura paterna perdida durante su infancia, y por aquellos cuyas madres sufrieron de niñas malos tratos físicos o sexuales (Main y Hesse, en prensa). Los casos que muestran estas pautas desviadas son evidentemente de gran importancia clínica, y en la actualidad se les presta mucha atención.

El conocimiento de los orígenes de estas pautas desviadas confirma de la manera más clara posible la influencia que ejerce el modo en que los padres tratan al niño sobre la pauta de apego de ésta. Sin embargo, otras pruebas que lo confirman provienen de observaciones detalladas de los diferentes modos en que las madres tratan a sus hijos durante una sesión de laboratorio planificada cuando el niño tiene dos años y medio de edad (Matas, Arend y Sroufe, 1978). En este estudio se le da al niño una tarea breve pero difícil para cuya solución necesita una pequeña ayuda, y su madre es libre de interactuar con él. Se descubrió que, en esta situación, el modo en que ella lo trata está estrechamente relacionado con la pauta de apego que el niño mostraba hacia ella dieciocho meses antes. Así, la madre de un niño que había mostrado un apego seguro demuestra ser atenta y sensible a su desempeño y responde a los éxitos y las dificultades del niño de un modo servicial y alentador. Por el contrario, la madre de un niño que había mostrado inseguridad demuestra ser menos atenta y/o menos sensible. En algunos casos, sus respuestas son inoportunas y poco provechosas; en otros, puede prestar poca atención a lo que él está haciendo o a lo que siente; e incluso en otros puede desalentar activamente o rechazar sus intentos por conseguir ayuda y aliento. Es preciso notar que la pauta de interacción adoptada por la madre de un niño inseguro proporciona un modelo excelente para la pauta de la intervención terapéutica que defendemos aquí.

Al subrayar la enorme influencia que ejerce la madre en el desarrollo del niño, también es necesario considerar qué factores la han llevado a adoptar ese estilo en sus cuidados. Un factor

que tiene gran influencia es el grado de apoyo emocional —o la falta de éste— que ella misma recibe en ese momento. Otro es el tipo de cuidados maternos que ella recibió de niña. Una vez reconocidos estos factores, la idea de culpar a los padres se desvanece y queda reemplazada por un enfoque terapéutico. Dado que los problemas emocionales de los padres que tienen su origen en el pasado y las consecuencias de éstos en los niños se han convertido en un campo de investigación sistemática, al final de la conferencia 8 damos una breve descripción del trabajo que se realiza en la actualidad.

#### PERSISTENCIA DE LAS PAUTAS

Si retomamos ahora las pautas de apego observadas en los niños de un año, los estudios eventuales muestran que cada pauta de apego, una vez desarrollada, tiende a persistir. Uno de los motivos es que el modo en que un progenitor trata a un niño, sea para bien o para mal, tiende a permanecer invariable. Otro es que cada pauta tiende a perpetuarse a sí misma. Así, un niño seguro es un niño más feliz y resulta más gratificante cuidarlo, y también es menos exigente que un niño ansioso. Un niño ansioso ambivalente es propenso a las quejas y al aferramiento; mientras que un ansioso elusivo mantiene las distancias y es propenso a tiranizar a otros niños. En estos dos últimos casos, es probable que la conducta del niño provoque una respuesta desfavorable por parte del padre, con lo que se desarrolla un círculo vicioso.

Aunque por estas razones las pautas —una vez formadas— tienden a persistir, en modo alguno ocurre necesariamente así. Las pruebas demuestran que durante los dos o tres primeros años, la pauta de apego es una característica de la relación —por ejemplo del niño con la madre o del niño con el padre—, y que si los padres tratan al niño de un modo distinto, la pauta cambiará de acuerdo con ello. Estos cambios están entre las muchas pruebas analizadas por Sroufe (1985) de que la estabilidad de las pautas, cuando tiene lugar, no puede ser atribuida al temperamento innato del niño, como se ha afirmado en algunas ocasiones. Sin embargo, a medida que el niño crece, la pauta se convierte cada vez más en una característica del niño mismo, lo que significa que tiende a imponerla —o a imponer

alguna pauta derivada de ella— en las nuevas relaciones: con un maestro, una madre adoptiva o un terapeuta.

Los resultados de este proceso de internalización son evidentes en un estudio provisional que muestra que la pauta de apego característica de la pareja madre-hijo —tal como se la valora cuando el niño alcanza los doce meses de edad— puede predecir el modo en que el niño se comportará en un grupo infantil (en ausencia de la madre) tres años y medio más tarde. Así, los niños que a los doce meses mostraban una pauta segura con la madre probablemente serán descritos por el personal de la guardería como cooperativos, populares entre los demás niños, resistentes e ingeniosos. Los que mostraban una pauta ansiosa elusiva probablemente serán descritos como niños emocionalmente aislados, hostiles y antisociales y, paradójicamente, como niños que buscan de un modo excesivo la atención de los demás. Los que mostraban una pauta ansiosa resistente también son descritos como niños que buscan excesivamente la atención y como niños tensos, impulsivos y fácilmente frustrados, o como pasivos e incapaces (Sroufe, 1983). En vista de estos descubrimientos, no es sorprendente que en otros dos estudios provisionales —un estudio pionero realizado en California (Main y Cassidy, en prensa) y uno similar en Alemania (Wärtner, 1986)— la pauta de apego evaluada a los doce meses también puede predecir en gran medida las pautas de interacción con la madre cinco años más tarde.

Aunque el repertorio de la conducta de un niño de seis años hacia el progenitor es enormemente más amplio que el de un niño de un año, las primeras pautas de apego son de todos modos fácilmente discernibles a una edad más avanzada. Así, los niños clasificados como seguramente apegados a los seis años de edad son los que tratan a sus padres de una manera relajada y amistosa, entablan con ellos una intimidad fácil y a menudo sutil, y mantienen una conversación fluida. Los niños clasificados como ansiosos resistentes muestran una mezcla de inseguridad, incluyendo tristeza y temor, y de intimidad alterada con hostilidad, que a veces es sutil y a veces manifiesta. En algunos de estos casos, la conducta del niño sorprende al observador por su naturaleza autoconsciente, incluso artificial. Como si siempre estuvieran anticipando una respuesta negativa por parte de los padres, intentan congraciarse exhibiéndose,

tal vez mostrándose astutos o especialmente encantadores (Main y Cassidy, en prensa; Main, comunicación personal).

Los niños de seis años clasificados como ansiosos elusivos tienden discretamente a mantener al progenitor a distancia. Su manera de saludar es formal y breve; los temas de conversación son impersonales. Se mantiene ocupado con los juguetes o en alguna otra actividad, y hace caso omiso o incluso desdén las iniciativas del progenitor.

Los niños que a los doce meses parecen desorganizados y/o desorientados, cinco años más tarde parecen destacarse por su tendencia a controlar o dominar al progenitor. Una forma de esta conducta consiste en tratar al progenitor de un modo humillante o rechazante; otra, en ser solícito y protector. Estos son ejemplos claros de lo que los clínicos han clasificado como una inversión en el rol del hijo y del padre. Las conversaciones entre ellos son fragmentadas, las frases quedan interrumpidas y los temas cambian repentinamente.

Al considerar la persistencia de las pautas de interacción de un niño de seis años con los padres o con otras figuras parentales, surge una pregunta crítica: ¿en qué medida, a esta edad, las pautas están arraigadas en la personalidad del niño, y en qué medida son el reflejo del modo en que los padres aún los tratan? La respuesta, a la que apunta la experiencia clínica, es que a esa edad ambas influencias operan de manera tal que las intervenciones más eficaces son las que tienen en cuenta a ambas, por ejemplo mediante la terapia familiar o proporcionando ayuda paralela a los padres y al hijo.

Hasta ahora se sabe poco acerca de la influencia que sobre el desarrollo de la personalidad tienen las interacciones con la madre, comparadas con la influencia de las mismas con el padre. No resultaría sorprendente que fueran diferentes facetas de la personalidad que se manifiestan en situaciones diferentes y que son influidas de diferente manera. Además, sus respectivas influencias en los hombres probablemente difieren de sus respectivas influencias en las mujeres. Evidentemente, éste es un campo muy complejo que requiere una amplia investigación. Entretanto, parece probable que, al menos durante los primeros años de la vida del individuo, el modelo del sí-mismo interactuando con la madre es el más influyente de los dos. Esto no sería extraño dado que en todas

las culturas conocidas, la gran mayoría de los bebés y los niños interactúan mucho más con la madre que con el padre.

Es preciso reconocer que, hasta ahora, los estudios provisionales de la relativa persistencia de las pautas del apego —y de los rasgos de la personalidad característicos de cada una— no se han ocupado de niños de más de seis años. Aun así, dos estudios de corte transversal con adultos jóvenes muestran que los rasgos de la personalidad característicos de cada pauta durante los primeros años, también se encuentran en adultos jóvenes (Kobak y Sceery, 1988; Cassidy y Kobak, en prensa; Hazan y Shaver, 1987); y es harto probable que, excepto en los casos en que las relaciones familiares hayan cambiado de manera sustancial en el intervalo, se encuentren permanentemente presentes. Toda nuestra experiencia clínica apoya firmemente ese punto de vista.

#### UNA TEORIA DE LA INTERNALIZACION

Con el fin de explicar la tendencia de las pautas de apego a convertirse cada vez más en una característica del niño, la teoría del apego recurre al concepto de los modelos operantes ya descritos del sí-mismo y de los padres. Los modelos operantes que un niño construye de su madre y de los modos en que ella se comunica y se comporta con él, y un modelo comparable de su padre, junto con los modelos complementarios de sí mismo en interacción con cada uno, son construidos por el niño durante los primeros años de su vida y, según se postula, pronto se establecen como estructuras cognitivas influyentes (Main, Kaplan y Cassidy, 1985). Las pruebas analizadas sugieren que las formas que adoptan están basadas en la experiencia del niño de las interacciones cotidianas con sus padres. Posteriormente, el modelo de sí-mismo que construye también refleja las imágenes que sus padres tienen de él, imágenes que están comunicadas no sólo por el modo en que cada uno lo trata, sino por lo que cada uno *le dice*. Estos modelos dominan el modo en que se siente con respecto a cada progenitor y con respecto a él mismo, el modo en que espera que cada uno de ellos lo trate, y el modo en que planifica su conducta hacia ellos. También dominan los temores y los deseos expresados en sus ensueños.

Las pruebas demuestran que, una vez construidos, estos

modelos de un padre y un sí-mismo en interacción tienden a persistir y se los da por sentado en grado tal que llegan a operar a nivel inconsciente. A medida en que un niño con un apego seguro crece y sus padres lo tratan de un modo diferente, se produce una actualización gradual de los modelos. Esto significa que, aunque siempre existe un intervalo, sus modelos operativos corrientes siguen siendo simulaciones razonablemente buenas de él mismo y de sus padres en interacción. En contraste, en el caso de un niño apegado ansiosamente, esta actualización gradual de los modelos está en cierto grado obstruida por la exclusión defensiva de la experiencia y la información discrepante. Esto significa que las pautas de interacción a las que conducen los modelos, una vez que se han vuelto habituales, generalizadas y en gran medida inconscientes, persisten en un estado más o menos no corregido e invariable incluso cuando el individuo, en años posteriores, se relaciona con personas que lo tratan de maneras totalmente diferentes a las adoptadas por sus padres cuando él era un niño.

La clave para la comprensión de estas diferencias en el grado en que estos modelos quedan actualizados se encuentra en las profundas diferencias en la libertad de comunicación entre la madre y el niño que caracteriza a las parejas de los dos tipos. Esta es una variable a la que Bretherton (1987) ha prestado especial atención.

Se observará que en el estudio longitudinal de Main descrito anteriormente, la pauta de comunicación entre un niño de seis años y su madre —como la observada en una pareja que cinco años antes había mostrado una pauta segura de apego— es muy diferente de la observada en una pareja que anteriormente había mostrado una pauta insegura. Mientras las parejas seguras ocupadas en una conversación fluida se comunicaban con expresiones de sentimientos y tocaban una variedad de temas incluyendo los personales, las parejas inseguras no lo hacían. En algunas, la conversación era fragmentada y los temas cambiaban abruptamente. En otras —las parejas elusivas—, la conversación era limitada, los temas se limitaban a lo impersonal y quedaba omitida toda referencia a los sentimientos. Se supone que estas asombrosas diferencias en el grado en que la comunicación es libre o restringida, son de gran importancia para comprender por qué un niño se desarrolla saludablemente y otro presenta perturbaciones. Además, no es difícil

notar que esta misma variable —el grado en que la comunicación entre dos individuos es limitada o relativamente libre— ha sido reconocida durante mucho tiempo como una preocupación central en la práctica de la psicoterapia analítica.

Para que una relación entre dos individuos cualesquiera se desarrolle armoniosamente, cada uno debe ser consciente del punto de vista del otro, de sus objetivos, sus sentimientos y sus intenciones, y cada uno debe ajustar su propia conducta de manera tal que se pueda llegar a una convergencia de objetivos. Esto requiere que cada uno tenga modelos razonablemente exactos de él mismo y del otro que se actualizan regularmente mediante la libre comunicación entre ellos. Es aquí donde las madres de los niños con un apego seguro sobresalen, y las de los niños inseguros son marcadamente deficientes. Una vez que nos concentremos en el grado en que la comunicación entre una pareja de progenitor e hijo es fluida o no, pronto se vuelve evidente que, desde los primeros días de vida, el grado de libertad de comunicación en las parejas destinadas a desarrollar una pauta segura de apego es mucho mayor que en las parejas en que no ocurre lo mismo (Ainsworth, Bell y Stayton, 1971; Blehar, Lieberman y Ainsworth, 1977). Así, una característica de la madre cuyo bebé se desarrolla de una manera segura, es que está controlando continuamente el estado de su bebé y cuando él señala que necesita atención, ella registra las señales y actúa de acuerdo con ellas. En contraste, la madre de un bebé que más tarde presenta un apego ansioso, probablemente controla el estado de su bebé sólo de manera esporádica y, cuando percibe las señales, responde tardía y/o inadecuadamente. Además, en el momento en que el bebé cumple el primer año, estas diferencias en la libertad de comunicación se hacen claramente evidentes en el procedimiento de “la situación extraña” de Ainsworth (Grossmann, Grossmann y Schwan, 1986). Incluso en el episodio introductorio, cuando el bebé y la madre están a solas, se observó que era mayor la cantidad de parejas seguras que entablaban comunicación directa mediante el contacto visual, la expresión facial y la vocalización, y mostrándose y compartiendo juguetes, que las inseguras. A medida que aumenta la tensión del niño, aumentan las diferencias entre las parejas. Así, en el episodio de la reunión después de la segunda separación, todas las parejas seguras —salvo una— se comunicaban de un modo directo, en contraste con una

minoría de las parejas inseguras. Hubo, además, otra diferencia sorprendente. Mientras cada niño clasificado como seguro estaba en comunicación directa con su madre, no sólo cuando estaba contento sino también cuando estaba afligido, los niños clasificados como elusivos, si entablaban una comunicación directa sólo lo hacían cuando estaban contentos.

Por ejemplo, a los doce meses hay niños que ya no expresan a sus madres sus más profundas emociones, ni el deseo igualmente profundo de consuelo y tranquilidad que las acompaña. No es difícil advertir que esto representa una grave quiebra de la comunicación entre el niño y la madre. No sólo eso, sino que —debido a que el modelo de sí-mismo del niño está profundamente influido por el modo en que su madre lo considera y lo trata— cada vez que ella deja de reconocerlo, es probable que él deje de reconocerse a sí mismo. De este modo, se supone, importantes aspectos de la personalidad en desarrollo del niño pueden quedar separados —o incomunicados— de esos aspectos de su personalidad que la madre reconoce, y a los que responde, lo que en algunos casos incluye rasgos de la personalidad que ella le atribuye erróneamente.

El resultado de este análisis es que la obstrucción de la comunicación entre las diferentes partes de una personalidad —o de los sistemas internos de ésta—, que desde los primeros tiempos Freud consideró problemas cruciales por resolver, se ve actualmente como un reflejo de las respuestas y las comunicaciones diferenciales de una madre con su hijo. Cuando una madre responde favorablemente sólo a algunas de las comunicaciones emocionales de su hijo y hace la vista gorda o desalienta activamente otras, se establece una pauta para que el niño se identifique con las respuestas favorables y niegue las otras.

De acuerdo con esto, la teoría del apego explica el desarrollo diferencial de personalidades persistentes y mentalmente sanas, y también el de personalidades proclives a la ansiedad y la depresión, o a desarrollar un falso sí-mismo o alguna otra forma de vulnerabilidad a la mala salud mental. Tal vez no sea ninguna coincidencia que algunos de quienes abordan problemas de desarrollo de la personalidad y de psicopatología desde un punto de vista cognitivo —pero también quienes dan importancia a la capacidad de emoción, por ejemplo Epstein (1980, 1986) y Liotti (1986, 1987)— hayan formulado teorías que son esencialmente compatibles con ésta.

La conclusión alcanzada hasta ahora sobre el papel de la comunicación libre, tanto emocional como cognitiva, en la determinación de la salud mental, está firmemente apoyada por un importante descubrimiento reciente del estudio longitudinal de Main. Como resultado de las entrevistas con las madres de los niños del estudio, Main descubrió una marcada relación entre el modo en que la madre describe sus relaciones con sus padres durante la infancia y la pauta de apego que su hijo tiene con ella (Main, Kaplan y Cassidy, 1985; véase también Morris, 1981 y Ricks, 1985). Mientras la madre de un bebé seguro es capaz de hablar libremente y con ternura de su infancia, la madre de un bebé inseguro no lo es.

En esta parte del estudio, un entrevistador pide a la madre una descripción de sus primeras relaciones y de acontecimientos relacionados con el apego, y de su opinión del modo en que estas relaciones y acontecimientos afectaron su personalidad. Al evaluar los resultados, se presta tanta o más atención al modo en que la madre cuenta la historia y se ocupa de cuestiones minuciosas, como al material histórico que describe. Al nivel más simple, se descubrió que, probablemente, la madre de un niño seguro afirme haber tenido una infancia razonablemente feliz y se muestre capaz de hablar de ella fácil y detalladamente, dando el debido lugar a los acontecimientos desdichados que puedan haber ocurrido, lo mismo que a los acontecimientos dichosos. En contraste, probablemente la madre de un niño inseguro responderá a las preguntas de una de dos maneras distintas. Una de ellas, mostrada por las madres de los niños ansiosos resistentes, consiste en describir una relación difícil y desdichada con su propia madre, por la cual aún se siente claramente perturbada y con la que todavía está mentalmente implicada y, en caso de que su madre aún viviera, es evidente que estaría implicada con ella también en la realidad. La otra —que es la que muestran las madres de niños ansiosos elusivos— consiste en afirmar de manera generalizada y como una cuestión de hecho que tuvo una infancia feliz; pero no sólo es incapaz de proporcionar algún detalle para sustentarlo, sino que puede mencionar episodios que señalan lo contrario. Con frecuencia, esa madre insistirá en que no puede recordar nada

de su infancia ni del modo en que fue tratada. Con esto queda evidentemente sustentada la firme impresión de los clínicos acerca de que una madre que tuvo una infancia feliz probablemente tendrá un hijo que muestre un apego seguro hacia ella, y que una infancia desdichada, más o menos disimulada por la incapacidad de recordar, plantea dificultades.

No obstante, un segundo descubrimiento —no menos importante y especialmente pertinente en este punto— surge de un estudio de las excepciones a la regla general. Se trata de madres que afirman haber tenido una infancia muy desdichada pero que sin embargo tienen hijos que muestran un apego seguro hacia ellas. Una característica de cada una de estas madres, que las distingue de las madres de niños inseguros, es que a pesar de describir un gran rechazo y desdicha durante la infancia, y de hacerlo llorando, quizás, pueden contar su historia de una manera fluida y coherente en la que los aspectos positivos de sus experiencias reciben el debido lugar y parecen haber estado integrados con los negativos. En su capacidad de equilibrio, se parecen a las madres de los niños seguros. Los entrevistadores y quienes evaluaban las transcripciones consideraron que estas madres excepcionales habían pensado mucho en sus primeras experiencias desdichadas y en el modo en que las habían afectado a largo plazo, y también en los motivos que sus padres podían tener para tratarlas así. De hecho, parecían haber aceptado su experiencia.

En contraste, las madres de niños cuyas pautas de apego hacia ellas eran inseguras, y que también describieron una infancia desdichada, lo hicieron sin fluidez ni coherencia: las contradicciones abundaban y pasaban inadvertidas. Además, fue la madre de un niño inseguro en su relación con ella la que afirmaba una incapacidad para recordar su infancia y lo hizo repetida y firmemente.<sup>2</sup>

A la luz de estos descubrimientos, Main y sus colegas llegan a la conclusión de que el libre acceso a la información relacionada con el apego, y la coherente organización de la misma, desempeñan un papel determinante en el desarrollo de una personalidad segura durante la vida adulta. En el caso de alguien que ha tenido una infancia feliz, probablemente ningún

obstáculo le evitará el libre acceso a los aspectos emocionales y cognitivos de dicha información. En el caso de alguien que sufrió una gran desdicha, o cuyos padres le impidieron notar o recordar los acontecimientos adversos, el acceso a la misma es doloroso y difícil, y puede resultar imposible sin ayuda. Sin embargo, sea cual fuere el modo en que lo realiza, cuando una mujer logra retener o recuperar el acceso a esos recuerdos desdichados y los vuelve a procesar de tal manera que puede aceptarlos, se revela que no es menos capaz que una mujer cuya infancia fue desdichada, de responder a la conducta de apego de su hijo de modo tal que éste desarrolle un apego seguro hacia ella. Este es un descubrimiento que proporciona un gran estímulo a los muchos terapeutas que durante tanto tiempo han procurado ayudar a las madres precisamente de esta manera. Al final de la conferencia 8 se mencionan otras técnicas de ayuda a las madres perturbadas.

#### CAMINOS HACIA EL DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD

Existe otro aspecto en el que la teoría del apego difiere de los tipos tradicionales de la teoría psicoanalítica, es decir, su rechazo del modelo de desarrollo en el que un individuo atraviesa una serie de etapas en cualquiera de las cuales puede quedar fijado, o a las cuales puede regresar, y su reemplazo por un modelo en el que un individuo avanza a lo largo de uno u otro camino de desarrollo potencial. Algunos de estos caminos son compatibles con el desarrollo saludable; otros se desvían en una u otra dirección por vías incompatibles con la salud.

Todas las variables del modelo tradicional que recurre a fases del desarrollo están basadas en el supuesto de que, en alguna fase del desarrollo normal, el niño muestra rasgos psicológicos que en un individuo mayor serían considerados signos de patología. Así, podría considerarse que un adulto crónicamente ansioso y aferrado ha quedado fijado o ha regresado a una fase supuesta de oralidad o de simbiosis; mientras que en el caso de un individuo profundamente introvertido podría considerarse que ha regresado a una supuesta fase de autismo o de narcisismo. Los estudios sistemáticos de los bebés del género humano, como los realizados por Stern (1985), han hecho que este modelo sea insostenible. Las observaciones

2. En un análisis posterior de los datos se ha descubierto que todas estas correlaciones también se aplican a los padres (Main, comunicación personal).

muestran que desde el momento del nacimiento, los niños son socialmente sensibles. Los niños que empiezan a caminar y se desarrollan saludablemente, no muestran un aferramiento ansioso excepto cuando están asustados o afligidos; en otros momentos, exploran con confianza.

El modelo de caminos del desarrollo considera que en el momento del nacimiento un bebé tiene una serie de caminos que se abren potencialmente ante él, y que aquel por el cual avanzará está determinado en cada momento por la interacción del individuo, tal como es en ese momento, con el entorno en el que se encuentra. Cada niño tiene su propia serie individual de caminos potenciales para el desarrollo de la personalidad que —excepto en los bebés nacidos con determinado tipo de daño neurológico— incluye muchos compatibles con la salud mental, y también muchos incompatibles. El camino particular por el que avanza está determinado por el entorno en el que se encuentra, sobre todo por el modo en que los padres (o los padres sustitutos) lo tratan, y por el modo en que él responde. Los niños cuyos padres son sensibles están capacitados para desarrollarse por un camino saludable. Aquellos cuyos padres son insensibles, negligentes o rechazantes, probablemente se desarrollarán por un camino desviado en que cierto grado es incompatible con la salud mental, y que los hace vulnerables a la depresión en caso de que se enfrenten a acontecimientos seriamente adversos. Aun así, dado que el curso del desarrollo posterior no es fijo, los cambios en el modo en que es tratado el niño pueden desviar su camino en una dirección más favorable o menos favorable. Aunque la capacidad de cambio del desarrollo disminuye con los años, el cambio continúa a lo largo de todo el ciclo vital, de manera que los cambios favorables o desfavorables siempre son posibles. Esta posibilidad continua de cambio significa que una persona nunca es invulnerable a cualquier posible adversidad, y también que nunca es impermeable a las influencias favorables. Es esta persistente posibilidad de cambio la que permite la oportunidad de realizar una terapia eficaz.

## APEGO, COMUNICACION Y PROCESO TERAPEUTICO

*En la segunda parte de mi Conferencia Maudsley de 1976, titulada "The making and breaking of affectional bonds" (1977), describí algunas de mis ideas sobre las implicaciones terapéuticas de la teoría del apego. Gran parte de lo aprendido desde entonces ha reafirmado mi confianza en ese enfoque. Por tanto, el presente enfoque debería ser considerado una ampliación del anterior. En él dedico una mayor atención a los modos en que las primeras experiencias de un paciente afectan la relación de transferencia y hablo además del objetivo del terapeuta de capacitar al paciente para reconstruir sus modelos operantes de él mismo y de su figura o figuras de apego, de modo tal que se encuentre menos dominado por el hechizo de desdichas olvidadas y más capacitado para reconocer a los compañeros del presente tal como son.*

una cosa que no ha sido comprendida,  
reaparece inevitablemente; como un fantasma no conjurado,  
no puede descansar hasta que el misterio ha sido resuelto  
y el hechizo ha quedado roto.

Sigmund Freud, 1909

Los que no pueden recordar el pasado,  
están condenados a repetirlo.

George Santayana, 1905

La teoría del desarrollo y la psicopatología de la personalidad esbozada anteriormente puede utilizarse como marco para guiar a cada una de las tres formas principales de psicoterapia analítica utilizadas en la actualidad: la terapia individual, la terapia familiar y la terapia de grupo. Aquí sólo me ocuparé de la primera.

Un terapeuta que aplica la teoría del apego considera que su papel es el de proporcionar las condiciones en las que su paciente pueda explorar sus modelos representativos de sí mismo y de sus figuras de apego con el fin de volver a evaluarlos y reestructurarlos a la luz de la nueva comprensión adquirida y de las nuevas experiencias vividas en la relación terapéutica. Al ayudar al paciente a lograr este fin, el papel del terapeuta puede ser descrito según cinco puntos principales.

El primero consiste en proporcionar al paciente una base segura desde la cual explorar los diversos aspectos desdichados y dolorosos de su vida pasada y presente, en muchos de los cuales le resulta difícil o tal vez imposible pensar y reconsiderarlos sin un compañero confiable que le proporcione apoyo, aliento, comprensión y, en ocasiones, una guía.

El segundo es el de ayudar al paciente en sus exploraciones, alentándolo a considerar los modos en que entabla relaciones con figuras significativas en su vida presente, cuáles son sus expectativas con respecto a sus propios sentimientos y conducta y con respecto a los de los demás, qué tendencias inconscientes puede estar poniendo en juego cuando elige una persona con la que espera mantener una relación íntima y cuando crea situaciones que lo perjudican.

Una relación particular que el terapeuta alienta al paciente a examinar, y que constituye la tercera tarea, es la que se establece entre ellos dos. En ésta el paciente introducirá todas las percepciones, las construcciones y las expectativas de cómo puede sentirse y comportarse con él una figura de apego dictada por sus modelos operantes de los padres y del sí-mismo.

La cuarta tarea consiste en alentar al paciente a considerar el modo en que sus percepciones y expectativas presentes y los sentimientos y acciones que aquéllas originan pueden ser el producto de acontecimientos y situaciones que enfrentó duran-

te su infancia y su adolescencia —sobre todo los vividos con sus padres— o bien el producto de lo que ellos pudieron contarle en repetidas ocasiones. Con frecuencia éste es un proceso doloroso y difícil, y no pocas veces exige que el terapeuta permita a su paciente considerar como posibilidades las ideas y los sentimientos con respecto a sus padres que hasta el momento consideraba inimaginables e impensables. Al hacerlo, el paciente puede sentirse afectado por fuertes emociones y por la necesidad de realizar acciones, algunas dirigidas hacia sus padres y algunas hacia el terapeuta, y muchas de las cuales considera atemorizantes y/o extrañas e inaceptables.

La quinta tarea del terapeuta consiste en capacitar al paciente para reconocer que sus imágenes (modelos) de él mismo y de los demás —derivadas de las experiencias dolorosas del pasado, o de mensajes equívocos provenientes del progenitor, pero con demasiada frecuencia denominadas erróneamente en la literatura como “fantasías”— pueden o no ser apropiadas para su presente y su futuro; o, efectivamente, pueden no haber estado nunca justificadas. Una vez que ha captado la naturaleza de sus imágenes (modelos) dominantes, y que ha rastreado sus orígenes, puede comenzar a comprender qué lo ha llevado a verse a sí mismo y al mundo de esa manera, y por lo tanto a sentir, pensar y actuar como lo hace. Entonces está en condiciones de reflexionar sobre la exactitud y adecuación de esas imágenes (modelos) y sobre las ideas y acciones a las que conducen, a la luz de sus experiencias presentes con personas emocionalmente significativas —incluyendo el terapeuta al igual que sus padres— y él mismo en relación con cada uno. Una vez que el proceso se ha puesto en marcha, él empieza a ver las antiguas imágenes (modelos) por lo que son, los productos no irracionales de sus experiencias pasadas o de lo que le contaron en repetidas ocasiones, y por tanto a sentirse libre de imaginar alternativas más ajustadas a su vida presente. Con estos medios, el terapeuta espera permitir a su paciente que deje de ser un esclavo de los viejos e inconscientes estereotipos, y que sienta, piense y actúe de maneras nuevas.

Los lectores serán conscientes de que los principios planteados tienen mucho en común con los principios descritos por otros psicoterapeutas entrenados analíticamente, que considerarán los conflictos que surgen dentro de las relaciones interpersonales como la clave para la comprensión de los problemas de

sus pacientes, que se centran en la transferencia y que también dan cierta importancia —aunque de diverso grado— a la experiencia anterior del paciente con sus padres. Entre los muchos nombres conocidos que podrían mencionarse en este contexto, se encuentran los de Fairbairn, Winnicott y Guntrip en Gran Bretaña, y Sullivan, Fromm-Reichmann, Gill y Kohut en Estados Unidos. Entre los trabajos de reciente publicación que contienen muchas de las ideas planteadas aquí, están los de Peterfreund (1983), Casement (1985), Pine (1985) y Strupp y Binder (1984), y también los de Malan (1973), y Horowitz y otros (1984), en el campo de la psicoterapia breve. Sobre todo quiero llamar la atención sobre las ideas de Horowitz y sus colegas que, al describir el tratamiento de pacientes que padecen un síndrome agudo de tensión, emplean una estructura conceptual muy similar a la presentada aquí. Aunque su técnica está destinada a ayudar a los pacientes a recuperarse de las consecuencias de un acontecimiento reciente seriamente cargado de tensión, creo que los principios que inspiran su trabajo son igualmente aplicables a la tarea de ayudar a los pacientes a recuperarse de las consecuencias de una perturbación crónica producida por acontecimientos tensos de varios años atrás, incluyendo los ocurridos durante los primeros años.

Aunque en esta exposición es conveniente presentar la lista de las cinco tareas del terapeuta de una manera lógica, están tan vinculadas entre sí que, en la práctica, una sesión productiva probablemente implicará primero una tarea, y luego otra. De todos modos, a menos que el terapeuta pueda capacitar a su paciente para sentir algún grado de seguridad, la terapia no puede empezar siquiera. Por tanto, comenzamos con el rol del terapeuta de proporcionar a su paciente una base segura. Este es un papel muy similar al descrito por Winnicott como “sostén”, y por Bion como “contención”.

Al proporcionar a su paciente una base segura desde la cual explorar y expresar sus pensamientos y sentimientos, el papel del terapeuta es análogo al de una madre que proporciona a su hijo una base segura desde la cual explorar el mundo. El terapeuta procura ser confiable, atento y comprensivamente sensible a las exploraciones de su paciente y, en la medida de lo posible, ver y sentir el mundo a través de la mirada de su

paciente, es decir que procura mostrar empatía. Al mismo tiempo, es consciente de que —debido a las experiencias adversas de su paciente en el pasado— el paciente puede no creer que el terapeuta sea confiable, que se comporte amablemente o que comprenda su situación. Por otra parte, las respuestas inesperadamente atentas y comprensivas que el paciente recibe pueden llevarlo a suponer que el terapeuta le proporcionará todo el cuidado y afecto que él siempre anheló pero nunca tuvo. En el primer caso, por lo tanto, se considera al terapeuta desde un punto de vista excesivamente crítico y hostil, y en el otro se lo considera dispuesto a proporcionar más de lo que puede ser realista. Se afirma que —dado que ambos tipos de equívocos e interpretaciones erróneas, y las emociones y la conducta a la que dan origen, son rasgos centrales de los problemas de los pacientes— el terapeuta necesita contar con un conocimiento lo más amplio posible de las diversas formas que estas interpretaciones erróneas pueden adoptar y también de los diferentes tipos de experiencias tempranas de los que probablemente han surgido. Sin esos conocimientos, el terapeuta se encuentra en una mala posición para ver y sentir el mundo del mismo modo que su paciente.

Aun así, el modo en que un paciente construye su relación con el terapeuta no está determinado únicamente por la historia de aquél: está determinado, por lo menos, por el modo en que el terapeuta lo trata. Así, el terapeuta siempre debe procurar ser consciente de la naturaleza de su propia contribución a la relación que, entre otras influencias, probablemente refleja de un modo u otro lo que él mismo experimentó durante su infancia. Este aspecto de la terapia, la contratransferencia, es una cuestión importante por sí sola, y tema de una amplia literatura. Dado que no es posible tratarlo aquí, quiero señalar no sólo la importancia de la contratransferencia, sino también el hecho de que el centro de la terapia debe estar siempre en las interacciones del paciente y el analista aquí y ahora, y que la única razón para alentar al paciente en ocasiones a explorar su pasado es la luz que ello arroja sobre sus modos presentes de sentir y abordar la vida.

Teniendo presente esa condición, consideremos algunas de las formas más comunes que adoptan las interpretaciones erróneas de un paciente, y el modo en que pueden haberse originado. Este es el aspecto de la terapia en el que el trabajo

de un terapeuta que adopta la teoría del apego puede diferir en su mayor parte del que adopta algunas de las teorías tradicionales del desarrollo de la personalidad y de la psicopatología. Así, por ejemplo, un terapeuta que considera las interpretaciones y percepciones erróneas de su paciente como productos irracionales de lo que el paciente experimentó realmente en el pasado o de lo que le dijeron en repetidas ocasiones, difiere enormemente del que considera las mismas interpretaciones y percepciones erróneas como el fruto irracional de una fantasía autónoma e inconsciente.

Con respecto al tema que expongo a continuación, me baso en varias fuentes distintas de información: estudios realizados por epidemiólogos; los realizados por psicólogos del desarrollo ya mencionados; observaciones hechas en el curso de la terapia familiar, y también en lo que he aprendido de pacientes a los que yo mismo he tratado y de aquellos cuya terapia he supervisado.

#### LA INFLUENCIA DE LAS PRIMERAS EXPERIENCIAS EN LA RELACION DE TRANSFERENCIA

No pocas veces ocurre que un paciente se muestra excesivamente preocupado de que su terapeuta lo rechace, lo critique o lo humille. Dado que sabemos que demasiados niños son tratados de esa manera por uno u otro de los padres, o por ambos, podemos confiar razonablemente en que ésa ha sido la experiencia de nuestro paciente. En caso de que pareciera probable que el paciente sea consciente de cómo se siente y cómo espera que el terapeuta lo trate, éste señalará que él también es consciente del problema. La rapidez con que el terapeuta pueda relacionar estas expectativas con las experiencias del paciente con sus padres —las del presente, lo mismo que las del pasado— depende de la disposición del paciente a considerar esa posibilidad o de que, por contraste, insista en que el tratamiento que le dieron sus padres está por encima de toda crítica. Cuando prevalece esta última situación, existe el problema más importante de intentar comprender por qué el paciente insistiría en conservar esta imagen favorable cuando las pruebas disponibles demuestran que se trata de un error.

En algunas familias ocurre que uno u otro progenitor insiste

en que es un progenitor admirable que siempre ha hecho todo lo posible por el niño y así, en la medida en que la fricción está presente, la falta recae exclusivamente en el niño. Esta actitud del progenitor a menudo encubre una conducta que, por regla general, ha estado lejos de ser perfecta. Sin embargo, dado que el progenitor insiste en que le ha dado al niño constante afecto y que el niño debe de ser malo y desagradecido de nacimiento, éste no tiene otra alternativa que aceptar la imagen, a pesar de que en algún punto de su mente sabe que la imagen es poco acertada.

Una nueva complicación surge cuando un paciente ha estado sujeto, durante la infancia, a firmes instrucciones por parte de uno de los padres en el sentido de que no debe hablar con nadie de ciertas cosas que ocurren en la familia. Por lo general se trata de peleas en las que el padre sabe que su conducta es susceptible de crítica; por ejemplo, peleas entre los padres, o entre el progenitor y el hijo, durante las cuales se han dicho o se han hecho cosas espantosas. Cuanto más insiste el terapeuta en que su paciente le cuente todo, más perturbador resulta el dilema para el paciente. La orden de guardar silencio no es poco común en familias que han sido dejadas de lado como fuentes de lo que tradicionalmente se ha llamado resistencia. A menudo al terapeuta le resulta útil preguntar al paciente si se ha visto sujeto a tales presiones y, en ese caso, ayudarlo a resolver el problema.

Hasta ahora hemos estado considerando casos en los que un paciente es en cierto modo consciente de sus expectativas de ser rechazado, criticado o humillado. De todos modos, no pocas veces el paciente parece totalmente inconsciente de tales sentimientos a pesar de que su actitud hacia el terapeuta rezuma desconfianza y evasión. Las pruebas señalan que estos estados de ánimo tienen lugar especialmente en aquellos que, habiendo desarrollado durante los primeros años una pauta de apego ansiosamente elusivo, han procurado desde entonces ser emocionalmente reservados y se han aislado del contacto íntimo con otras personas. Estos pacientes, a los que a menudo se describe como narcisistas o poseedores de un falso sí-mismo, evitan la terapia durante el mayor tiempo posible y, en caso de emprenderla, mantienen al terapeuta a distancia. Si se les permite, algunos hablarán sin cesar de cualquier cosa, excepto de las relaciones, pasadas o presentes, con alguna carga emocional.

Otros explicarán que no tienen nada de qué hablar. Una mujer joven cuyos movimientos revelaban una profunda desconfianza hacia mí, pasó el tiempo jactándose de sus proezas delictivas —la mayor parte de ellas ficticias, supongo— y expresando su desdén por lo que insistió en denominar mi vida aburrida y limitada. El trato con esas personas profundamente desconfiadas fue comparado hace muchos años por Adrian Stephen (1934) con el intento de entablar amistad con un pony tímido o asustado: ambas situaciones requieren una prolongada, serena y amistosa paciencia. Sólo cuando el terapeuta es consciente de los constantes rechazos a los que el paciente puede haber estado sometido de niño cada vez que buscaba consuelo y ayuda, y de su temor a quedar sometido a algo semejante por parte del terapeuta, éste puede ver la situación existente entre ambos tal como la ve su paciente.

Otra causa bastante distinta de cautela ante cualquier contacto estrecho con el terapeuta es el temor del paciente a que aquél lo atrape en una relación destinada a servir los intereses del terapeuta en lugar de los suyos. Una causa común de tal temor es una infancia en la que el progenitor —casi siempre la madre— ha procurado convertir al niño en su propia figura de apego y en su dador de cuidados, es decir que ha invertido la relación. Con frecuencia esto se hace inconscientemente y utilizando técnicas que, para un observador poco informado, pueden parecer una indulgencia excesiva, pero que son verdaderos sobornos para mantener al niño en el papel de dador de cuidados.

No es extraño que durante la terapia el paciente pase de tratar al terapeuta como si éste fuera uno de sus progenitores, a comportarse con él de la misma manera en que sus padres lo han tratado. Por ejemplo, un paciente que de niño ha estado sujeto a amenazas hostiles, puede utilizar amenazas hostiles con su terapeuta. Las experiencias de desprecio por parte de un progenitor pueden repetirse como desprecio hacia el terapeuta. Los avances sexuales por parte de un progenitor pueden reaparecer como avances sexuales hacia el terapeuta. Este tipo de conducta puede comprenderse de la siguiente manera. Durante su infancia, una persona aprende dos formas principales de conducta y construye en su mente dos tipos principales de modelo. Una forma de conducta es, por supuesto, la de un niño, o sea él mismo, interactuando con un progenitor, la madre o el

padre. Los modelos operantes correspondientes que construye son los de él mismo como niño en interacción con cada progenitor. La otra forma de conducta es la de un progenitor, o sea su madre o su padre, interactuando con un niño, él mismo. Los modelos correspondientes que construye son los de cada progenitor en interacción con él mismo. Por lo tanto, cada vez que el terapeuta queda desconcertado o resentido por el modo en que es tratado por el paciente, es lo bastante sensato para averiguar cuándo y de quién el paciente puede haber aprendido esa forma de tratar a otras personas. Con frecuencia la ha aprendido de sus progenitores.<sup>1</sup>

Con algunos pacientes, la relación terapéutica es una relación en la que la ansiedad, la desconfianza y la crítica, y en ocasiones también la ira y el desprecio, son evidentes y predominantes, y se mira al terapeuta con malos ojos. Sentimientos tales como la gratitud por los esfuerzos del terapeuta o el respeto por sus aptitudes, brillan por su ausencia. La tarea consiste entonces en ayudar al paciente a comprender que gran parte de su actual resentimiento se origina en el anterior maltrato a manos de otros y que, por incomprensible que su ira pueda resultar, continuar librando viejas batallas es improductivo. Aceptar que un pasado desdichado no se puede cambiar es, por lo general, una píldora difícil de tragar.

Con otros pacientes, la situación es inversa: la relación de la transferencia se convierte en una relación en la que la gratitud, la admiración y el afecto se expresan fácilmente, y se considera al terapeuta rodeado de un aura de perfección. La insatisfacción y la crítica están evidentemente ausentes, y la ira ante los defectos del terapeuta, especialmente las ausencias, es inimaginable. A mi entender, semejante idealización del terapeuta surge en parte de esperanzas y expectativas poco realistas de lo que éste está en condiciones y dispuesto a proporcionar, y en parte de una infancia en la que la crítica del progenitor está prohibida y la obediencia forzada, ya sea mediante alguna técnica provocadora de culpa o mediante castigos tales como amenazar al niño con negarle el amor, o incluso abandonarlo. Con este tipo de experiencia infantil, la suposición inconsciente

1. Dentro de la teoría tradicional, este cambio de rol por parte del paciente probablemente deba ser calificado como un caso de identificación con el agresor.

del paciente consiste en que el terapeuta esperará el mismo grado de obediencia que esperaban sus padres, y que lo obligará mediante técnicas o amenazas similares a las que ellos utilizaban.

Lamentablemente, en algunos círculos ha existido la tendencia a confundir la teoría presentada aquí—que considera el modo en que los padres tratan a sus hijos como una causa importante de enfermedad mental— con una actitud mental que simplemente culpa a los padres. Nadie que trabaje en el campo de la psiquiatría infantil y de la terapia familiar puede cometer ese error. Por el contrario, como ya se ha señalado, se ha reconocido hace tiempo que la conducta descaminada de los padres es a menudo el producto de su propia infancia difícil y desdichada. Como consecuencia, se ha dedicado mucho tiempo a ayudar a los padres a liberarse de las influencias adversas de sus propias infancias.

Además, durante el tratamiento de un individuo (de cualquier edad) que ha sufrido por el trato dispensado por sus padres, el terapeuta evita hacer juicios morales mientras escucha el informe del paciente. Por el contrario, cada vez que surge la oportunidad, alienta a su paciente a considerar cómo y por qué el progenitor en cuestión puede haberse comportado como lo hizo. Al plantear estas preguntas, al terapeuta le resulta útil averiguar qué sabe el paciente de las experiencias infantiles del progenitor en cuestión. Con frecuencia esto lo lleva a adquirir cierta comprensión sobre el modo en que se han desarrollado las cosas y, a partir de la comprensión, a avanzar hasta la indulgencia y la reconciliación. En las sesiones familiares puede resultar especialmente valioso que un progenitor sea alentado a presentar un relato sobre su infancia. Esto permite a todos los presentes—el progenitor mismo, su cónyuge, los niños y el terapeuta—hacerse una idea de cómo y por qué la vida familiar se ha desarrollado de ese modo y qué puede hacer cada uno para mejorarla. Como ya se ha mencionado (página 155), esta marcada tendencia de los problemas de apego a transmitirse de generación en generación—a través de la influencia que ejercen en la conducta del cuidado de los hijos los problemas de relación originados en la infancia de los

propios padres— al menos está recibiendo la atención que se merece.

#### ALGUNAS SITUACIONES Y ACONTECIMIENTOS PATOGENOS DE LA INFANCIA

Considero que un terapeuta no puede estar demasiado bien informado sobre las relaciones simuladas y desvirtuadas que tienen lugar en algunas familias—y sobre las cosas terribles que pueden ocurrir en otras— porque sólo cuando está bien informado puede tener una idea razonablemente clara de lo que puede ocultarse tras las defensas de su paciente, o del origen de su ansiedad, su ira y su culpa. Una vez que está adecuadamente informado, se encuentra en condiciones no sólo de captar la verdad de lo que su paciente describe que le ha ocurrido, sino también de sacar a colación, más o menos a modo de tanteo, algunas de las situaciones a las que el paciente puede haber estado expuesto, pero que tal vez no puede o no está dispuesto a mencionar. Al enumerar las siguientes situaciones no hago más que indicar que son comunes y que hasta hace poco tiempo han estado descuidadas por la literatura psicoterapéutica.<sup>2</sup>

#### *La amenaza de negar el amor a un niño como medio de control*

A una madre le resulta fácil decirle al hijo que no lo querrá si se comporta de tal manera o de tal otra. Esto significa que la madre lo amenaza con no proporcionarle afecto o consuelo en los momentos en que el niño está preocupado, asustado o afligido, y que en otros momentos no le proporcionará ayuda ni aliento. Si tales amenazas son utilizadas sistemáticamente por uno de los padres o por ambos, es inevitable que el niño crezca intensamente ansioso por agradar y propenso a los sentimientos de culpabilidad.

2. Dado que en publicaciones anteriores he prestado mucha atención a los efectos nocivos que sobre el desarrollo de la personalidad tienen las pérdidas y las separaciones prolongadas, dichos temas quedan omitidos de aquí en adelante.

## *La amenaza de abandonar al niño*

Las amenazas de abandono son más atemorizantes para un niño que las de no quererlo más. Esto ocurre especialmente cuando el padre representa la amenaza, tal vez desapareciendo por unas horas o preparando la maleta de su hijo y llevándolo a la calle, supuestamente a una residencia para niños malos. Dado que las amenazas de abandono a menudo aportan una forma altamente idiosincrásica, un paciente puede negar que alguna vez haya estado sujeto a ellas. En tales casos, la verdad puede emerger con la emoción que la acompaña sólo cuando se recuerda el modo determinado en que la amenaza fue expresada. Un ejemplo es el de una madre que había urdido la historia de que una furgoneta amarilla se acercaría y se llevaría al niño. Otro es el de un padre cuya historia consistía en que su hija sería enviada a una escuela situada en una roca alejada y rodeada de tiburones (Marrone, 1984). Así, en el primer caso, todo lo que la madre tenía que decir era: "Bien, ahora vendrá la furgoneta amarilla", y en el segundo, el padre sólo tenía que decir: "Entonces irás a la escuela de la roca", para que la criatura desistiera instantáneamente de lo que estaba haciendo. En un tercer caso, la palabra clave era "margarina", ya que la madre había asociado su amenaza de enviar a su hijo a una residencia infantil con la insistencia de que allí tendría que comer margarina. Para estos pacientes, la expresión general de "amenaza de abandono" no tenía ningún significado. Sólo cuando la palabra clave quedaba desenterrada, el terror original volvía a experimentarse y la fuente de la ansiedad de la separación quedaba localizada.

## *La amenaza de cometer suicidio*

En ocasiones, un padre muy perturbado amenaza con cometer suicidio si continúa alguna situación angustiosa. Esto puede ocurrir durante las riñas entre los padres que el niño oye por casualidad, o pueden estar dirigidas al propio niño. En cualquier caso, tales amenazas producen terror. Una lección que se puede extraer de estos casos es que cada vez que el paciente habla de que sus padres peleaban, el terapeuta pregunta: "¿Qué se decían?" Ante esta pregunta, a menudo el

paciente queda bloqueado. En un ataque de furia, los padres pueden decirse cosas espantosas. Esto es bastante malo. Lo que es aun peor es que, una vez que se calman, niegan haber dicho tales cosas.

## *Rectificaciones y negaciones*

Los ejemplos de rectificaciones por parte de un progenitor de lo que ha dicho o hecho, y los persistentes esfuerzos por negar lo que el niño ha visto u oído, aparecen detallados en la conferencia 6, donde se subrayan las consecuencias negativas que tales presiones tienen en el desarrollo de la personalidad. Durante la terapia estas consecuencias surgen como una gran inseguridad del paciente acerca de si algún episodio familiar ocurrió o no, junto con la culpabilidad por revelarlo. En este punto, el papel clave del terapeuta consiste en permitir que el paciente explore las diversas posibilidades, tanto las que favorecen como las que desfavorecen a sus padres, y en estimularlo a sopesar los datos disponibles, mientras él (el terapeuta) se muestra decididamente imparcial con respecto al lugar en que se encuentra la verdad.

Hasta ahora no he considerado el tema crítico del grado en que podemos y deberíamos confiar en la validez de los informes de nuestros pacientes. Los recuerdos son ciertamente falibles, y existen diversas ocasiones en las que un terapeuta experimentado se pregunta, con razón, la verdad de lo que su paciente está diciendo. ¿Cuáles son, entonces, los criterios por los que debe juzgar?

En primer lugar, no debe darse crédito a las generalizaciones amplias acerca del tipo de progenitor que ha sido la madre o el padre—ni acerca del tipo de crianza recibida— a menos que queden respaldadas por ejemplos detallados de cómo cada uno trató al paciente de niño en determinadas situaciones. Por ejemplo, el relato entusiasta sobre una madre maravillosa puede muy bien quedar sin fundamento cuando se dispone de detalles. Los informes válidos de una crianza afectuosa no sólo proporcionan muchos detalles favorables, sino que también pueden estar entrelazados con críticas ocasionales, de modo tal

que el progenitor puede ser considerado en todos sus aspectos. De manera similar, los informes que menosprecian a los padres en términos uniformemente adversos, requieren un examen profundo. Los informes no válidos de cualquier tipo tienden a ser demasiado generales y extremos, sin matices. Los detalles están ausentes o, en caso de existir, se contradicen con el retrato presentado. En contraste, cuando se proporcionan abundantes detalles consistentes y la imagen que surge concuerda con lo que sabemos por otras fuentes, lo que ocurre en otras familias, y también con los antecedentes conocidos de los tipos de problemas que acosan al paciente, resulta absurdo dudar de su validez global, aun cuando algunos puntos sigan siendo dudosos.

Con no poca frecuencia, el origen de estos extremos es la presión externa. Por ejemplo, uno de los progenitores insiste en que el niño se ponga de su parte en contra del otro, que representa todo lo malo. O un progenitor que tiene muchos defectos insiste en que está libre de toda crítica.

Otra ocasión en la que el terapeuta tiene derecho a dudar del relato del paciente es aquella en la que existen motivos para sospechar que el mismo es un mentiroso patológico. Tales casos son comparativamente raros y, aunque sólo sea por esa razón, pueden pasar inadvertidos durante un tiempo. De todos modos, tarde o temprano, la suma de incoherencias e improbabilidades, además del modo en que el paciente cuenta su historia, engendra dudas al principio y, más tarde, la certeza de que no se debe creer al paciente.

Aparte de estas excepciones, creo que los informes de los pacientes son suficientemente dignos de crédito para que un terapeuta los acepte como aproximaciones razonables a la verdad;<sup>3</sup> y, además, no hacerlo sería antiterapéutico. Poner en duda constantemente la validez del relato del paciente — aunque sólo sea por implicación— e insistir en el papel deformante de la imaginación o la fantasía, es el reverso de la empatía. Sugiere al paciente que el terapeuta no lo comprende, y puede de hecho convencerlo de que éste actúa exactamente como sus padres previeron. Así, algunos padres, al insistir en

3. De todos modos, con propósitos de investigación, los criterios para aceptar la información retrospectiva como válidos deben ser mucho más estrictos.

que el niño no hable de algo que les avergüenza, podrían agregar que de todos modos, si lo hiciera, nadie le creería.

Entre la enorme variedad de acontecimientos y situaciones adversas no mencionadas en esta conferencia —y que el terapeuta debería tener en cuenta porque es probable que hayan ocurrido en la vida de algún paciente—, se encuentran los siguientes:

un niño que puede no haber sido deseado por uno o ambos progenitores;

un niño puede pertenecer al otro sexo en una familia en la que los padres han puesto su corazón en un niño o una niña;

un niño puede haberse convertido en el chivo expiatorio de la familia, a veces como resultado de una tragedia familiar que, con mayor o menor plausibilidad, siempre se le atribuyó a él;

un progenitor puede haber utilizado técnicas inductoras de culpa para controlar al niño, por ejemplo las frecuentes afirmaciones de que la conducta de éste enferma a la madre;

un progenitor puede haber procurado convertir a uno de sus hijos en su figura de apego disuadiéndolo de que explore el mundo más allá de él y de que crea que alguna vez será capaz de moverse por su cuenta;

el papel inusual de un niño en la familia puede ser el resultado de que su madre haya tenido una aventura extramatrimonial durante el matrimonio, de manera que el supuesto padre del niño no es su padre verdadero;

otra causa del papel inusual del niño es que uno de los progenitores identifique al niño con un pariente —a menudo uno de los abuelos— con el que ha tenido una relación difícil, representando entonces esa relación con el niño;

el niño puede haber sido el blanco de malos tratos físicos más o menos serios por parte de un progenitor, o de un progenitor adoptivo;

el niño puede haber sido víctima de abusos sexuales por parte de uno de los padres, de un progenitor adoptivo o de un

hermano o hermana mayor, durante períodos de tiempo cortos o prolongados.

Para quienes desconocen las consecuencias que tiene sobre el desarrollo de la personalidad el hecho de encontrarse expuesto a situaciones de este tipo, en el Apéndice (pág. 198) aparece una serie de referencias.

Inevitablemente, los acontecimientos influyentes de los dos o tres primeros años de un individuo nunca han quedado registrados en su memoria, o bien no pueden ser recordados. En este caso, por supuesto, lo mejor que puede hacer un terapeuta es deducir —sobre la base de la situación de la transferencia y de la información que el paciente ha recogido sobre sus primeros años, combinada con el conocimiento más amplio del desarrollo de la personalidad que el terapeuta ha adquirido— cuál puede haber sido la naturaleza de esos acontecimientos. En otras palabras, recurre a la reconstrucción; pero al hacerlo, puede en el futuro recurrir al conocimiento mucho más amplio y más confiable de las influencias de la familia en el desarrollo de la personalidad del que tradicionalmente ha estado al alcance de los psicoterapeutas entrenados analíticamente.

#### LA POSTURA DEL TERAPEUTA

En este informe de los principios terapéuticos, los terapeutas reconocerán muchos principios que conocen desde hace tiempo, aunque a menudo bajo un nombre diferente. La alianza terapéutica aparece como una base segura, un objeto interno como un modelo operante —o representativo, o de una figura de apego— la reconstrucción como los recuerdos exploratorios del pasado, la resistencia (a veces) como una profunda desganancia por desobedecer las órdenes pasadas de los padres a no decir o no recordar algo. Entre los puntos de diferencia está el acento puesto en el papel del terapeuta como compañero del paciente en la exploración que éste hace de sí mismo y de sus experiencias, y menos en el hecho de que el terapeuta haga interpretaciones para el paciente. Mientras algunos terapeutas tradicionales deberían ser descritos como personas que adoptan la actitud de decir: "Yo sé; yo le diré", la postura por la que yo abogo

es la que dice: "Usted sabe, usted dígame". Así el paciente es estimulado a creer que, con apoyo y una guía ocasional, puede descubrir por sí mismo la verdadera naturaleza de los modelos que subyacen en sus pensamientos, sus sentimientos y sus acciones y que, al examinar la naturaleza de sus primeras experiencias con sus padres, o padres sustitutos, comprenderá qué lo llevó a construir los modelos actualmente activos en su interior, y así ser libre para reestructurarlos. Afortunadamente, la psiquis humana, al igual que los huesos, tiene una marcada inclinación a la autocicatrización. La labor del psicoterapeuta, como la del traumatólogo, consiste en crear las condiciones en las que la autocicatrización se produzca de la mejor manera posible.

Entre los profesionales que recientemente han proporcionado informes detallados del valor especial que tiene adoptar un enfoque modesto y de tanteo, se encuentran Peterfreund (1983) y Casement (1985).

En la descripción anterior, el papel del terapeuta ha sido relacionado con el de una madre que proporciona a su hijo una base segura desde la cual explorar. Esto significa, ante todo, que acepta y respeta al paciente, con todos sus defectos, como un ser humano con problemas, y que su preocupación principal es procurar el bienestar del paciente por todos los medios que tiene a su alcance. Con este fin, el terapeuta intenta ser confiable, atento, empático y comprensivamente sensible, y también estimular al paciente a que explore el mundo de sus pensamientos, sus sentimientos y sus actos no sólo del presente sino también del pasado. Aunque siempre aliente al paciente a tomar la iniciativa, el terapeuta no es en modo alguno pasivo. Por un lado intenta ser atento y sensible. Por el otro, reconoce que existen ocasiones en que él mismo debería tomar la iniciativa. Por ejemplo, cuando un paciente pierde el tiempo hablando de todo menos de sus pensamientos y sentimientos con respecto a la gente, será necesario llamar su atención sobre esta elusión, y tal vez también sobre su profunda desconfianza en los esfuerzos del terapeuta por ayudarlo o en su capacidad para guardar un secreto. Con otro paciente, que quizás esté dispuesto a explorar los recuerdos de la infancia, habrá muchas ocasiones en las que el terapeuta pueda pedir más detalles o plantear preguntas sobre situaciones de la infancia que hasta ese momento el paciente no había mencionado directamente,

pero que parecen posibilidades plausibles a la luz de lo que ha estado describiendo, y también a la luz de los problemas particulares que padece el paciente. Además, al hacerlo, el terapeuta nunca debe olvidar que su paciente aún puede estar muy influido por las órdenes de sus padres acerca de que no sepa nada de acontecimientos de los que se supone que no debe saber, y de que no experimente sentimientos que se supone que no debe experimentar.

Una interrupción de la terapia siempre puede generar alguna reacción en el paciente; en ocasiones es consciente, en otras inconsciente, pero de cualquier manera evidente. Cuando la reacción es consciente, puede adoptar la forma de queja manifiesta o de protesta airada; cuando es inconsciente, puede manifestarse mediante el desprecio de la terapia, o por la no asistencia a una o dos sesiones antes de la interrupción. El modo en que el terapeuta evalúe estas reacciones y responda a ellas reflejará su posición teórica. Quien adopta la teoría del apego respetará la aflicción o la ira de su paciente con respecto a la separación y las considerará como respuestas naturales de alguien que se siente apegado a otra persona, y ese respeto estará implícito en cualquier cosa que diga o haga. Al mismo tiempo, prestará atención a la forma que adopta la reacción de su paciente. Si es expresada abiertamente, se mostrará comprensivo y tal vez capaz de aliviar la aflicción del paciente dándole información sobre el modo en que podría comunicarse durante la interrupción. Además, el terapeuta considerará el modo en que el paciente interpreta la interrupción y, en caso de que existan indicios de una mala interpretación, intentará descubrir cómo puede haberse originado. Si, por ejemplo, el paciente teme que el terapeuta no regrese, debe analizarse la posibilidad de que se haya visto expuesto a amenazas de abandono por parte de sus padres. En los casos en que la interrupción se deba a que el terapeuta está enfermo, se mantendrá alerta a la posibilidad de que el paciente tema que algo que ha dicho o hecho sea la causa de esa enfermedad. En ese caso, el terapeuta averiguará si uno de los progenitores del paciente intentó dominarlo afirmando que el modo en que éste se comportaba lo enfermaba.

De manera similar, en caso de que el paciente reaccione ante la interrupción despreciando la terapia o faltando a una sesión, el terapeuta que adopta la teoría del apego se pregun-

tará por qué el paciente teme expresar sus sentimientos abiertamente y qué experiencias de la infancia explican esa desconfianza.

No es improbable que la descripción que acabamos de dar sobre el modo de responder de un terapeuta frente a las reacciones de su paciente ante una interrupción contraste con la del terapeuta que adopta y aplica una u otra de las teorías psicoanalíticas tradicionales. Por ejemplo, un terapeuta de este tipo podría considerar las reacciones de su paciente como bastante pueriles, incluso infantiles, y como indicativas de que el paciente ha quedado fijado a una fase oral o simbiótica. Lo que podría decir entonces el terapeuta, y sobre todo el modo en que podría decirlo, quizá sería experimentado por el paciente como una falta de respeto por sus actuales sentimientos de apego, aflicción o ira. También en este punto existiría el riesgo de que pudiera parecer que el terapeuta responde de manera fría y poco comprensiva, y muy parecida a la manera de responder de los padres del paciente. En ese caso, el intercambio sería antiterapéutico.

El grado en que un terapeuta puede satisfacer el deseo del paciente de mantener la comunicación durante las interrupciones —por ejemplo por teléfono, y consolándolo cuando está afligido durante una sesión— depende de muchos factores personales existentes en la relación. Por un lado, existe el peligro de que el terapeuta parezca perder la comprensión hacia la aflicción del paciente o que incluso parezca que lo rechaza. Por el otro, existe el riesgo de que parezca que ofrece más de lo que está en condiciones de dar. Existen ocasiones en las que resultaría inhumano no permitirle a un paciente afligido establecer alguna forma de contacto físico: entonces, los roles son explícitamente el de la persona que consuela y el de la persona consolada. Sin embargo, siempre existe el peligro de que el contacto físico provoque sensaciones sexuales, sobre todo cuando los sexos son distintos. Cada terapeuta debe tomar sus propias decisiones teniendo en cuenta la situación, y trazar sus propios límites. Cuanto más sensible sea el terapeuta a estas cuestiones, más capaz será de evitar las dificultades.

Cuando un terapeuta utiliza el tipo de técnica sustentada aquí, a veces puede ocurrir que la terapia entre en una rutina en la que el paciente insiste continuamente en describir lo terrible que fue su infancia y lo mal que lo trataron sus padres, sin hacer ningún progreso. Una causa de esta insistencia, supongo, es que el paciente está convencido de que su terapeuta no acepta la verdad de lo que él dice: de ahí su interminable repetición. Esto puede deberse a que el paciente siempre ha sido tomado en broma por aquellos a quienes les ha contado la historia en el pasado o, quizás, a que el propio terapeuta haya señalado escepticismo o incredulidad. Esto puede hacerse de infinidad de maneras: mediante el tono de voz, poniendo en cuestión los detalles, dejando de conceder especial importancia a lo que el paciente describe.

Evidentemente, cuando el problema radica en la incredulidad del terapeuta, la solución consiste en que éste deje claro que sabe muy bien que esas cosas les ocurren a los niños, y que no tiene motivos para dudar del relato del paciente. Aun así, el callejón sin salida puede continuar: la historia es relatada una y otra vez de un modo totalmente escéptico, sin demostrar ningún sentimiento.

Esta situación ha sido comentada por Selma Fraiberg que, con sus colegas se propuso ayudar a las madres vulnerables que corrían el riesgo de descuidar o maltratar a sus hijos (Fraiberg, Adelson y Shapiro, 1975). Describen las visitas realizadas a los hogares de dos madres, donde escucharon los angustiosos relatos de las mujeres. Cada una contó una historia de gran crueldad durante la infancia: que era objeto de palizas violentas, que la dejaban fuera de la casa en invierno, que a menudo era abandonada por su madre, que la llevaban de un lado a otro, y que no tenía a nadie a quien recurrir en busca de ayuda y consuelo. Ninguna tenía idea de cómo podría haberse *sentido* ni de qué podría haber tenido ganas de *hacer*. Una de ellas, una muchacha de dieciséis años que evitaba tocar o levantar a su bebé (que lloraba desconsoladamente), insistió: “¿Pero qué sentido tiene hablar? Siempre me guardo las cosas para mí misma. Quiero olvidar. No quiero pensar”. Este es el punto en que intervino la terapeuta, expresando ella misma todos los

sentimientos que se esperaba que los niños tuvieran en las situaciones descritas: lo asustada, furiosa y desconsolada que una podía sentirse, y también cómo *ansiaría una recurrir a alguien* que la comprendiera y le proporcionara consuelo y protección. Con ello, la terapeuta no sólo mostraba comprensión por el modo en que la paciente podía haberse sentido, sino que comunicaba a su manera que la expresión de tales sentimientos y deseos habría encontrado una respuesta comprensiva y reconfortante. Sólo entonces a la joven madre le resultó posible expresar toda la pena, las lágrimas “y la inenarrable angustia que sentía por sí misma por ser una criatura desechada”, sentimiento que había experimentado pero que nunca se había atrevido a expresar.

En este informe de los métodos de Fraiberg para ayudar a un paciente a expresar las emociones que no se atreve a mostrar, he subrayado deliberadamente la relación entre emoción y acción. El hecho de no expresar emoción se debe en gran medida al temor inconsciente de que la acción —de la que la emoción forma parte— conduzca a un resultado temido. En muchas familias, la ira con un adulto conduce al castigo que, en ocasiones, puede ser severo. Además, un ruego lastimoso de consuelo y ayuda puede conducir al rechazo y la humillación. Tal vez con demasiada frecuencia, los clínicos olvidan que muchos niños, cuando se muestran afligidos y llorosos y buscan consuelo, son rechazados por comportarse como llorones insoportables. En lugar de encontrar el consuelo proporcionado por un progenitor comprensivo y afectuoso, estos niños se encuentran con un rechazo poco comprensivo y crítico. Por lo tanto, no resulta extraño —si esta pauta prevalece durante la infancia— que el niño aprenda a no mostrar nunca aflicción, a no buscar consuelo y, si se somete a una terapia, que suponga que el terapeuta será tan intolerante con la ira y las lágrimas como siempre lo fueron sus padres.

Los terapeutas que adoptan una perspectiva psicoanalítica han reconocido hace tiempo que, para que resulte eficaz, la terapia requiere que el paciente no sólo hable de sus recuerdos, de sus ideas y sueños, de sus esperanzas y deseos, sino que también exprese sus sentimientos. La discusión de la técnica de Fraiberg para ayudar a una joven cínica y fría a descubrir la

profundidad de sus sentimientos y a expresarlos libremente a su terapeuta es, por tanto, una nota apropiada para concluir.

Al redactar esta conferencia, he sido consciente de que al utilizar términos como "información", "comunicación" y "modelos operantes", resultaría fácil que un lector incauto supusiera que pertenecen a una psicología relacionada únicamente con la cognición y privada de sentimientos y acción. Aunque durante muchos años ha sido muy común que los psicólogos cognitivos omitieran toda referencia a la emoción, actualmente se sabe que eso es artificial e inútil (Hinde, Perret-Clermont y Stevenson-Hinde, 1985). De hecho, no existe comunicación más importante entre un ser humano y otro que la que se expresa emocionalmente, ni información más vital para construir y reconstruir modelos operantes del sí-mismo y los otros que la información acerca de lo que cada uno siente hacia el otro. En efecto, durante los primeros años de nuestras vidas, la expresión emocional y su recepción son los únicos medios de comunicación que tenemos, de modo que las bases de nuestros modelos operantes del sí-mismo y de la figura de apego se asientan, por fuerza, en la utilización de la información proveniente de esa única fuente. Por lo tanto, no resulta extraño que, al revisar sus relaciones de apego en el curso de la psicoterapia y reestructurar sus modelos operantes, es la comunicación emocional entre un paciente y su terapeuta la que desempeña el papel más decisivo.

134

Aunque durante mucho tiempo se ha afirmado que los problemas emocionales de la vida adulta tienen su origen en la infancia, hasta hace poco no ha habido acuerdo sobre qué acontecimientos de esta temprana etapa de la vida resultan decisivos. Los estudios realizados sobre los efectos nocivos de las pérdidas y del maltrato físico y sexual han aclarado los conceptos. En estas conferencias, el doctor Bowlby presenta los frutos de la investigación clínica. Además de describir los descubrimientos más recientes sobre el desarrollo, ofrece un perfil actualizado de los principales rasgos de la *teoría del apego* —ampliamente aceptada hoy como el marco conceptual productivo dentro del cual organizar los datos en la psicoterapia orientada analíticamente— para ayudar a aclarar los objetivos del tratamiento y guiar al profesional en su trabajo.

Esta obra resultará esencial para los estudiantes que necesiten una lúcida introducción al campo, y para los psicoterapeutas que aún no estén familiarizados con los nuevos desarrollos de la clínica infantil.

**John Bowlby** fue psicoterapeuta infantil de la clínica Tavistock y autor, entre otros textos, de la trilogía *El apego*, *La separación* y *La pérdida*, también publicada por Paidós.

[www.paidos.com](http://www.paidos.com)  
[www.paidosargentina.com.ar](http://www.paidosargentina.com.ar)



**PAIDÓS PSICOLOGÍA PROFUNDA**