

La posición depresiva en el desarrollo emocional normal

Donald Winnicott

1954

Escrito leído ante la Sociedad Psicológica Británica,
Sección Médica, febrero de 1954, Brit. J. Med. Psychol., vol. XXVIII, 1955.

Esto es un intento de dar una visión personal del concepto de Melanie Klein de la posición depresiva. Para ser justo con Klein, deseo decir que no fui analizado por ella ni conocí a nadie que lo fuese. Me sentí atraído al estudio de su obra por el valor que la misma tenía en mi labor con niños y recibí su enseñanza de ella entre 1935 y 1940 en la supervisión de casos. La versión de la propia Melanie Klein se hallará en sus escritos (1935, 1940).

La palabra «normal» que aparece en el título es importante. El complejo de Edipo caracteriza al desarrollo sano o normal de los niños, y la posición depresiva constituye una fase normal del desarrollo de los niños sanos (y lo mismo sucede con la dependencia absoluta, o narcisismo primario, que es una fase normal del niño sano en el comienzo o cerca del comienzo de la vida).

Lo que pondré de relieve es la posición depresiva en el desarrollo emocional en lo que tiene de logro positivo.

Uno de los rasgos de la posición depresiva estriba en que es aplicable a una zona de la psiquiatría clínica que se encuentra a medio camino entre el lugar de origen de la psiconeurosis y el de la psicosis.

El niño (o el adulto) que haya alcanzado la capacidad para las relaciones interpersonales que caracteriza la salud del pequeño, y para el cual sea posible el análisis corriente de las infinitas variaciones de las relaciones humanas triangulares, habrá pasado y superado la posición depresiva. Por el contrario, el niño (o el adulto) que se preocupe principalmente por los problemas innatos de la integración de la responsabilidad así como con la iniciación de una relación con el medio, todavía no habrá llegado a la posición depresiva de su desarrollo personal.

Hablando en términos de medio, el niño que da los primeros pasos se encuentra inserto en una situación familiar, viviendo una vida instintiva dentro del marco de las relaciones interpersonales. El bebé, por su parte, es sostenido por una madre que se adapta a las necesidades del yo. Entre uno y otro se halla el niño pequeño que está llegando a la posición depresiva. Este niño pequeño es sostenido por la madre, la cual seguirá sosteniéndole durante una fase de su vida. Se observará que el factor tiempo acaba de entrar en escena. La madre sostiene la situación de tal manera que el pequeño tenga oportunidad de preelaborar las consecuencias de las experiencias instintivas; como veremos, la preelaboración es comparable desde todo punto de vista con el proceso digestivo y es comparablemente compleja.

La madre sostiene la situación, y lo hace una y otra vez, en un crítico período de la vida del pequeño. La consecuencia es que es posible hacer algo sobre algo. La técnica de la madre permite al pequeño resolver el amor y el odio que en él coexisten, interrelacionarlos y someterlos gradualmente a un control procedente de dentro de una forma sana (1).

Piensen en un niño a la edad del destete. El momento en que el destete se lleva a cabo varía según el patrón cultural, pero para mí la edad del destete es aquella en la que el pequeño empieza a ser capaz de jugar a dejar caer cosas. El juego de dejar caer cosas empieza en algún momento situado cerca de los cinco meses, constituyendo un rasgo regular hasta el año o año y medio de edad. Así, pues, pensemos en un niño pequeño que haya desarrollado el arte de dejar caer cosas, digamos a los diecinueve meses de edad (véase Freud, 1920, y también el capítulo 2 de la segunda parte).

La posición depresiva constituye un logro perteneciente a la edad del destete. Si todo marcha bien, la posición depresiva se alcanza y se instaura cerca de la segunda mitad del primer año. A menudo tarda mucho más en instaurarse, incluso dentro de un desarrollo más o menos sano. Sabemos también que en muchos niños y

adultos sometidos a análisis, el acercamiento a la posición depresiva constituye un rasgo importante del análisis, un rasgo que indica progreso y al mismo tiempo entraña un fallo anterior en esta fase del desarrollo. No hace falta determinar una edad concreta. Tal vez haya niños que alcancen la posición depresiva antes de los seis meses, o quizás antes incluso. Semejante logro sería un indicio favorable, pero no implicaría la instauración de dicha posición. Si me encuentro con un analista que tiene demasiadas pretensiones acerca de la posición depresiva en el desarrollo propio de los primeros seis meses, me siento inclinado a comentar que es una lástima echar a perder un concepto tan valioso sólo porque sea difícil creer en él.

El motivo por el cual no busco esta fase durante los primeros seis meses no estriba en que piense que la primera infancia transcurre sin incidentes. ¡Lejos de ello! Es mucho lo que depende del mismísimo comienzo, incluso de antes del nacimiento; pero dudo que sea algo de tanta complejidad como la de la posición depresiva, como por ejemplo la retención de una angustia y una esperanza durante un período de tiempo. Sin embargo, si se llega a demostrar que el bebé puede alcanzar la posición depresiva durante la primera semana de vida, no me inquietaré por ello. Mientras tanto, la posición depresiva sigue siendo algo que corresponde a los seis primeros meses o al primer año y que constituye una creciente prueba del desarrollo personal, desarrollo que depende de un medio ambiente sensible y continuado.

Nos es posible enunciar las condiciones previas para el logro de la posición depresiva. Tenemos mucha experiencia práctica a la que recurrir debido a las veces que hemos visto cómo los pacientes, de todas las edades, alcanzan esta fase del desarrollo emocional bajo las condiciones de un análisis que va por buen camino. Para poder llegar a la posición depresiva es necesario haber superado las primeras fases, ya sea en la vida real, ya en el análisis, o en ambos. Para alcanzar dicha posición el bebé debe estar ya instaurado en calidad de persona completa relacionada con otras personas completas. En este contexto cuento con el pecho como persona completa, ya que, a medida que el bebé va convirtiéndose en persona completa, percibe como tal el pecho de la madre, su cuerpo, etc.

Si damos por sentado todo lo que haya sucedido antes, podemos decir, al hablar de un bebé completo que se relaciona con una madre completa, que el camino ya está preparado para la consecución de la posición depresiva. En el caso de que no sea posible dar por sentados estos factores, entonces nada de lo que pueda decir acerca de la posición depresiva tendrá valor. El niño se las arregla sin ella, como hacen muchos. De hecho, en los tipos esquizoides a veces la posición depresiva no es significativa, por lo que es necesario recurrir a la explotación de la recreación a falta de lo que se denomina «reparación y restitución». Sé de analistas que buscaban la posición depresiva en pacientes que carecían de las condiciones previas. Es, por supuesto, bastante patético ser testigo de un fracaso; y la conclusión resultante en el sentido de que la posición depresiva es un falso concepto no resulta demasiado convincente. A la inversa, hay analistas que tratan de demostrar la posición depresiva cuando no es esto lo principal en el análisis de pacientes que ya la han alcanzado al lograr su condición unitaria en la infancia.

Si en el desarrollo de un bebé podemos dar por sentado que éste se siente persona completa, también podemos dar por sentado que el bebé vive en el cuerpo. Este detalle es importante, pero no puedo desarrollar el tema aquí.

Así, pues, aquí tenemos una persona, un bebé humano completo, y una madre que sostiene la situación y permite al niño preelaborar ciertos procesos que describiré posteriormente.

Primero, sin embargo, debo hacer algunas observaciones acerca del término «posición depresiva».

El término «posición depresiva» no es adecuado para un proceso normal, pero nadie ha sido capaz de inventar uno mejor. Mi propia sugerencia consiste en que debería denominarse la fase de la inquietud, pues creo que el término explica fácilmente el concepto. La misma Melanie Klein utiliza la palabra «inquietud» en sus propias descripciones. No obstante, este término descriptivo no abarca la totalidad del concepto, por lo que me temo que el nombre original seguirá vigente.

A menudo se ha señalado que para la descripción de un proceso normal no debería emplearse un término que entraña enfermedad. El término posición depresiva parece implicar que los niños sanos pasan por una etapa de depresión o enfermedad anímica. De hecho no es esto lo que se quiere decir.

Cuando Spitz (1946) descubre y describe la depresión en niños que se ven privados de los buenos cuidados de costumbre, tiene razón al decir que esto no es un ejemplo de la posición depresiva; en realidad no tiene nada que ver con ella. Los bebés descritos por Spitz están despersonalizados y se sienten impotentes acerca de los contactos externos y en esencia carecen de las condiciones previas para el logro de la posición depresiva.

El concepto de posición depresiva dentro del desarrollo normal no implica que los niños se depriman normalmente. La depresión, por muy común que sea, es un síntoma de enfermedad e indica un estado anímico y entraña unos complejos que podrían hacerse inconscientes. Los procesos inconscientes tienen que ver con los sentimientos de culpabilidad y éstos corresponden al elemento destructivo inherente al amor. La depresión, en tanto que trastorno afectivo, no es inanalizable ni un fenómeno normal.

Entonces, ¿qué es esto que llamamos «posición depresiva»?

Existe una forma útil de enfocar el problema que empieza con la palabra «cruel». Al principio, el pequeño es cruel (desde nuestro punto de vista); carece todavía de la inquietud acerca de los resultados del amor instintivo (2). Originariamente, este amor es una forma de impulso, de gesto, de contacto, de relación, y produce en el pequeño la satisfacción de la autoexpresión, liberándole de la tensión instintiva; es más, hace que el objeto se coloque fuera del ser.

Hay que tener presente que el pequeño no se siente cruel, pero al mirar hacia atrás (cosa que sucede en las regresiones) el individuo puede decir: «¡Qué cruel era entonces!». Se trata de una fase de precompasión.

En un momento u otro del desarrollo de todo ser humano normal se pasa de la precompasión a la compasión. Nadie lo pone en duda. Lo único que cabe preguntarse es cuándo, cómo y en qué condiciones sucede esto. El concepto de la posición depresiva constituye un intento de contestar a estas tres preguntas. De acuerdo con este concepto, el paso de la crueldad a la compasión se produce gradualmente, bajo ciertas condiciones definidas de maternalización, durante el período comprendido entre los cinco y los doce meses, y su instauración no es necesariamente definitiva hasta una fecha muy posterior. Además, en el análisis es posible comprobar que el citado cambio no se ha producido jamás.

La posición depresiva, pues, es una cuestión compleja, un elemento inherente a un fenómeno no controvertible: el de que cada individuo surge de la precompasión para meterse en la compasión o inquietud.

La función del medio ambiente

Nos hallamos examinando la psicología de la fase inmediatamente posterior a la consecución del estado unitario por parte del nuevo ser humano. Que quede entendido que deliberadamente omito todo cuanto precede a la consecución del citado estado. Sin embargo, quiero hacer la observación de que cuanto más se retrocede, más se ve que es cierto que no tiene sentido hablar del individuo sin postular al mismo tiempo una adaptación suficiente del medio a las necesidades del individuo. En la fase más precoz se llega incluso a la posición en la que sólo el observador es capaz de distinguir el individuo del medio (narcisismo primario); el individuo no quede hacerlo, por lo que es conveniente hablar de una organización medio-individuo más que de un individuo a secas.

Una vez alcanzado el estado de unidad, el desarrollo ulterior sigue dependiendo de la estabilidad y sencillez segura del medio.

La madre tiene que ser capaz de combinar dos funciones y de persistir con ellas, de manera que el pequeño puede gozar de la oportunidad de utilizar este marco especializado. La madre se ha estado adaptando a las necesidades del pequeño mediante su técnica para el cuidado del mismo (véase A. Freud, 1953), y el pequeño ha llegado a identificar esta técnica con la madre, como parte de ella, al igual que su rostro, su oreja, el collar que lleva al cuello y sus actitudes variables (que son afectadas por la prisa, la pereza, la angustia, la preocupación, la excitación, etc.). La madre ha sido amada por el pequeño como la persona que incorpora todo esto. Aquí podemos hablar del afecto o cariño, y son estas cualidades de la madre las que son incorporadas en el objeto que tantos niños manosean y abrazan.

Al mismo tiempo, la madre ha recibido una serie de asaltos durante las fases de tensión instintiva. Como se verá, hago una distinción en las funciones de la madre según el bebé esté quieto o excitado. La madre tiene dos funciones que corresponden a los estados de tranquilidad y de excitación del pequeño.

Al final todo queda dispuesto para que en la mente del pequeño se junten estas dos funciones de la madre. Es precisamente aquí donde cabe que surjan grandes dificultades. Melanie Klein las estudió en sus trabajos, que en ningún otro campo fueron tan ricos y productivos.

El bebé humano no puede aceptar que su madre, tan valorada en las fases de tranquilidad, sea la misma persona que será y ha sido cruelmente atacada en las fases de excitación.

El pequeño, al ser una persona completa, es capaz de identificarse con la madre, pero para él todavía no hay una clara distinción entre lo que se pretende y lo que realmente sucede. Las funciones y sus elaboraciones imaginativas todavía no están claramente separadas en hechos y fantasías. Resulta pasmoso ver lo que debe hacer el bebé más o menos en esta época.

Veamos qué sucede si la madre «tranquila» sostiene la situación a tiempo, de manera que el bebé puede experimentar relaciones «excitadas» y enfrentarse a sus consecuencias.

Hablando del modo más sencillo posible, el bebé excitado, que a duras penas sabe lo que está sucediendo, se deja llevar por los crudos instintos e ideas que corresponden a los mismos. (Debemos dar por sentado que se le ha alimentado satisfactoriamente, o bien que ha vivido otra experiencia instintiva igualmente satisfactoria.)

Llega el momento en que el pequeño debe ver que la misma madre ofrece dos posibilidades de uso completamente distintas. Ha surgido un nuevo tipo de necesidad basado en el impulso y en la tensión instintiva, una necesidad que busca alivio y que entraña un punto culminante u orgasmo. Allí donde exista una experiencia orgásmica debe existir necesariamente un aumento del dolor ante la frustración. Tan pronto como la excitación haya empezado y la tensión haya subido, el riesgo habrá hecho su aparición.

Pienso que tenemos que hacernos cargo de que es mucho lo que hay que experimentar antes de alcanzar el pleno significado de lo que esto implica (3).

Como he dicho, son dos las cosas que suceden. Una consiste en la percepción de la identidad de los dos objetos: la madre de las fases tranquilas y la madre utilizada e incluso atacada en el clímax instintivo. La otra estriba en el comienzo del reconocimiento de la existencia de ideas, fantasía, elaboración imaginativa de la función, la aceptación de ideas y de fantasías relacionadas con hechos pero que no deben confundirse con éstos.

Tal progresión compleja del desarrollo emocional del individuo no es posible sin la ayuda de un medio ambiente suficientemente bueno, representado aquí por la supervivencia de la madre. Hasta que el niño haya recogido material mnémico no habrá lugar para la desaparición de la madre (4).

Según yo la veo, la teoría de Klein postula que el individuo humano no puede aceptar el crudo hecho de la relación excitada o instintiva, incluso el asalto a ella, con la madre «tranquila». La integración, en la mente del pequeño, de la escisión de ambos medios, el de los cuidados y el excitante (es decir, los dos aspectos de la madre) no puede hacerse salvo por medio de una maternalización suficiente y la supervivencia de la madre durante un período de tiempo.

Pensemos ahora en un día en que, con la madre a cargo de la situación, el bebé, en algún momento del día, ha vivido una experiencia instintiva. En beneficio de la sencillez, daré por sentado que tal experiencia es la de la nutrición, toda vez que en realidad ésta es la base de toda la cuestión. Se produce un ataque cruel y de índole caníbal que se manifiesta parcialmente en el comportamiento físico del bebé y que en parte corresponde a la elaboración imaginativa que de la función física hace el propio bebé. Éste ata cabos y empieza a ver que la respuesta es una y no dos. La madre de la relación dependiente (anaclítica) es, asimismo, el objeto del amor instintivo (biológicamente impulsado).

El bebé se siente engañado por la misma nutrición; la tensión instintiva desaparece y el bebé se siente a la vez satisfecho y engañado. Con demasiada facilidad se cree que al ser alimentado el pequeño se siente satisfecho y con ganas de dormir. A menudo el engaño va seguido por la aflicción, especialmente si la satisfacción física despoja al niño de su gusto con demasiada rapidez. Entonces el pequeño se queda con lo siguiente: una agresión no liberada debido a que en el proceso nutritivo no se empleó suficiente erotismo muscular o impulso primitivo (o movilidad); o con un sentimiento de «fracaso» al haber desaparecido súbitamente una fuente del gusto por la vida, sin que el pequeño sepa si va a volver. Todo esto aparece claramente en la experiencia clínica analítica y cuando menos, no se contradice con la observación directa de niños.

Sin embargo, no podemos afrontar demasiadas complicaciones simultáneamente. Demos por sentado que el bebé experimentó una descarga instintiva. La madre sostiene la situación y el día sigue su curso, y el niño se da cuenta de que la madre «tranquila» no sólo participó en la experiencia instintiva sino que también sobrevivió a ella. Esto se repite un día tras otro y a la larga hace que el niño se dé cuenta de la diferencia entre la realidad y la

fantasía, o entre la realidad externa y la interna.

Angustia depresiva

Seguidamente debo describir una cuestión más completa. La experiencia instintiva da al pequeño dos tipos de angustia. El primero es el que ya he descrito: angustia acerca del objeto del amor instintivo. La madre no es la misma después que antes. Si queremos podemos recurrir a las palabras para describir lo que siente el pequeño y lo que dice: hay un agujero, donde antes había un cuerpo rico y completo. Hay otras muchas maneras de expresar esto, según la forma en que permitamos al niño tener unas cuantas semanas más y tener unas ideas más complejas.

La otra angustia corresponde al propio interior del pequeño. Éste ha vivido una experiencia y no siente lo mismo que antes. Sería perfectamente legítimo comparar esto con el cambio para mejorar o empeorar que efectúa el adulto después de la experiencia sexual. Recuerden que en todo momento la madre está sosteniendo la situación. Ahora debemos estudiar detalladamente los fenómenos personales e interiores del pequeño.

Sigamos utilizando la experiencia nutritiva (5). El niño absorbe alimento, que será bueno o malo según haya sido ingerido durante una experiencia instintiva satisfactoria o durante una experiencia complicada por la ira excesiva ante la frustración. Cierta grado de ira ante la frustración es, por supuesto, parte esencial hasta de la experiencia satisfactoria.

Aquí simplificaré en extremo el fenómeno interior, pero más adelante volveré a realizar una valoración más fidedigna de la fantasía que se forja el pequeño acerca del interior del self, con sus fuerzas contrapuestas y sus sistemas de control.

Podemos hablar de las ideas del pequeño acerca de su interior porque hemos postulado el hecho de que el pequeño ha alcanzado su estado de unidad; el niño ya se ha hecho una persona con una membrana limítrofe, con un interior y un exterior.

Para nuestros fines presentes, este pequeño, después de ser alimentado, aparte de sentir aprensión en torno al agujero imaginario en el cuerpo de la madre, se ve también sumamente atrapado en la lucha que se desarrolla dentro de su self, lucha en la que contienden lo que es percibido como bueno, es decir, lo que es apoyo del self, y lo que se percibe como malo, es decir, lo que resulta persecutorio para el self.

Se ha creado un complejo estado de cosas en el interior, y al niño sólo le cabe esperar el resultado, exactamente del mismo modo que, después de comer, hay que esperar el resultado de la digestión. Sin duda se produce una diferenciación silenciosa que se desarrolla a su propio ritmo. Totalmente aparte del control intelectual y con arreglo a los patrones personales que gradualmente se van desarrollando, los elementos de apoyo y persecutorios se interrelacionan hasta que se alcanza cierto equilibrio, como resultado del cual el pequeño retiene o elimina, de acuerdo con su necesidad interior. Junto con la eliminación, el pequeño una vez más adquiere cierto control, ya que la eliminación implica una vez más a las funciones corporales (6).

Pero mientras en el proceso físico de la digestión vemos solamente la eliminación del material inservible, en el proceso imaginativo la eliminación posee un potencial bueno y malo a la vez.

Premeditadamente no haré ninguna referencia a las experiencias anales y uretrales en tanto que tipos de satisfacción por derecho propio, ya que lo hago en otro lugar. En el presente contexto, las experiencias anales y uretrales constituyen la parte eliminativa del proceso ingestivo y digestivo global.

Durante todo el tiempo la madre se halla sosteniendo la situación. Así, el día va avanzando, la digestión física y también la correspondiente preelaboración van teniendo lugar en la psique. Esta preelaboración lleva tiempo y lo único que puede hacer el pequeño es esperar el resultado rindiéndose pasivamente a todo cuanto sucede en el interior (7). En estado de salud, este mundo interior personal se convierte en el núcleo infinitamente rico del self.

Al finalizar este día, en la vida de cualquier pequeño sano, a resultas del trabajo interior que haya hecho, puede ofrecer bondad y maldad. La madre coge lo bueno y lo malo y se la supone capaz de distinguir lo que se le ofrece de bueno y lo que se le ofrece de malo. He aquí el primer acto de dar, sin el cual no existe un verdadero

acto de recibir. Todas estas cuestiones son muy prácticas en el cuidado cotidiano de niños y, a decir verdad, en el análisis.

El niño que recibe la bendición de una madre que sobrevive, de una madre que sabe reconocer un gesto obsequioso cuando le es ofrecido, se halla ahora en condiciones de hacer algo con respecto al agujero antes citado, el que hay en el pecho o en el cuerpo de la madre y que ha sido hecho imaginativamente en el momento instintivo originario. Aquí podemos emplear las palabras “reparación” y “restitución”, palabras que tanto significan en el marco apropiado, pero que fácilmente quedan reducidas a meras fórmulas si se utilizan con demasiada desaprensión. El gesto obsequioso puede alcanzar el agujero si la madre desempeña su papel.

Podrán ver por qué he insistido en la importancia de que la madre sostenga una situación en el tiempo.

Ahora se ha organizado un círculo benigno. Entre las complicaciones podemos organizar las siguientes:

Una relación entre el pequeño y la madre que se ve complicada por la experiencia instintiva.

Una tenue percepción del efecto (el agujero).

Una preelaboración interior: la clasificación de los resultados de la experiencia.

Una capacidad para dar, debida a la clasificación de lo bueno y de lo malo que hay dentro.

Reparación.

El resultado del refuerzo que día tras día va recibiendo el círculo benigno estriba en que el pequeño se hace capaz de tolerar el agujero (el resultado del amor instintivo). He aquí, pues, el principio del sentimiento de culpabilidad. Ésta es la única culpabilidad verdadera, ya que la impuesta es falsa para el self. La culpabilidad empieza al unir a las dos madres, al unir el amor tranquilo y el excitado, el amor y el odio. Es un sentimiento que va creciendo gradualmente hasta convertirse en una fuente, sana y normal, de actividad en las relaciones. Se trata de una fuente de potencia y de aportación social, así como de ejecución artística (pero no del arte propiamente dicho, cuyas raíces se hallan a un nivel más profundo).

La grandísima importancia de la posición depresiva es, por lo tanto, evidente, y la aportación kleiniana al psicoanálisis constituye en este aspecto una verdadera aportación a la sociedad, así como al cuidado y educación de los niños. El niño sano posee una fuente personal de sentimiento de culpabilidad y no es necesario enseñarle a sentirse culpable o inquieto. Por supuesto, cierto número de niños no gozan de este estado de salud, no han alcanzado la posición depresiva y es necesario enseñarles el sentido de lo que está bien y lo que está mal. Esto es el corolario de la primera afirmación. Pero, cuando menos en teoría, cada niño cuenta con el potencial para el desarrollo del sentimiento de culpabilidad. Clínicamente, vemos niños que carecen de tal sentimiento, pero no existe ningún niño humano que sea incapaz de encontrar un sentimiento personal de culpabilidad si se le da la oportunidad, antes de que sea demasiado tarde, para la consecución de la posición depresiva. En los casos límite vemos realmente cómo esto tiene lugar fuera del análisis; por ejemplo, en la observación de niños antisociales a los que se cuida en las escuelas para niños llamados «inadaptados».

En el funcionamiento del círculo benigno, la inquietud se hace tolerable para el pequeño al darse éste cuenta gradualmente de que es posible hacer algo con respecto al agujero y de los diversos efectos del impulso del ello en el cuerpo de la madre. Así, el instinto se hace más libre y es posible correr más riesgos. Se genera una mayor cantidad de culpabilidad, pero asimismo se intensifica la experiencia instintiva con su elaboración imaginativa, de manera que se produce un mundo interior más rico, seguido a su vez por un mayor potencial de reparación.

Esto lo vemos una y otra vez en el análisis, cuando se alcanza la posición depresiva en el marco de la transferencia. Vemos una expresión de amor seguida por la angustia en torno al analista y por temores hipocondríacos. O, si no, vemos, más positivamente, una liberación del instinto y un desarrollo que conduce a la riqueza de la personalidad, así como a un aumento en la potencia o en el potencial general para la aportación social.

Parece ser que al cabo de un tiempo el individuo es capaz de edificar recuerdos de las experiencias que percibiera como buenas, de tal manera que la experiencia de la madre sosteniendo la situación pasa a formar parte del self, a ser asimilada en el yo. De esta manera, la madre real se va haciendo paulatinamente menos necesaria. El individuo adquiere un ambiente interior. De esta manera el pequeño es capaz de encontrar nuevas experiencias sostenedoras de la situación y con el tiempo puede hacerse cargo de la función de ser la persona que sostiene la situación en beneficio de otra persona, sin resentimiento.

Son notables algunas de las cosas que surgen de este concepto del círculo benigno de la posición depresiva:

1. Cuando el círculo benigno se rompe, y la madre sostenedora de la situación deja de ser un hecho, entonces el proceso se deshace; al principio el resultado consiste en la inhibición de los instintos y en un empobrecimiento personal generalizado, luego también se pierde la capacidad para el sentimiento de culpabilidad. El sentimiento de culpabilidad puede ser recuperado, pero sólo por medio de la reinstauración de la existencia de una madre que sostiene la situación y es lo suficientemente buena. Sin sentimiento de culpabilidad el niño puede proseguir las satisfacciones sensuales de los instintos, pero pierde la capacidad para los sentimientos afectuosos.

2. Durante un largo tiempo el niño pequeño necesita de alguien que no sólo sea amado sino que además acepte la potencia (se trate de un chico o de una chica) en términos de un dar que sea reparativo y restitutivo. Dicho de otro modo, el niño pequeño debe seguir teniendo oportunidad de dar en relación con la culpabilidad propia de la experiencia instintiva, ya que ésta es la forma de crecer. Hay aquí dependencia de alto nivel, pero no se trata de la dependencia absoluta de las primeras fases.

Este dar se expresa en los juegos, pero al principio los juegos constructivos requieren la presencia cercana de la persona amada, aparentemente implicada si no realmente apreciable en el verdadero logro constructivo del juego. Síntoma evidente de que no se comprende a los niños pequeños (o a los que necesitan una experiencia regresiva que les cure) es la costumbre de los adultos de dar sin más, sin ver la importancia que tiene el que reciban también.

3. Si los fenómenos interiores causan problemas, el niño (o el adulto) «se moja» en la totalidad del mundo interior y funciona a un bajo nivel de vitalidad. El estado anímico es de depresión. En mi descripción ésta es la primera vez que he establecido una relación íntima entre la palabra «depresión» y el concepto de posición depresiva.

Las depresiones que surgen clínicamente ante el psiquiatra son, principalmente, no del tipo relacionado con la «posición depresiva», sino que están más asociadas con la despersonalización o la pérdida de esperanza en relación a las relaciones objetales; o con un sentimiento de futilidad resultante del desarrollo de un falso self. Estos fenómenos pertenecen al período anterior a la posición depresiva en el desarrollo individual.

La defensa maníaca

Al enfrentarse con el estado anímico depresivo específicamente asociado con las angustias de la posición depresiva, se produce la tristemente célebre huida de la depresión que llamamos defensa maníaca. En la defensa maníaca se niega todo lo que es serio. La muerte se convierte en una exageración de la vida, el silencio en ruido, no hay aflicción ni inquietud, ni trabajo constructivo ni descanso placentero. Ésta es la formación de reacción relativa a la depresión, cuyo concepto es necesario examinar por sí mismo. Clínicamente, su presencia implica que se ha alcanzado la posición depresiva y que perdida ésta, antes que perderse, se mantiene latente aunque negada.

El diagnóstico más común en una clínica pediátrica es lo que yo solía llamar (en 1930, antes de conocer las ideas de Klein) «inquietud angustiosa común»; se trata de un estado clínico cuyo rasgo principal es la negación de la depresión. A veces, se pasa por alto la enfermedad de un niño porque se esconde tras la rapidez y la inquietud o desasosiego propios de una vida joven. En su calidad de enfermedad, el desasosiego angustioso común corresponde al estado hipomaniaco de los adultos, que acarrea muchos y diversos trastornos psicosomáticos.

El desasosiego maníaco debe diferenciarse del desasosiego persecutorio y de la elación de la manía.

Examen del mundo interior

Aunque con excesiva brevedad, vamos a examinar más detenidamente los fenómenos del mundo interior. Se trata de un tema realmente amplio.

Se recordará que deliberadamente simplifiqué en demasía al tratar la posición depresiva en términos de nutrición

y del alimento ingerido por el pequeño durante la misma. Pero no se trata simplemente de una cuestión de alimentos o de leche. Lo que nos interesa son las experiencias instintivas de toda clase y los objetos «buenos» y «malos» resultan ser sentimientos buenos y malos resultantes de la vida instintiva del individuo, elaborados imaginativamente. Es necesario efectuar un planteamiento más complejo aun tratándose de una breve presentación como la presente.

El mundo interior del individuo se edifica con arreglo a tres principios fundamentales:

- A. La experiencia instintiva.
- B. Las materias incorporadas, retenidas o eliminadas.
- C. Relaciones o situaciones completas introyectadas mágicamente.

De estos tipos, el primero es fundamental para todos los seres humanos, y siempre lo será. El mundo es más o menos parecido entre los pequeños de todas partes, aunque, por supuesto, los observadores pueden percibir diferencias (pecho, biberón, leche, plátanos, jugo de coco, cerveza, etc.), según las costumbres predominantes en la cultura respectiva. El tercero es esencialmente personal y pertenece al individuo en el marco real, incluyendo acontecimientos con la madre, la niñera, la tía en la casa, cabaña, tienda, con la realidad que verdaderamente se presenta. Deberíamos incluir la angustia, el estado anímico, la falta de confianza de la madre, así como su buena maternalización. El padre participa indirectamente como marido y directamente como sustituto de la madre.

A fin de enlazar el mundo interior de la posición depresiva con la obra de C. G. Jung y los psicólogos analíticos sobre los arquetipos, debemos confinarnos al estudio del primer grupo. Lo que en él sucede es propio de l-humanidad en general y aporta la base para lo que es común en los sueños, el arte, la religión y los mitos del mundo, independientemente del tiempo. De esto está hecha la naturaleza humana, pero sólo en la medida en que el individuo haya llegado al logro de la posición depresiva. Sin embargo, esto no es la totalidad del mundo interior del niño y en nuestra labor clínica no podemos descuidar los otros dos grupos.

Sea del tipo que sea lo que encontremos de organización arquetípica en el mundo interior, debemos recordar que los cambios terapéuticos permanentes sólo pueden ser producidos por nuevas experiencias instintivas, y de éstas sólo podemos disponer cuando se producen en la neurosis transferencial de un análisis; mostrándole a un paciente que una fantasía es lo mismo en él que en la mitología, no lograremos cambiar los arquetipos.

Al examinar el mundo interior de un individuo que haya alcanzado la posición depresiva vemos:

- Fuerzas que contienden (grupo A).
- Objetos o material objetal, buenos y malos (grupo B).
- Buen material percibido, introyectado para el enriquecimiento personal y la estabilización (grupo C).
- Mal material percibido e introyectado para ser controlado (grupo C).

Cuando decimos que en la terapia los cambios reales con respecto a los grupos A y B se producen en la labor de la transferencia, sabemos que una secuencia ordenada está implícita, aunque reconozcamos su infinita complejidad en un caso real, incluso cuando el paciente es un niño de corta edad.

Es el análisis del sadismo oral en la transferencia lo que económicamente aminora el potencial persecutorio en el mundo interior del paciente.

Tipos de defensa

Una de las defensas contra la angustia depresiva consiste en una inhibición relativa del mismo instinto, lo cual da una disminución cuantitativa de todas las secuelas de las experiencias instintivas.

En el mundo interior se emplean otros mecanismos de defensa, como por ejemplo:

Un control global cada vez mayor (estado anímico depresivo). Compartimentación. Aislamiento de ciertos

agrupamientos persecutorios. Encapsulación. Introyección de un objeto idealizado. Ocultación secreta de cosas buenas. Proyección mágica de lo bueno. Proyección mágica de lo malo. Eliminación. Negación.

Repasar este terreno es como repasar toda la gama de juegos infantiles; de hecho es precisamente lo mismo, ya que todo ello aparece en los juegos. Es demasiado fácil para el individuo obtener un alivio temporal de la encapsulación de un agrupamiento persecutorio mediante la proyección del mismo. El resultado, sin embargo, es un estado ilusorio al que llamamos «locura», a menos que casualmente la realidad externa provea un ejemplo perfecto del material que vaya a ser proyectado.

Hay que citar una complicación más. Ya se habrán dado cuenta de que esta edificación del mundo interior a través de innumerables experiencias instintivas ha empezado mucho antes del período que estamos examinando. Mucho antes de cumplir los seis meses, el bebé humano va formándose partiendo de las experiencias que constituyen la vida de la infancia, instintiva y no instintiva, excitada y tranquila. Basándose en esto puede aducirse que algunas de las cosas de que les estoy hablando arrancan del nacimiento o del período prenatal. Esto, sin embargo, no representa llevar la misma posición depresiva hacia atrás, hasta alcanzar estos primeros meses, semanas y días, ya que la posición depresiva depende del desarrollo de un sentido del tiempo, de una apreciación de la diferencia entre la realidad y la fantasía, y sobre todo del hecho de la integración del individuo. Es muy difícil tener en cuenta todas estas cosas, ver a la madre que sostiene la situación y al bebé que realmente se aprovecha de este hecho, excepto en el caso de un bebé que sea lo bastante mayor como para jugar a dejar caer cosas.

(Vi a un pequeño de doce semanas que metía un dedo en la boca de su madre cada vez que ésta le amamantaba. El pequeño estaba siendo magníficamente cuidado y en la actualidad es uno de los niños de diez años más sano que conozco. Resulta tentador decir que tal vez se hallaba en la posición depresiva; pero hay que tener en cuenta todos los extraños procesos de identificación y, además, no es corriente que esta clase de cosas ocurran ya a las doce semanas y, mucho menos aún, antes de esa edad. Debemos también tener en cuenta la integración aparente que procede de unos cuidados dignos de confianza más que de la verdadera consecución de la integración en el marco de la dependencia.)

Si uno empieza a investigar, no la posición depresiva, sino el origen de los perseguidores así como de las fuerzas de apoyo dentro del yo, entonces uno debe ir mucho más allá, retroactivamente, que hasta la segunda mitad del primer año. Pero uno debe también remontarse a la no integración, a una falta de sensación de vivir en el cuerpo, a una difuminación de la línea que divide la fantasía de la realidad y sobre todo, uno debe remontarse a la dependencia de la madre que en todo momento está sosteniendo al pequeño, y a la larga a lo que puede denominarse doble dependencia, donde la dependencia es absoluta debido a que no se percibe el medio.

Sin embargo, puedo prescindir de la psicología sumamente compleja de la primera formación del elemento benigno y persecutorio y atenerme a mi primera intención, es decir, empezar por el punto en que el individuo se convierte en un todo, en una unidad, tratando entonces las cuestiones importantes que inherentemente siguen a esa fase en la salud.

Reacción ante la pérdida

La obra de Melanie Klein ha venido a enriquecer la comprensión que Freud nos dio acerca de la reacción ante la pérdida. Si en un individuo la posición depresiva ha sido alcanzada y plenamente instaurada, entonces la reacción ante la pérdida consiste en aflicción o tristeza. Allí donde haya un cierto fracaso de la posición depresiva, el resultado de la pérdida es la depresión. El duelo significa que el objeto perdido ha sido mágicamente introyectado y (tal como Freud demostró) se halla ahí, sujeto al odio. Supongo que lo que se quiere decir es que se le permite el contacto con los elementos persecutorios interiores. Incidentalmente, esto turba el equilibrio de fuerzas en el mundo interior, de tal manera que los elementos persecutorios son incrementados mientras disminuyen las fuerzas benignas o de apoyo. Hay una situación de peligro y el mecanismo de defensa consistente en un amortecimiento general produce un estado anímico de depresión. La depresión constituye un mecanismo curativo; cubre el campo de batalla con una especie de neblina, permitiendo una clasificación a ritmo lento, dando tiempo a que todas las defensas posibles entren en liza y dando asimismo tiempo a una preelaboración, de manera que a la larga pueda producirse una recuperación espontánea. Clínicamente, la depresión (de esta clase) tiende a levantarse, lo cual es una observación psiquiátrica muy conocida.

En el sujeto cuya posición depresiva se halla firmemente instaurada se acumulan lo que he dado en llamar

«introyecciones del grupo C», o recuerdos de experiencias buenas y de objetos amados, las cuales permiten al sujeto seguir adelante incluso sin apoyo del medio ambiente. El amor por la representación interna de un objeto perdido puede atemperar el odio del objeto amado introyectado que la pérdida entrafia. El duelo se experimenta y se preelabora, en ésta y otras formas, y la aflicción puede sentirse como tal.

El juego del niño consistente en arrojar cosas a lo lejos, que ya he enfatizado, es indicio de su creciente habilidad para dominar la pérdida y, por consiguiente, una indicación para el destete. Este juego indica cierto grado de introyección perteneciente al grupo C.

El concepto del «Pecho Bueno»

Finalmente, consideremos el término «pecho bueno».

Externamente, el pecho bueno es aquel que, habiendo sido comido, espera ser reconstruido. Dicho de otro modo, resulta no ser nada más ni nada menos que la madre que sostiene la situación del modo que he descrito.

En la medida en que el pecho bueno es un fenómeno interior (dando por sentado que el individuo haya alcanzado la posición depresiva) debemos aplicar nuestro principio de los tres agrupamientos a fin de comprender el concepto.

Grupo A. No hay en este grupo lugar para el empleo del término «pecho bueno». En su lugar nos referimos a una experiencia arquetípica o a una experiencia instintiva satisfactoria.

Grupo B. No hay aquí ningún pecho bueno reconocible va que, si es bueno, habría sido comido y esperamos que gozado. No habrá ningún material relacionado con el pecho y que pueda ser reconocido como tal. El niño a medida que se hace mayor abandona este material y elimina lo que no le es necesario o lo que percibe como malo.

Grupo C. Aquí podemos aplicar por fin el término «pecho interior bueno».

Los recuerdos de las buenas experiencias sostenedoras de la situación ayudan al niño a navegar con la marea durante los breves períodos en los que la madre falla; asimismo, aportan la base primero para el «objeto transicional» y luego para la conocida sucesión de sustitutos del pecho y de la madre.

Quisiera añadir una advertencia en el sentido de que la introyección de un pecho bueno es a veces sumamente patológica, una organización de defensa. Entonces el pecho es un pecho (madre) idealizado y esta idealización indica una falta de esperanza con respecto al caos interior y a la crueldad del instinto. Un pecho bueno basado en unos recuerdos seleccionados o en la necesidad materna de ser buena aporta confianza. Semejante pecho idealizado e introyectado domina la escena y todo parece ir bien para el paciente. Pero no así para los amigos del paciente sin embargo, ya que semejante pecho bueno e introyectado debe ser proclamado y el paciente se convierte en abogado del «pecho bueno».

Los analistas se encaran con este difícil problema: ¿debemos nosotros mismos ser reconocibles en nuestros pacientes? Siempre lo somos. Pero lo deploramos. Odiamos vernos convertidos en pechos buenos interiorizados, en los demás, y oír que nos proclaman aquellos cuyo propio caos interior se ve precariamente sostenido gracias a la introyección de un analista idealizado.

¿Qué es lo que queremos? Pues queremos que nos coman, no que nos introyecten mágicamente. No busquen masoquismo en ello. Ser comido es el deseo, mejor dicho, la necesidad de una madre durante una fase muy precoz del cuidado de su niño. Esto significa que quienquiera que no se vea atacado de modo canibalesco tiende a sentirse fuera de las actividades reparadoras y restitutivas de la gente, es decir, fuera de la sociedad.

Si, y solamente si, hemos sido comidos, gastados, robados, podemos soportar en menor grado ser igualmente introyectados mágicamente y ser colocados en el depósito de reserva del mundo interior de alguien.

En resumen, la posición depresiva, que puede estar en buen camino bajo condiciones favorables entre los seis y los nueve meses, con mucha frecuencia no se alcanza hasta que el sujeto se somete a análisis. Con respecto a las personas de tipo más esquizoide, así como a los internados en los hospitales psiquiátricos -personas que nunca han alcanzado una verdadera autoexpresión o personalidad-, la posición depresiva no es lo que importa;

para ellas queda como algo semejante al color para los que padecen daltonismo. En contraste, para todo el grupo de maníacos depresivos, entre los que se incluye la mayoría de las personas llamadas normales, el tema de la posición depresiva en el desarrollo normal no puede soslayarse; es y sigue siendo el problema de 1a vida, salvo en la medida en que sea alcanzada. En las personas completamente sanas se da por sentada y es incorporada a la vida activa en sociedad. El niño, sano por haber alcanzado la posición depresiva, puede proseguir adelante para enfrentarse al problema del triángulo en las relaciones interpersonales, el clásico complejo de Edipo.

(1) Es aquí donde se encontrará el origen de la capacidad para la ambivalencia. El término «ambivalencia» en su empleo popular significa que el odio reprimido ha deformado los elementos positivos de una relación. Esto, sin embargo, no debe oscurecer el concepto de una capacidad para la ambivalencia como logro del desarrollo emocional.

(2) Tengan aquí en cuenta algo que debo omitir: una agresión que no es inherente y que es propia de toda clase de casualidades de persecución adversa que aquejan a algunos niños pero no a la mayoría.

(3) No debe olvidarse que estoy hablando únicamente y que estoy describiendo tanto situaciones de la infancia real como situaciones analíticas.

(4) Sin duda, existen otras raíces precoces de la apreciación de la fantasía, pero me veo obligado a omitirlas.

(5) Doy por sentado que la experiencia instintiva se hallaba en la línea de los procesos del yo, de lo contrario tendrían que comentar las reacciones del pequeño ante los ataques procedentes del medio ambiente, representadas por la tensión instintiva y por la actividad reactiva.

(6) Esto concuerda con una tendencia principal observable en la obra de Fairbairn (1952).

(7) Esta idea se corresponde con las ideas propuestas por A. Freud (1952).