



PONTIFICIA **UNIVERSIDAD CATÓLICA** DEL PERÚ

Esta obra ha sido publicada bajo la licencia Creative Commons
Reconocimiento-No comercial-Compartir bajo la misma licencia 2.5 Perú.

Para ver una copia de dicha licencia, visite
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

ESCUELA DE GRADUADOS

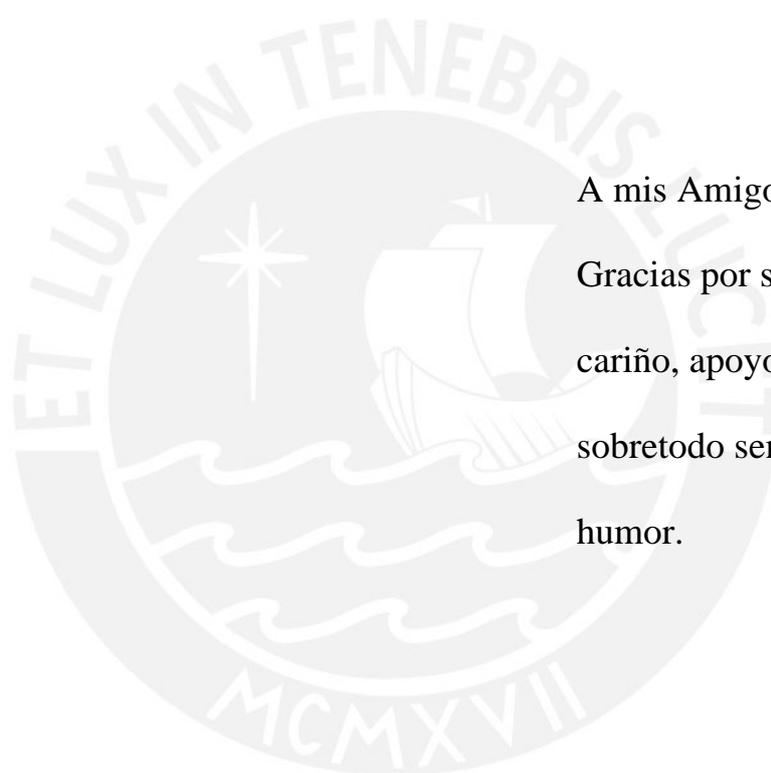


Lo Saludable: Una Propuesta para la Comprensión de la Salud Mental desde el Psicoanálisis

Tesis para optar el Grado de Magíster
en Estudios Teóricos en Psicoanálisis

Milagros Cubas Lugon

Lima – 2006



A mis Amigos:
Gracias por su compañía,
cariño, apoyo y
sobretudo sentido del
humor.

Quisiera agradecer a todas las personas que me ayudaron de una u otra forma a pensar y organizar este trabajo, especialmente a Patricia Martinez –mi supervisora- por su dedicación, calidez y sobretodo entusiasmo en este proyecto. También quisiera mencionar a Olga, Chela y Cecilia por ayudarme a pensar y a organizarme, y finalmente a Alen y mis padres por su constante apoyo, paciencia y comprensión.

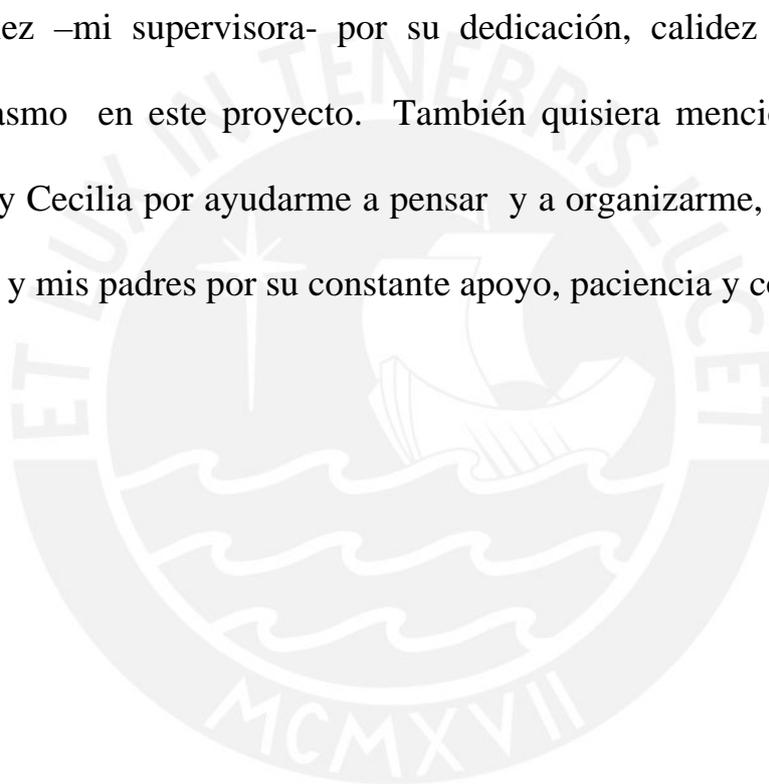


Tabla de Contenidos

	Pág.
Introducción.....	i
Capítulo 1: Salud Mental y Bienestar.....	1
1. Aproximación Hedonista.....	2
2. Aproximación Eudaimónica.....	3
Capítulo 2: Diferentes Aproximaciones a la Salud Mental en Psicoanálisis.....	6
1. Antecedentes Históricos.....	6
2. Salud Mental en Psicoanálisis.....	11
2.1 Sigmund Freud (1856 – 1939).....	12
2.2 Ernest Jones (1879 – 1958).....	15
2.3 Melanie Klein (1882 – 1960).....	16
2.4 Heinz Hartmann (1894 – 1970).....	20
2.5 Donald W. Winnicott (1896– 1971).....	22
2.6 Stanley Greenspan.....	26
Capítulo 3: Una Propuesta para la Comprensión de la Salud Mental desde el Psicoanálisis	28

	Pág.
1. Representación Integrada del Sí mismo	29
1.1 Representación Integrada del Cuerpo.....	29
1.2 Identidad Integrada.....	35
2. Relación Significativa con Otros.....	44
2.1 Apego Seguro.....	44
2.2 Capacidad de Amar.....	48
2.3 Empatía.....	54
3. Funciones Regulatorias Efectivas y Disponibles.....	59
3.1 Contacto con la Realidad.....	59
3.2 Predominio de Defensas Secundarias y Flexibles.....	63
3.3 Adaptación, Regulación de Impulsos, Demandas, Recursos y Afectos.....	69
4. Crecimiento Personal.....	79
4.1 Capacidad de Disfrute sin Culpa.....	80
4.2 Creatividad como Gesto Espontáneo.....	84
4.3 Búsqueda de Trascendencia: el Narcisismo Terciario.....	89
Capitulo 4: A Modo de Integración.....	97
Referencias Bibliográficas.....	116

Introducción

El ser humano de diferentes maneras ha estado constantemente en la búsqueda de su Salud y Bienestar. Según los horizontes históricos, las personas han intentado encontrar una sensación de tranquilidad en diferentes ideales; por ejemplo la religión en la edad media, la producción desde una perspectiva marxista; el dinero desde el capitalismo; entre otros.

¿Es la Salud más que la ausencia de enfermedades? ¿Qué criterios debemos considerar para poder hablar de una Vida Sana? Estas preguntas han sido tema central de discusión y cuestionamiento en las disciplinas encargadas de velar por la salud mental, entre ellas el psicoanálisis. Sin embargo, pareciera que ésta última no le ha dado mayor espacio a la discusión de lo que se entiende por lo saludable.

Llama la atención cómo una disciplina cuyo fin consiste en la promoción de la salud mental, no tiene una definición clara de la misma; o por lo menos una definición precisa y explícita de salud más allá de la ausencia de los síntomas. Aunque ha habido una serie de intentos a lo largo de la historia del psicoanálisis por delimitar el modelo de salud mental, tales tentativas han permanecido

aisladas. Por tanto, hasta el momento no existe una comprensión que integre lo esperado en la salud de manera independiente a la enfermedad o lo patológico.

La presente propuesta entonces intentará revisar y comprender las diversas posiciones psicoanalíticas en relación a la salud, resaltando aquellos aspectos que nos hacen sentir satisfechos con nuestra vida y que nos impulsan a seguir creciendo como personas. Esta comprensión tendrá como hilo conductor la perspectiva del desarrollo; es decir que lo saludable estará directamente influido por las características propias a cada etapa de desarrollo. En ese sentido, no se puede hablar de salud sin tomar en cuenta la edad y el contexto de la persona.

Con el fin de ordenar y comprender mejor las distintas posturas sobre la salud, hemos tomado como referencia cuatro ejes organizadores que se encuentran relacionados entre sí: Representación Integrada del Sí mismo, Relación Significativa con Otros, Funciones Regulatorias Efectivas y Disponibles, y Crecimiento Personal.

El primer eje, considera la integración y diferenciación progresiva del Sí mismo como Identidad y Representación Corporal, a través del proceso de Separación– Individuación. Por otro lado, la Relación Significativa con Otros sostiene el establecimiento de vínculos adecuados, cercanos y significativos a largo plazo, lo cual se basa en una relación de Apego Seguro, Capacidad de Amar y Empatía. El tercer eje organizador, se refiere a las funciones efectivas y disponibles que modulan las demandas, afectos y recursos internos con el mundo exterior. Éste eje está conformado por el Contacto con la Realidad, Predominio de Defensas Secundarias y Flexibles, Adaptación y Regulación de Impulsos, Instintos, Recursos y Afectos. Finalmente el Crecimiento Personal, implica la

disposición al crecimiento y maximización de los propios potenciales en servicio del Otro de modo tal que se produce una sensación de trascendencia y autenticidad. Está compuesto por la Capacidad de Disfrutar sin Culpa, Creatividad como Gesto Espontáneo y Búsqueda de Trascendencia.

Ahora bien, estos organizadores son sólo referencias que ayudarán a comprender mejor aquellos aspectos que potencian la salud mental; por tanto deben ser tomados sólo como herramientas de investigación: lo saludable en sí no puede ser dividido ni parcializado. Así mismo, en el presente estudio no se pretende realizar un listado de las características que se debe de tener para ser saludable, cuya inclusión o exclusión determinarían si una persona es más o menos sana que otra. Así mismo, no se busca demostrar qué línea teórica es la “más adecuada” para describir lo que se entiende por saludable.

Mas bien, se sostiene que dentro de la pluralidad de teorías se puede encontrar la riqueza de información necesaria para comprender mejor la complejidad del funcionamiento saludable. Adicionalmente es importante resaltar que este intento de comprensión se encuentra enmarcado dentro de un determinado encuadre cultural y social y por tanto, las propuestas y discusiones a realizar se deben entender en ese contexto.

Capítulo 1

Salud Mental y Bienestar

El interés por estudiar el concepto de Bienestar y su relación con la Salud Mental es relativamente nuevo en la Psicología, empezándose a vislumbrar en la década de los '70 (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Tradicionalmente las ciencias sociales y de la salud se han caracterizado por un modelo patógeno de salud mental, a través del cual se buscaba encontrar modos de tratar y prevenir las enfermedades (Keyes & Shapiro, A.; en prensa). Recién en las últimas décadas, se ha transformado este paradigma, discutiéndose conceptos como el de salud, motivación, capacidades, potencial y funcionamiento social (Strümpfer, 2002). En este contexto, surge la Psicología Positiva (Seligman, & Csikszentmihalyi, 2000), cuyo objeto de estudio se centra en los recursos, capacidades y potenciales de las personas; es decir, aquellos los factores que promueven el movimiento hacia la salud (Antonovsky, 1991).

A pesar que los eventos estresores son constitutivos al ser humano, la Psicología Positiva propone la existencia de fuentes de fuerza o resiliencia que ayudan a las personas a superar tales condiciones, logrando con ello un continuo

crecimiento y fortalecimiento personal a través del descubrimiento de capacidades y virtudes. (Strümpfer, 2002).

En este contexto, el concepto de Bienestar se convierte en la trama central de investigación, siendo uno de los temas más estudiados por esta disciplina (Strümpfer, 2002). Sin embargo, no todos los autores definen el concepto de Bienestar en los mismos términos.

Existen dos perspectivas en el estudio del Bienestar, las cuales provienen de paradigmas filosóficos distintos: el hedonismo y el eudaimonismo. El hedonismo refleja la visión del Bienestar como placer o felicidad. En cambio el eudaimonismo, sustenta el Bienestar en la actualización de los potenciales humanos; es decir, en la utilización de los propios recursos y en la capacidad de resiliencia (Ryan & Deci, 2001). Aproximarnos a la evolución de ambas perspectivas desde la filosofía nos permitirá aclarar sus alcances.

1. Aproximación Hedonista

La equivalencia entre el placer hedónico y la felicidad tiene una larga trayectoria en la filosofía. Por ejemplo para Aristippus, la meta de la vida consiste en la vivencia del mayor monto posible de placer, de tal modo que la felicidad se basaría en la suma de todos esos momentos hedónicos. Así mismo, Hobbes sugirió que la felicidad surge a partir de la búsqueda exitosa de los apetitos humanos. DeSade, por su parte, creía que la exploración de la sensación de placer era la meta principal de la vida. Esta idea se extiende también a la noción de sociedad a través los filósofos utilitaristas como Berntham, quienes sostienen la maximización del placer y la búsqueda de los propios intereses como medios para construir una sociedad buena. El hedonismo por tanto, enfatiza los placeres

corporales, así como los intereses o preferencias ‘del alma’ como medio para alcanzar la felicidad. (Gaarder, 1997; Ryan, & Deci, 2001).

Dentro del psicoanálisis, el modelo de económico de Freud coincide con la visión hedónica, resaltando la obtención de placer como modo de alcanzar una sensación de satisfacción. Esta propuesta basada en el modelo biológico del arco reflejo, supone que los procesos anímicos son regulados automáticamente por el principio del placer a través de descargas, por lo que las personas instintivamente reduciríamos en lo posible cualquier sensación de excitación en la búsqueda de un estado placentero de calma o Principio de Constancia.

2. Aproximación Eudaimónica

El eudaimonismo proviene de la palabra griega eu – bueno, y daimon – espíritu interno y fue desarrollado por algunos filósofos como Aristóteles para deslindar la idea de la felicidad de las corrientes hedonistas. De hecho, muchos filósofos han devaluado el placer como principal criterio para definir el Bienestar. Aristóteles por ejemplo, consideraba a la felicidad hedónica como un ideal vulgar, que convertía a los seres humanos en esclavos de sus propios deseos. (Gurtler, 2003). El proponía en cambio, que la verdadera felicidad se encontraba en la expresión de la virtud; es decir, en hacer ‘aquello que vale la pena’. (Gaarder, 1997).

Esta línea de pensamiento se puede encontrar también en la psicología, filosofía y religión oriental. (Strümpfer, 2002). Por ejemplo, Dalai Lama distingue entre el placer hedónico y la felicidad eudaimónica; ésta última se ubica en un nivel superior y describe un espacio interno derivado de la interacción con otros, la empatía y el conocimiento de uno mismo (En, Ryan, & Deci, 2001).

Fromm (1998) tomando la visión Aristotélica, sostenía que el Bienestar óptimo requiere de la distinción entre aquellas necesidades o deseos que son sentidos subjetivamente, de aquella satisfacción que conduce a un placer momentáneo. Para este autor (1998) sólo aquellas necesidades que están inscritas en la naturaleza humana son las que conllevan al crecimiento y producen una idea eudaimónica de Bienestar.

En ese sentido, la posición eudaimónica afirma que el verdadero Bienestar surge a partir de la realización de actividades que conducen a la elevación de los potenciales humanos; como consecuencia, no todas las acciones que producen placer son generadoras de Bienestar (Strümpfer, 2002).

En el plano de las emociones, la visión eudaimónica resalta el funcionamiento integrado de las personas por encima de la vivencia de afectos positivos (Strümpfer, 2002). En ese sentido, DeNeve & Cooper (1998) hallaron que bajo ciertas condiciones, una persona que experimenta – en vez de evitar– sentimientos negativos, se encuentra funcionando de manera integrada y en consecuencia presenta un mayor Bienestar.

Aunque la visión eudaimónica no ha calado tanto en el psicoanálisis como otras propuestas teóricas, hay algunos autores que han coincidido con esta aproximación al Bienestar. Por ejemplo, Winnicott (1965) resalta la capacidad de las personas para vivir auténticamente su vida y asumir la responsabilidad de su acción o su inacción. Por otro lado, Sandler & Joffe (1968) consideran que el estado de bienestar es consecuencia de un funcionamiento psicobiológico armonioso, integrado y autónomo. Así mismo para Greenspan (1997), una persona sana no es sólo capaz de conservar su bienestar sino también se permite perderlo frente a una amenaza, para luego recuperarlo.



En la presente investigación, reconocemos las diferencias existentes entre las aproximaciones hedonista y eudaimónica de Bienestar. No obstante, consideramos que tales divergencias podrían ser reconciliables o incluso complementarias, enriqueciendo de este modo el plano de la investigación.



Capítulo 2

Diferentes Aproximaciones a la Salud Mental desde el Psicoanálisis

1. Antecedentes Históricos

La problemática sobre la salud mental se remonta al mismo inicio de las civilizaciones, siendo una de las áreas de mayor preocupación e interés a través del tiempo. Históricamente, la idea de salud mental y el concepto de normalidad han sido nociones que se han utilizado indistintamente para describir un estado de “cordura” o sensatez”. Proveniente del latín *salus*, la primera definición de salud propuesta por La Real Academia Española señala “*La sanidad y entereza del cuerpo libre de achaques; o la libertad o bien público o particular de alguno; o el estado de la gracia y justificación, que es la vida del alma*” (RAE, 1739); mientras que se delimitó posteriormente lo normal como “*lo que se halla en su natural estado; lo que sirve de norma o regla*”. (RAE, 1869).

Ahora bien, existen múltiples definiciones que esgrimen ambos términos, lo cual ha generado una serie de confusiones y ambigüedades al respecto. Según Corderch (1982), no existen delimitaciones precisas acerca de lo que debe entenderse por salud, normalidad y anormalidad psíquicas; lo cual ha generado

que los profesionales de la salud actúen de manera intuitiva, basándose más en aspectos afectivos que en el razonamiento lógico.

Tal situación se debería entre otros al modo cómo se fue entendiendo la idea de salud y enfermedad mental a través de los tiempos. En la prehistoria por ejemplo, la idea de la enfermedad mental se delineaba en base a una concepción mítica de la misma. Se creía que los desórdenes mentales eran fenómenos sobrenaturales, causados por los dioses frente a la violación de un tabú, la falla de las ofrendas rituales o por posesiones demoníacas (Mora, 1985).

Estas ideas persistieron entre los griegos, quienes consideraban que los demonios podían tomar posesión de una persona, controlando su cuerpo y mente (Davison & Neale, 1997). Tal concepción continuó hasta Hipócrates, quien propuso una causa biológica para la enfermedad mental y designó la palabra “manía” o locura para tal estado. Así mismo, Platón sugirió que la causa de la locura se encontraba en la mente. Él creía que el origen de la enfermedad mental consistía en la ignorancia de la *psyche*, es decir de la fuerza que mantenía al ser humano vivo (Mora, 1985). Sin embargo tanto las propuestas de Hipócrates como de Platón se perdieron en el tiempo, regresando las teorías de las posesiones demoníacas.

Durante el renacimiento, aparece como símbolo del recluimiento de los enfermos mentales la Nef des Fous o la nave de los locos descrita por Foucault (1976). En ella, los “locos” eran encargados a los marineros mercantes con el fin de mantenerlos como pasajeros – prisioneros por un tiempo indefinido, destinándolos a una existencia errante.

Recién en el siglo XVIII, se presenta un cambio definitivo en la explicación de la salud mental. Se establecen hospitales dedicados a los

desórdenes mentales, aunque dentro de estos, los pacientes eran encadenados y maltratados. En palabras de Foucault: “[la nave de los locos] Ahora ha atracado entre las cosas y la gente. Retenida y mantenida, ya no es barca, sino hospital” (Foucault, 1964, p.44). Pese a ello fueron mejorando progresivamente las condiciones hospitalarias, siendo Philip Pinel en Francia, quien libera a los pacientes de su encierro (Gramwell & Tomes, 1995).

En el siglo XIX se continuó mejorando la calidad de los servicios de salud, reconociendo la importancia de la investigación así como la necesidad de un sistema de cuidado a largo plazo en lugares especializados, que generasen a su vez sistemas de soporte social (Mora, 1985).

Posteriormente en siglo XX, se inicia el tratamiento de la salud mental como un tema a ser abordado desde una perspectiva interdisciplinaria. Así mismo surgieron una serie de propuestas que intentaban definir los requisitos necesarios para poder ubicar a una persona como normal o enferma, apareciendo los manuales diagnósticos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) publica la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), cuya sexta edición (CIE- 6) incluye por primera vez un apartado destinado a trastornos mentales. En 1952 se crea el primer sistema de clasificación de enfermedades mentales, conocido como el "Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales" (DSM- I).

Estos avances sin embargo, ubicaron a la psiquiatría y a la psicofarmacología en una posición omnipotente, en la cual el paciente era etiquetado y sometido a un tratamiento que con frecuencia lo despersonalizaba.

Como respuesta a esta tendencia surgió en Inglaterra en la década de los sesenta el denominado movimiento antipsiquiátrico. Éste proponía el rechazo del concepto tradicional de enfermedad mental como anormalidad biopsíquica, para

ubicarlo dentro de un contexto económico e histórico – social. Los iniciadores de este movimiento, Ronald Laing (1960) y David Cooper (1971), cuestionaron el concepto de enfermedad mental, calificándolo como un rótulo arbitrario utilizado para descalificar a ciertas personas.

Producto del movimiento antipsiquiátrico, se introdujo el tratamiento a corto plazo, planteándose con ello la necesidad de reincorporar a los pacientes a la sociedad. Con el propósito de cumplir este objetivo, se crearon programas de servicio a la comunidad centrados en la prevención y la investigación (Wright, 1991).

A pesar de estos avances, todavía en la actualidad no existe una definición clara, explícita y precisa de lo que se entiende por lo saludable. En palabras de Manuel Valdez “Es cierto que la psiquiatría (...) [no sabe] prácticamente nada de la psicología de la normalidad y carece de una teoría que explique la transición desde la salud mental a la psicopatología psiquiátrica. Como se ve, más que un cambio de paradigma, lo que la Psiquiatría necesita es tener alguno”. (En, Prólogo a la tercera edición española, DSM IV).

Así mismo, tampoco se ha definido claramente la diferencia entre normalidad y salud, utilizándose con frecuencia ambos términos como si fueran equivalentes.

Por ejemplo, Corderch (1982) – partiendo de la división clásica entre salud y enfermedad– formuló una clasificación de la normalidad, entendida ésta como sinónimo de salud. A partir de una recopilación de los modelos de salud existentes tales como la normalidad normativa, el criterio social y la normalidad estadística, este autor (1982) propone el criterio psicodinámico, como la

capacidad para manejar adecuadamente los procesos mentales inconscientes, entre los cuales incluye a la fantasía.

En contraposición, Canguilhem (1998) sostiene que estar sano y ser normal no son términos equivalentes, puesto que lo patológico puede ser también una especie de normalidad. Según este autor (1998), la salud a diferencia de la normalidad sería la capacidad para mantener cierto margen de tolerancia respecto a las fallas y excepciones del medio ambiente. Su particularidad se basaría en la capacidad de encontrar seguridades y crear nuevos valores y normas de vida.

En la actualidad, se presenta un movimiento hacia la salud mental, orientado a la prevención de las enfermedades así como al fomento de estados positivos de salud y Bienestar (National Mental Health Association, 2003). En 1947, la OMS define la salud como un estado que va más allá de la presencia y ausencia de enfermedades diagnosticadas, desarrollándose un modelo distinto que por primera vez incluía elementos que generaban una sensación de Bienestar (Casullo & Castro, 2000; Strümpfer, 2002; WHO, 2001, fact sheet 220).

En este contexto, la OMS ha definido la salud mental como “*Un estado de bienestar en el que el individuo reconoce sus propias habilidades y es capaz de manejar las tensiones normales de la vida, lo cual le permite producir y contribuir con su comunidad*” (WHO, 2001; Fact Sheet N° 220). La promoción de la salud mental por tanto, cubre una serie de áreas entre las que se encuentra “*el fomento de los recursos y herramientas individuales dentro del ambiente socio económico de la persona*” (WHO, 2001, fact sheet 220).

2. Salud Mental en Psicoanálisis

El psicoanálisis surgió como disciplina en el siglo XIX como una alternativa importante en la comprensión y curación de las enfermedades mentales. Ligada desde sus inicios a la medicina, el psicoanálisis debe muchas de sus ideas originarias al modelo médico, el cual le proveyó las bases formales para explicar sus novedosos conceptos.

Las descripciones psicoanalíticas de la salud se han desarrollado en dos direcciones divergentes, las cuales se apoyaban en los movimientos académicos y culturales de la época. Por un lado siguiendo el movimiento de la Ilustración, se pretendía hallar el ideal de la perfección a través de la racionalidad; en palabras de Freud (1923) *“donde estaba el ello, estará el yo”*. Por otra parte, se buscaba la visión del hombre instintivo, libre de obstáculos neuróticos, proveniente de los románticos.

En un inicio, el modelo de salud del psicoanálisis se centraba en la comprensión de los síntomas y aspectos patológicos desde una perspectiva adulta, cambiando posteriormente a una teoría general del funcionamiento psíquico (McLaughlin, 1963). En la actualidad, existe una tendencia evolutivo-maduracional que a su vez muestra dos perspectivas aparentemente opuestas: una de ellas propone el balance entre las estructuras psíquicas internas con énfasis en la organización del yo y su capacidad sintética (ej. Hofer, 1995); mientras que la otra considera a la salud en términos de ajuste al medio cultural (ej. Brazelton & Nugent, 1995).

Con el objetivo de entender mejor la perspectiva psicoanalítica sobre lo saludable, se han seleccionado algunos autores significativos en la historia del

psicoanálisis que han realizado aportes importantes a la comprensión de la salud mental.

2.1 Sigmund Freud (1856 – 1939)

Freud, neurólogo de profesión, consideraba como otros colegas de la época que la ‘normalidad’ o ‘salud’ (Freud utilizaba los términos ‘Gesundheit’ y ‘Normalität’ de manera indistinta) se expresaba a través de la ausencia de síntomas. Sin embargo, esta concepción fue gradualmente cambiando a medida se modificaban también sus teorías acerca del funcionamiento psíquico.

En 1912 en *Über Neurotische Erkrankungsstypen* (Sobre las Causas Ocasionales de la Neurosis¹), Freud describe cómo el destino de la libido sirve en el psicoanálisis como criterio para diferenciar la salud de la enfermedad. La persona se muestra como sana, a medida que su satisfacción de deseo se realice mediante un objeto real del mundo exterior; es decir, Freud utiliza el criterio económico o de descarga para explicar la etiología de la enfermedad. El individuo conserva la salud mientras su necesidad de amor es satisfecha por un objeto real del mundo exterior, y contrae una neurosis en cuanto pierde tal objeto y no encuentra una sustitución del mismo. En palabras de Freud: “*La felicidad coincide aquí con la salud, y la desgracia, con la neurosis. La curación depende, más que del médico, del Destino, que puede ofrecer al sujeto una sustitución de la satisfacción perdida*”.

Posteriormente en 1920 en *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse* (Lecciones Introductorias al Psicoanálisis), Freud introduce en su modelo de salud el concepto de conflicto así como el papel de las defensas y las

¹ Las traducciones de las citas y títulos de las Obras de Freud son tomadas de López y Ballesteros

resistencias en el paciente neurótico. Según Freud, tales personas son incapaces de gozar y de obrar adecuadamente: de gozar, porque su libido no se halla dirigida sobre ningún objeto real; y de obrar, porque se halla obligado a gastar toda su energía para mantener a su libido en estado de represión y protegerse contra sus asaltos. La diferencia entre la salud y la neurosis se basa entonces en una diferencia relativa al grado de goce y de actividad del que la persona es capaz, y por tanto “*se trata de una diferencia de orden cuantitativo y no cualitativo*”.

En 1923 en *Das Ich und das Es* (El Yo y el Ello) Freud introduce la segunda tópica, como una nueva forma de conceptualizar el psiquismo. De esta nueva organización, Freud postula una propuesta general de la salud: “*Donde estuvo el ello, estará el yo*” (1923).

Ahora bien, recién en *Der Realitätverlust bei Neurose und Psychose* (1924) (La Pérdida de la Realidad en la Neurosis y la Psicosis) Freud comienza a vislumbrar la ambigüedad de la división entre lo saludable y lo patológico. Al respecto sugiere que lo que se denomina normal o «sano» reúne en Sí mismo una serie de rasgos tanto neuróticos (como sinónimo de normal) y psicótico: la persona no niega la realidad, pero se esfuerza en transformarla, como en la psicosis. Para Freud, la conducta normal conduce naturalmente a una labor manifiesta sobre el mundo exterior y no se contenta, como en la psicosis, con la producción de modificaciones internas. Pero es posteriormente en *Der Untergang des Ödipuscomplex* (1924) (La Disolución del Complejo de Edipo) que Freud describe de manera explícita esta problemática. Refiriéndose a la disolución del complejo de Edipo, Freud refiere “*Nos inclinaríamos a suponer que hemos tropezado aquí con el límite, nunca precisamente determinable, entre lo normal y lo patológico*”.

Ese mismo año (1924) Freud escribe en *Kurzer Abriß der Psychoanalyse* (Esquema del Psicoanálisis) un breve ensayo para explicar la estructura de la teoría psicoanalítica. En un inicio, la investigación analítica buscaba tan sólo fundamentar la génesis de algunos estados psíquicos patológicos; pero este proceso condujo a la creación de una nueva Psicología, cuyos conocimientos “no podían limitarse al terreno de la Patología”. El respaldo de tales ideas se consolidó en la interpretación de los sueños, en donde fenómenos pertenecientes a la vida psíquica de “los normales” podían dar cuenta del funcionamiento psicológico de la persona. Freud agrega: *éstos constituyen, sin embargo, productos propiamente patológicos, que pueden nacer regularmente bajo las condiciones de la salud.*

En 1927 con *Der Humor* (El Humor), Freud muestra una actitud vacilante respecto a su modelo de salud, excusándose en términos de ‘cautela’ el haberse referido de manera tan imprecisa y poco frecuente al funcionamiento normal. Al respecto sostiene: “*La patología de la vida anímica es el terreno en el cual nos sentimos seguros; allí hacemos nuestras observaciones, allí logramos nuestras convicciones; pero por el momento sólo osamos formular juicios sobre lo normal, en tanto que lo podemos inferir a través de los aislamientos y las deformaciones de su expresión patológica*”.

Hacia finales de su carrera, Freud continúa cuestionando los límites entre la salud y la patología. En *Die Endliche und undendliche Analyse* (1935) (Análisis Terminable e Interminable), pone en tela de juicio la posibilidad de lograr por medio del psicoanálisis un nivel de normalidad psíquica absoluta y estable, fruto de la resolución de cada una de las represiones del paciente. En ese sentido, Freud

acude a la descripción estadística de la normalidad, proponiendo que toda persona es normal en cuanto pertenece a la media.

Esta posición la expone en uno de sus últimos escritos, *Abriß der Psychoanalyse* (1938) (Compendio del Psicoanálisis), donde reconoce la naturaleza progresiva del espectro salud – enfermedad. Freud considera que las transiciones graduales de la neurosis conducen a la normalidad, y en ese sentido puede que no exista ningún estado reconocidamente normal en el que no se pudieran comprobar ciertos rasgos neuróticos. La diferencia entre ambos estados radicaría en los niveles cuantitativos (en términos de quantum de energía) responsables de las inadecuaciones y los sufrimientos de los neuróticos. Sin embargo, más adelante parece contradecirse señalando la imposibilidad de separar “científicamente” la normalidad psíquica de la anormalidad, de modo que, *“pese a su importancia práctica, sólo cabe atribuir valor convencional a esta diferenciación”*. Con esta argumentación, Freud justifica el estudio de la vida psíquica normal mediante la indagación de sus trastornos, hecho que según él no sería válido si estos estados patológicos, estas neurosis y psicosis tuvieran una etiología específica.

2.2 Ernest Jones (1879 – 1958)

Fundador del psicoanálisis en Gran Bretaña e inventor del comité secreto, Ernest Jones fue uno de los principales negociadores en las Grandes Controversias. Desempeñó cargos importantes en varias sociedades e institutos psicoanalíticos en Europa, influyendo en las decisiones políticas del movimiento.

Jones (1942), investigó sobre los efectos terapéuticos del psicoanálisis, concluyendo que éstos no solamente consisten en la eliminación de los síntomas

manifiestos, sino en la promoción de un estado en el que el paciente logra cambios en su carácter e incluso intelecto, logrando de este modo un aumento de la tolerancia y la apertura mental.

La aproximación de Jones (1942) a la salud se centra principalmente en la dinámica pulsional así como en su manejo exitoso, lo cual permite el desarrollo de tres atributos principales: la felicidad, la eficiencia y la adaptación a la realidad.

La sensación de alegría y felicidad combinada con la capacidad para disfrutar (y contenerse a Sí mismo) es según este autor (1942) una de las características principales de las personas sanas. Este atributo a veces se ve impedido a través de sensaciones de miedo, odio y la culpa, los cuales se generan cuando no se ha resuelto exitosamente el complejo de Edipo.

Por eficiencia, se entiende el flujo libre de energía mental en búsqueda de actividad. Finalmente por adaptación a la realidad Jones (1942) describe no sólo la conexión con la realidad psíquica, sino también a la relación con otras personas. Por tanto según este autor (1942) mantener buenas relaciones sociales, y reconocer la medida en que el narcisismo y la ambivalencia trascienden en ellas, – así como el interjuego entre el amor y el odio– es atributo de las personas sanas o normales.

Finalmente Jones (1942) agrega que el problema psicológico de la normalidad debe residir en la capacidad para mantener los deseos en suspensión sin renunciar a estos o actuándolos de modos defensivos.

2.3 Melanie Klein (1882 – 1960)

Melanie Klein, vienesa de origen, fue gestora junto con Anna Freud de las Grandes Controversias en Londres. Esta analista transformó profundamente la

doctrina psicoanalítica clásica, creando el psicoanálisis de niños y el análisis didáctico.

Para Melanie Klein (1959) la buena relación del bebé con la madre, la alimentación, el amor y el cuidado que ella le provee, son la base de un desarrollo emocional estable. Sin embargo, aun en este momento tan temprano y bajo las circunstancias más favorables, el conflicto entre el amor y el odio desempeña un importante papel en esta relación.

En la medida en que el bebé busque preservar los aspectos amados de la madre buena, debe escindir el amor del odio y mantener la división de la madre en una buena y una mala. Esto le permitirá lograr cierto grado de seguridad en su relación con la madre amada y por consiguiente, desarrollar su capacidad de amar. Si la disociación no es muy profunda y no impide más tarde la integración y la síntesis, el niño podrá desarrollarse normalmente y tener una buena relación con la madre. (Klein, Isaacs, Riviere, & Heimann, 1983).

Pese a todas las dificultades internas y externas, el bebé encuentra normalmente la manera de resolver estos conflictos básicos, y permitiéndole más adelante experimentar alegría y gratitud por la felicidad recibida (Klein, 1957).

Según esta autora (1959), las fantasías y deseos infantiles persisten en cierto grado aún en una persona emocionalmente madura. Si estas fantasías y deseos han sido exitosamente elaborados y experimentados libremente – en primer lugar en los juegos infantiles–, se convertirán en intereses y actividades que enriquecerán la personalidad. Por tanto, la capacidad de resolver estos conflictos desarrollada a lo largo de la adolescencia y la adultez, constituye según Klein la base de la salud mental.

A partir de sus estudios sobre la observación de infantes (Klein, 1952) y el desarrollo del psiquismo, Melanie Klein (1960) despliega una propuesta de salud mental basada en la personalidad bien integrada. Ésta se caracteriza por una madurez emocional, fuerza de carácter, capacidad de manejar emociones conflictivas, equilibrio entre la vida interior y la adaptación a la realidad y una fusión exitosa entre las distintas partes de la personalidad.

La madurez emocional implica que los sentimientos de pérdida pueden ser contrarrestados por la capacidad de aceptar sustitutos, logrando que las fantasías infantiles no perturben la vida emocional adulta. La capacidad de disfrutar (Klein, 1960).

Ahora bien, si los aspectos buenos de la madre introyectada predominan frente a los frustrantes, esta madre internalizada se ubica como la base de la **fortaleza del carácter**, en donde el yo puede desarrollar sus potencialidades. La persona experimenta entonces a una madre que guía y lo protege sin invadir, identificándose con ella, y haciendo posible la paz interior.

Por tanto según Klein (1959), la internalización de los padres buenos y la identificación con ellos fomenta la lealtad hacia la gente y los ideales y a la capacidad de hacer sacrificios por las propias convicciones.

Sin embargo, si un carácter fuerte no está mediado por la consideración hacia el prójimo, no se puede entender como característica de una personalidad equilibrada. Nuestra experiencia del mundo se enriquece con la comprensión, compasión, simpatía y tolerancia hacia los demás y nos hace sentir más seguros internamente y menos solos (Klein, 1952).

La personalidad equilibrada (Klein, 1960) depende del reconocimiento y comprensión de la variedad de nuestros impulsos y sentimientos contradictorios,

así como de la capacidad de resolver estos conflictos internos. Otro aspecto del equilibrio es la **adaptación al mundo externo**, adaptación que no interfiere con la libertad de las emociones y pensamientos. Esto implica **interacción**; la vida interior siempre influye en las actitudes hacia la realidad externa y a su vez es influida por las adaptaciones a la realidad. Para Klein (1960), el equilibrio no significa evitar conflictos; implica la fuerza para tolerar emociones dolorosas y poder manejarlas.

La unión de las diversas partes de la personalidad – como antítesis de la angustia de aniquilación – se basa en **la integración** (Klein, 1960). Ésta se expresa por medio de la fusión de las diferentes partes del Sí mismo. La necesidad de integración deriva del sentimiento inconsciente de que partes de uno mismo son desconocidas, de una sensación de empobrecimiento a causa de verse privado de ciertas partes. En una persona normal, pese a la existencia de estos conflictos, se puede llevar a cabo gran parte de la integración, y cuando ésta es perturbada por motivos externos o internos, la persona sana puede volver a lograrla. La integración también tiene el efecto de crear la tolerancia hacia nuestros impulsos y por lo tanto, hacia los defectos ajenos.

Entonces según Klein (1960) la naturaleza compleja y multiforme de la salud se basa en el interjuego entre las fuentes fundamentales de la vida mental – los impulsos de amor y de odio– , interacción donde predomina la capacidad de amar.

Por consiguiente, la salud mental no es tan sólo un producto de la personalidad madura, sino que en cierto modo se aplica a cada momento del desarrollo del individuo. Cuanto más se hayan modificado las actitudes de

omnipotencia y renegación de lo doloroso en la infancia y en la adultez, mayor será el equilibrio mental.

Así mismo, a medida que se desarrolla el yo, las defensas se vuelven más exitosas y a la vez menos rígidas. Según Klein (1960) cuando la comprensión no es obstaculizada por las defensas, es posible lograr la salud mental. Una persona sana mentalmente puede darse cuenta de su necesidad de ver las situaciones displacenteras a una luz más favorable y corregir su tendencia a embellecerlas e idealizarlas.

2.4 Heinz Hartmann (1894 – 1970)

Fundador de la corriente de la psicología del yo, el vienés Heinz Hartmann fue miembro del Wiener Psychoanalyse Vereinigung, donde fue considerado como uno de los mejores alumnos de la segunda generación. Emigró en 1941 a EEUU, formando junto con Löwenstein la escuela neoyorquina de psicoanálisis.

Hartmann (1939) consideraba que en los círculos psicoanalíticos se atribuía menos importancia a la distinción entre la conducta sana y la conducta patológica que fuera de esos círculos, no obstante los conceptos de “salud” y de “enfermedad” muestran una influencia implícita o “latente” sobre el pensamiento analítico habitual.

Según este autor (1969), en los inicios del psicoanálisis resultaba relativamente sencillo definir y diferenciar la salud y la enfermedad mental. En esa época, gracias al descubrimiento sobre la etiología de las neurosis en base a los conflictos, se llegó a pensar que se había encontrado la clave para delimitar la salud. Sin embargo, se descubrió posteriormente que los mismos conflictos que se habían descrito como patológicos, existían también en las personas sanas.

Hartmann (1939) consideraba que en las normas y conceptualizaciones predominantes en una sociedad, las valoraciones subjetivas desempeñan un papel considerable explícita o implícitamente. El concepto de salud no es la excepción, por lo que se puede encontrar variaciones considerables en periodos distintos y entre diferentes personas. Por tanto, el criterio de demarcación de lo saludable se hallaría bajo la influencia de un factor subjetivo, que depende de las condiciones culturales, sociales e individuales.

Tradicionalmente en la medicina el factor cultural carecía de valor en la definición de la salud, pues ésta se concebía como la ausencia de enfermedades. Al respecto, Hartmann (1939) opina que hallarse libre de síntomas no es condición suficiente para estar sano. Según este autor, en el psicoanálisis los mecanismos, etapas de desarrollo, y modos de reacción que intervienen en el desarrollo de las neurosis, son relegados automáticamente al terreno de lo patológico; y la salud es caracterizada como un estado en el que esos elementos se hallan ausentes. Sin embargo, la contraposición así establecida con las neurosis no puede tener significado alguno mientras no se consiga valorar el grado en que estos mecanismos, etapas de desarrollo y modos de reacción, se hallan activos en individuos sanos o en el desarrollo de aquellos que posteriormente lo serán.

Adicionalmente, Hartmann (1939) sostiene que incluso la relación de las personas con la salud y la enfermedad presenta a menudo características de orden neurótico. Tomando la propuesta de Melitta Schmideberg (1938) sobre la “*Neurosis de salud*”, este autor (1969) describe la convicción de algunas personas de disfrutar de una salud excelente. Un rasgo común de la “neurosis de salud” consiste en que quienes la padecen no se permiten a Sí mismos sufrir o sentirse enfermos o deprimidos (Schmideberg, 1938). Estas personas utilizan un

mecanismo de proyección; viendo constantemente a los demás como enfermos necesitados de ayuda, eludiendo de este modo el reconocer la propia neurosis. Según Hartmann (1939) las personas sanas deben ser capaces de sufrir y de sentirse deprimidas.

Frente a esta problemática y tomando como punto de partida la psicología del yo, Hartmann (1939) elabora una propuesta de salud mental, cuyo punto de llegada es la adaptación y la fortaleza yoica.

Hartmann (1939) consideraba que, al hacer de la adaptación y en especial de la síntesis la base del concepto de salud, había logrado elaborar un concepto “evolutivo” de salud. Según él (1969) un yo sano es aquel que puede utilizar el sistema de control racional y al mismo tiempo de tener en cuenta la naturaleza irracional de otras actividades mentales. La movilidad o la plasticidad del yo constituye uno de los requisitos previos de la salud mental, puesto que un yo rígido podría ser un obstáculo para el proceso de adaptación. Por tanto, lo que se designa como salud o enfermedad está íntimamente ligado con la adaptación del individuo a la realidad.

2.5 Donald W. Winnicott (1896– 1971)

Médico pediatra de profesión, Winnicott es considerado como el principal gestor del psicoanálisis de niños en Londres antes de la llegada de Melanie Klein. Ubicado en el grupo de los independientes, Winnicott dejó un importante legado en la conceptualización de la vida psíquica del infante y su relación con la madre.

Winnicott (1967) fue uno de los primeros teóricos que resaltó la importancia del desarrollo en la salud. Crítico de las perspectivas psicoanalíticas que consideraban a la salud simplemente como la ausencia de desordenes

neuróticos, este autor propuso un modelo de salud que incluye la perspectiva del desarrollo.

Este autor (1967) concibió la salud como sinónimo de la madurez correspondiente a lo esperado en la edad cronológica del individuo; es decir, que el desarrollo prematuro del yo o de la conciencia de Sí mismo, no es “más sano” que cuando éste aparece de manera tardía.

Para Winnicott (1967), el desarrollo depende del aporte del medio circundante “suficientemente bueno”, definiéndose éste como las condiciones que facilitan las diferentes tendencias heredadas del individuo. El ambiente suficientemente bueno se inicia mediante el reconocimiento y atención de las necesidades individuales del lactante, es decir a través de la preocupación materna primaria. Tal provisión de cuidado disminuye a medida que en el bebé va creciendo, enfrentándose con una serie de frustraciones no traumáticas que impulsarán el desarrollo.

Este autor (1967) considera que mientras el bebé vive en un mundo subjetivo no se puede hablar todavía de salud, pues el infante todavía depende y es uno solo con la madre. La integración y progresiva diferenciación, conduce al bebé al estado de unidad, al pronombre personal “yo”, que posibilita el “yo soy”, y da sentido al “yo hago”, momento en el que se puede hablar legítimamente de un niño sano en un medio circundante sano o malsano.

En la latencia, el concepto de salud se asocia a la existencia de un período en el que el aprendizaje es central y se observa una segregación casi natural de los sexos. Al llegar a la edad de catorce años, los púberes se sumen a menudo, de manera natural y sana, en un estado de confusión y duda. Cuando esa fase se

termina, los adolescentes sanos comienzan a sentirse reales, a tener el sentimiento de sí y el sentimiento de ser y posteriormente el hacer.

Según Winnicott (1967) la madurez o la salud vista bajo el ángulo de la realización de una plena genitalidad, adquiere una forma particular cuando el adolescente se transforma en adulto capaz de volverse padre. Es por ello que cuando hay inmadurez en la vida instintual, hay peligro de mala salud en la personalidad, en el carácter o en el comportamiento.

Ahora bien, la vida de todo individuo no implica la ausencia de conflictos o dificultades; ésta se caracteriza tanto por sus temores, sentimientos conflictivos, dudas y frustraciones como por sus aspectos positivos. Lo esencial para Winnicott (1965), es que el hombre o la mujer puedan vivir auténticamente su vida y asumir la responsabilidad de su acción o su inacción; que se sientan capaces de atribuirse el mérito de un éxito y la responsabilidad de un fracaso; es decir, que se comporten de manera independiente y autónoma. Para este autor, ser y sentirse real es lo propio de la salud, y únicamente si juzgamos natural el hecho de *ser* podemos progresar hacia cosas más positivas.

A partir de estas ideas, Winnicott (1967) propone tres criterios que caracterizan a las personas sanas:

1°) *La integración*: Una de las características de la salud es la de que el adulto no conoce tiempo de detención en su desarrollo emocional. La persona sana admite la desintegración y el sufrimiento asociado a ella. En efecto, gracias al estado de no – integración es posible que aparezca y reaparezca el impulso creador. Una defensa organizada contra la desintegración priva al individuo de las condiciones necesarias para el impulso creador y le impide, por consiguiente, vivir de manera creadora.

2°) *La unidad psicosomática* En la salud, la utilización del cuerpo y de todas sus funciones es algo que proporciona placer. Por eso a las personas sanas les resulta desconsolador verse obligadas a vivir en cuerpos deformes, enfermos o gastados, o que puedan morir de hambre, o sufrir hasta el extremo.

3°) *La relación con los otros* En las personas saludables, buena parte de la vida se define por las relaciones de objeto y por un proceso de interjuego entre la relación con los objetos externos y con los objetos “internos”. Por consiguiente, el mundo interior de la persona sana se vincula al mundo exterior o real sin dejar de ser personal y capaz de una vida propia.

Así mismo, Winnicott (1967) propone tres ámbitos en los que las personas sanas se desenvuelven:

1°) La vida en el mundo, con las relaciones interpersonales que permiten también la utilización del medio circundante no humano.

2°) La vida de la realidad psíquica personal (denominada a veces “interior”). Donde se despliega la creatividad y riqueza personal. De este ámbito forman parte los sueños, o el terreno del que brota el material del sueño.

3°) El área de la experiencia cultural. La experiencia cultural comienza con el juego y conduce a todo aquello que compone la herencia del ser humano: las artes, los mitos, las instituciones sociales y la religión.

En base a lo anterior, Winnicott (1967) clasifica a dos tipos de personas: aquellas a las que fueron sostenidas cuando eran bebés y que están preparadas para sentir el gusto por la vida y por el vivir; y por otro lado aquellas que han sufrido una experiencia traumática debida a la negligencia del medio circundante y que durante toda su vida conservan en ellas el recuerdo de ese estado. Estas últimas serían las candidatas a vidas complicadas y tal vez a la enfermedad.

2.6 Stanley Greenspan

Entre las propuestas psicoanalíticas contemporáneas que postulan a la salud mental como algo más que la ausencia de síntomas, destaca la perspectiva evolutiva de Greenspan (1997). Stanley I. Greenspan, médico especialista en psiquiatra infantil, trabaja en la George Washington University Medical School. Asimismo, se desempeña como analista didacta del Washington Psychoanalytic Institute.

Este autor (1997) define a la salud como la capacidad para alcanzar determinados logros progresivos –la adquisición de una capacidad reflexiva, de relacionarse íntimamente con otros y respetarlos– e insiste en la importancia de las relaciones interpersonales estrechas y del crecimiento emocional en el seno de una familia estable, coincidiendo con la ideas de Freud respecto a ser capaz de amar y de trabajar.

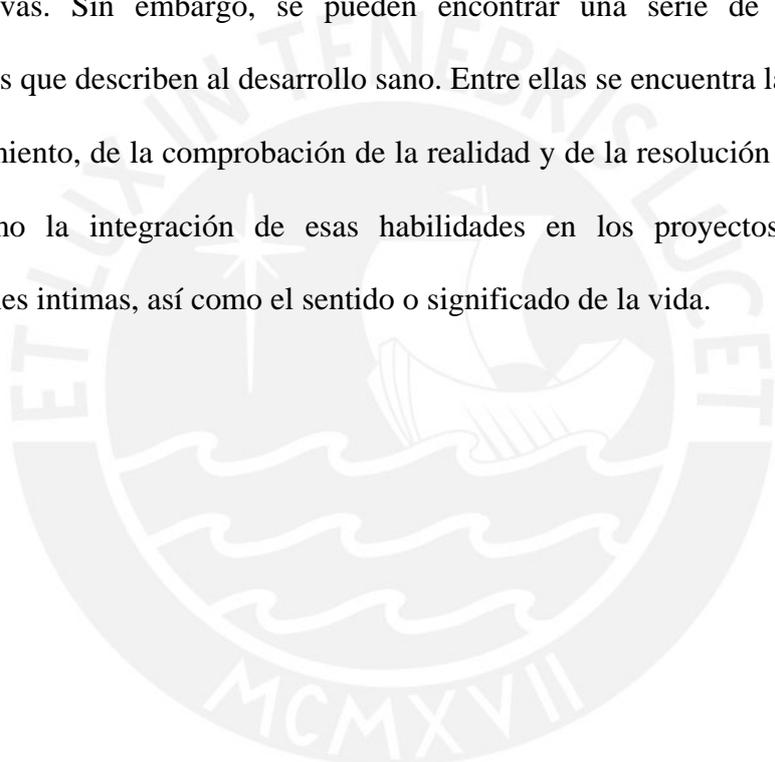
Así mismo, la capacidad de dejar que la experiencia se refleje en la vida y de forjar a partir de ella una conciencia coherente, efectiva, matizada, responsable y adecuada según la edad, sería parte fundamental de toda persona sana.

Por tanto, una persona mentalmente sana no es solo capaz de desenvolverse en un ambiente exento de sufrimiento y de angustias, sino que puede responder positivamente ante los problemas que constituyen una amenaza potencial para su vida. Para Greenspan (1997) una persona sana no solo conserva su bienestar sino que es capaz de recuperarlo después de que se haya visto seriamente amenazado.

Desde la perspectiva evolutiva, el desarrollo sano conlleva al individuo a ser tolerante, flexible y suficientemente diferenciado como para permitir que las personas puedan establecer relaciones entre ellas según las necesidades de su

etapa vital. En ese sentido, las personas sanas están dispuestas a vivir las más diversas y sutiles emociones y a reflexionar sobre tales experiencias, con el fin de ampliar y profundizar su pensamiento y sus conocimientos a lo largo de toda su vida.

Para Greenspan (1997) no puede existir un modelo único de salud mental. Cada edad y cada circunstancia crean sus propias necesidades y cada etapa de crecimiento se basa en la anterior y requiere un nuevo ramillete de respuestas adaptativas. Sin embargo, se pueden encontrar una serie de características comunes que describen al desarrollo sano. Entre ellas se encuentra la capacidad de razonamiento, de la comprobación de la realidad y de la resolución de problemas; así como la integración de esas habilidades en los proyectos, objetivos y relaciones íntimas, así como el sentido o significado de la vida.



Capítulo 3

Una Propuesta para la Comprensión de la Salud Mental desde el Psicoanálisis

La presente propuesta intentará revisar, comprender e integrar las diversas posiciones psicoanalíticas en relación a la salud, resaltando aquellos aspectos que nos hacen sentir satisfechos con nuestra vida y que nos impulsan a seguir creciendo como personas y como sociedad. Esta comprensión tendrá como hilo conductor la perspectiva del desarrollo; es decir que lo saludable estará directamente influido por las características propias de cada etapa evolutiva.

Se tomará como referencia cuatro ejes organizadores: Representación Integrada del Sí mismo, Relación Significativa con Otros, Funciones Regulatorias Efectivas y Disponibles, y Crecimiento Personal. Es importante resaltar que esta distribución no pretende clasificar ni enumerar las propiedades que se debe de tener para ser saludable, sino más bien tiene el fin de ordenar las distintas posturas sobre la salud para su mejor comprensión.

1. Representación Integrada del Sí mismo

Nosotros consideramos que para entender mejor el Sí mismo en términos saludables, resulta imprescindible mirar la evolución de su formación desde los primeros meses de vida. Con este fin, revisaremos las propuestas de una serie de psicoanalistas tales como Spitz (1957), Winnicott (1965, 1967), Kernberg (1998), entre otros, que han intentado comprender y definir el Sí mismo. Winnicott (1965) por ejemplo, considera que el término yo puede usarse para describir la parte de la personalidad en crecimiento que en condiciones saludables tiende a integrarse en una unidad. En cambio, la palabra self o Sí mismo puede ser descrita después que el niño ha empezado a utilizar el intelecto para mirar lo que los otros ven, sienten y oyen, y lo que conciben ante su propio cuerpo.

La noción de lo que es el Sí mismo, nos acompaña en nuestra experiencia social de formas múltiples; ya sea como un cuerpo único e integrado, como agente de acciones e intenciones, como un conjunto de sentimientos y experiencias o como participante de una historia personal (Stern, 1985).

En el presente estudio, la Representación del Sí mismo saludable será entendida como la integración y diferenciación del Sí mismo como Representación Corporal y como Identidad a la luz del proceso continuo de Separación – Individuación.

1.1 Representación Integrada del Cuerpo

En sus primeros escritos, Freud propone la noción de yo corporal para dar cuenta de las primeras sensaciones que se originan en la superficie del cuerpo y a partir de las cuales el bebé progresivamente irá construyendo una noción de Sí mismo. A partir de esta idea, una serie de autores han buscado comprender cómo

es el proceso de formación del esquema corporal en los infantes. Autores como Mahler et al (1982), Hoffer (1950.a y 1950b), Winnicott (1965) entre otros, afirman que el recién nacido gradualmente va registrando la estimulación sensorial, integrándola en un esquema corporal primitivo.

En esta línea la Fase del Espejo descrita por Lacan (1949), señala el nacimiento prematuro del ser humano como una marca en el desarrollo corporal: la falla en la coordinación motriz de los primeros meses, hace del bebé humano un ser torpe que no ha logrado constituir su imagen corporal como una unidad integrada.

Para Lacan (1949), la identificación primaria del niño con su imagen es el origen de todas las demás identificaciones. El bebé percibe entonces en la imagen del espejo la anticipación de una unidad corporal que todavía no ha alcanzado, hasta que progresivamente reconoce en la imagen, el reflejo de su propio cuerpo. Este proceso se realiza según este autor en el orden de lo imaginario, debido a que el bebé se identifica con el doble del Sí mismo, en donde se genera una confusión entre Sí mismo y el otro.

Según Mahler (1982), a través de la irrupción de las catexis en los órganos sensoriales, los estímulos del mundo externo se hacen más presentes, no obstante el infante sólo gradualmente será capaz de discernir tales estímulos como provenientes de fuera. Tales sensaciones facilitarían entonces la capacidad del bebé para delimitar la imagen corporal y posteriormente el sentido de Sí mismo.

Para esta autora, el bebé saludable progresivamente se vuelve conciente del mundo exterior, percatándose que aquello que alivia sus tensiones proviene de afuera, mientras que la acumulación de tensión es generada dentro de Sí mismo. (Mahler & La Perriere, 1965). Es a través de este reconocimiento que se produce

una diferenciación rudimentaria del yo, proceso que culmina en el reconocimiento relativamente estable del yo y el no yo, lo interno y externo, lo animado e inanimado.

La disminución de la dependencia corporal hacia la madre, coincide con la maduración de las capacidades locomotoras, la amplitud del campo visual y la mejora de la coordinación mano, boca, ojo (Hoffer, 1949). De este modo en la salud, el bebé empieza a expresar un placer activo en el uso de su cuerpo, mostrando un interés especial en los objetos y estimulación del mundo externo.

A medida que domina la locomoción, el niño se percata que ahora es capaz de alejarse de su madre. Esto genera por un lado placer en el dominio de sus habilidades, y por otro ansiedad de separación, la cual en pequeñas cantidades promueven el proceso de individuación. (Mahler & La Perriere, 1965). Para Mahler, el placer investido en el funcionamiento independiente y en las iniciativas a expandir el ambiente suelen ser proporcionales al grado en el que el niño tiene éxito para llamar la atención de la madre y buscar su participación.

Por otro lado, Winnicott (1965) sostiene que la base de la residencia de la psique en el soma consiste en la vinculación de las experiencias motrices, sensoriales y funcionales con el nuevo estado del infante como persona. Este aparece cuando surge una membrana que limita lo interno de lo externo, ocupando una posición intermedia entre el yo y el no yo.

Sin embargo, en un inicio el Sí mismo y el cuerpo no se superponen uno sobre el otro. Según este autor (1989a), el bebé al nacer se encuentra lo suficientemente maduro como para desarrollarse emocionalmente; es decir que siente cosas en su cuerpo, pero todavía no ha logrado conocerse ni diferenciarse. En la salud, las sensaciones difusas del movimiento y el erotismo muscular se

fusionan con el funcionamiento de las zonas erógenas, permitiendo al bebé acompañarse en el proceso de diferenciación.

Según Winnicott (1988) en la integración psicosomática se logra la residencia de la psique en el soma, seguido por una experiencia de unidad psicosomática. En este proceso, el bebé se afirma en la posición del yo soy, en donde el desarrollo yoico apoya al desarrollo corporal y viceversa. (Winnicott, 1989a)

Ahora bien, este desarrollo no puede ser atribuido sólo a las tendencias heredadas del bebé – hacia la integración, la búsqueda de objeto, la relación psicosomática –, sino también a la experiencia del infante de los cuidados maternos, que hacen posible que el bebé encuentre lo que necesita y espera. Para Winnicott (1965), una madre suficientemente buena es aquella que es capaz de ver a su bebé: mirarlo implica reconocer sus necesidades sin anticiparse, darle su espacio y registrar e interpretar adecuadamente sus señales.

El ambiente facilitador que impulsa y facilita el desarrollo sano del bebé, se inicia por la adaptación de la madre, hecho que va disminuyendo como consecuencia de las crecientes necesidades del bebé y su mayor organización, lo cual le da la oportunidad para relacionarse con el objeto a través de la agresión (Winnicott, 1958). Como consecuencia, se promueve la salud corporal manejando el infante cada vez mejor sus demandas internas a través del proceso de socialización (Winnicott, 1989b).

Así mismo, la sensación del Sí mismo como agente (Schafer, 1968) junto con el reconocimiento de la iniciativa y capacidades corporales, contribuye significativamente a un sentido de independencia, en donde se ha internalizado algunos de los patrones de comportamiento de la madre (Mahler et al., 1982). Por

tanto, tal como lo sostuvo Schilder (1923) en su obra clásica *The Image and Appearance of the Human Body*, el esquema corporal se desarrolla y es mantenido en un interjuego continuo entre el cuerpo y el ambiente a través de sensaciones táctiles, quinestésicas, visuales y vestibulares.

Por ejemplo, Erikson (1976) considera que el logro de la autonomía está determinado por el control del esfínter y el dominio de la musculatura, lo cual posibilita el manejo de dos modalidades sociales: aferrar o entregar, retener o soltar, que tiene incidencia sobre el ambiente y que puede conducir a actitudes hostiles o bondadosas. En ese sentido, Joffe et al (1965), considera que la individuación implica no sólo la renuncia a los estados iniciales de omnipotencia, sino también la búsqueda gradual de placer en función al dominio de habilidades.

Por lo tanto en la salud, toda función psíquica se desarrolla apoyándose en una función corporal cuyo funcionamiento se traslada al plano mental. Por ejemplo Winnicott (1965) considera que la piel tiene una importancia especial en el proceso de la localización de la mente en el cuerpo y en su interior; el manejo de la piel en el cuidado maternal es un factor importante para promover el desarrollo sano en el cuerpo, del mismo modo que el sostén promueve la integración.

Así mismo para Anzieu (1994), al igual que la piel cumple la función de sostener el esqueleto y los músculos, el yo– piel se encarga del mantenimiento del psiquismo: es una parte de la madre – sus manos– que ha sido interiorizada y que mantiene el cuerpo del bebé en un estado de unidad y solidez. El yo– piel también es continente del aparato psíquico y emerge del interjuego entre la madre y su bebé así como las respuestas de la madre a las sensaciones y las emociones de su hijo.

En ese sentido, el infante tiene dos puntos básicos de referencia a través de los cuales construye su imagen corporal: las sensaciones internas que conforman la esencia primitiva del Sí mismo, y las sensaciones producto de la relación con la madre – objeto libidinal. (Mahler et al., 1982).

Ahora bien, los primeros descubrimientos del infante sobre los objetos inanimados, parecen depender de su habilidad para alcanzarlos, cogerlos y manipularlos. El reconocimiento de su habilidad para hacer cosas contribuye a su sensación de separación. Así mismo, el instinto de succión progresivamente pasa de ser una demanda instintiva a una actividad controlada por el yo. En este proceso, tanto la mano como la boca empiezan a ser percibidas como parte del Sí mismo, afirmándose la diferenciación entre el yo y el no yo. La mano entonces adquiere las propiedades de una herramienta para la satisfacción de necesidades en servicio de los intereses del Sí mismo. (Hoffer, 1950b).

Por tanto, la base de un desarrollo mental saludable es el crecimiento corporal así como el cambio que se produce en el funcionamiento de los órganos del bebé a medida que avanza en edad. Nosotros coincidimos con Winnicott (1965), en que el desarrollo emocional sano le da sentido a la salud física del niño, del mismo modo que la salud física le proporciona una reaseguración muy valiosa para el desarrollo emocional, trayendo progresivamente como consecuencia un desplazamiento del predominio alimentario al genital. Adicionalmente en la salud, una integración corporal madura y relativamente estable, fomenta y consolida la diferenciación e integración de la persona como identidad.

1.2 Identidad Integrada

El término identidad, tomado por varios autores como sinónimo de Sí mismo, muestra una perspectiva interna y otra externa. Por un lado, implica la integración de partes suficientemente bien organizadas que generan una sensación de unidad; por otro se refiere a las características únicas de un individuo a través de las cuales se le puede distinguir de otras personas. El concepto de identidad, entonces más que representar un significado absoluto, se ubica dentro de un marco de flexibilidad y funcionalidad relacionado cercanamente con la identificación, tanto en el sentido de un proceso interno de desarrollo psíquico como en un acto de reconocimiento de una persona hacia otra (Greenacre, 1958).

Desde la teoría de las relaciones objetales, Kernberg (1998) considera que en la salud, la identidad progresivamente se consolida en base a la organización de las identificaciones e introyecciones, lo cual genera una sensación de continuidad, una concepción armónica del "mundo de los objetos", un sentido de coherencia de las interacciones interpersonales y el reconocimiento de tal coherencia.

El resultado de una formación saludable de la identidad consistiría entonces en el reemplazo de las identificaciones primitivas por identificaciones sublimadas, parciales y selectivas, en las cuales se internalizan sólo aquellos aspectos que armonizan con la identidad en construcción. Para Kernberg (1998) entonces, la identidad del yo constituye el nivel de organización más complejo de las relaciones objetales y comprende el concepto del mundo de las representaciones por una parte y el del Sí- mismo por otra.

Desde la perspectiva del desarrollo, las secuencias de interacción entre el bebé y su cuidador constituye la base en la cual el infante progresivamente irá conformando su identidad. Algunos autores como Stern (1985), Ainsworth,

Blehar, Waters, & Wall. (1978), Fonagy (1999) Bowlby (1958) entre otros, sostienen que las respuestas del cuidador hacia el bebé influyen significativamente en la conformación de una identidad saludable, razón por la cual la construcción del Sí mismo tendría una base intersubjetiva. El tipo de identificación realizada en este proceso entonces no sólo abarcaría la imitación, sino que además implicaría la apropiación de la experiencia intersubjetiva total, tal como es percibida por el niño.

Como consecuencia en la salud, en el transcurso de cada secuencia interactiva el estado interno del niño es transformado y mediante numerosas repeticiones de momentos similares, el infante incorpora las representaciones generadas por la secuencia relacional.

En esta línea Fonagy (1999) sostiene que la capacidad de los padres para observar y reflejar la mente de sus hijos facilita la comprensión general que los niños tienen sobre las mentes de otras personas. Así mismo, un cuidador reflexivo incrementa la probabilidad de generar apego seguro en el niño, lo cual a su vez facilita el desarrollo de la capacidad para mentalizar. Este proceso de ligazón es esencial para que el niño pueda relacionar una emoción específica a su experiencia. Un cuidador asertivo reconoce entonces las señales del bebé y genera una expresión apropiada como respuesta. Por tanto, la discrepancia entre la experiencia original del niño y la internalización de la respuesta especularizante del cuidador es útil en la medida en que el bebé accede a una representación de orden superior basada en su propia experiencia.

En la búsqueda por manejar su malestar, el niño encuentra en la respuesta del cuidador una representación de su estado mental, que puede a su vez utilizar como una estrategia para la regulación afectiva. En la salud, la combinación de la

representación de la experiencia del Sí mismo y de la representación de la reacción del cuidador, transforma la mente del niño y le permite interpretar y comprender las demostraciones afectivas en los otros, así como a alcanzar la regulación y control de sus propias emociones. La función reflexiva – de devolución o especularización– por tanto, estimula al niño a organizar una experiencia de Sí mismo en términos saludables.

Así mismo, Stern (2002) considera que el niño al incorporar las representaciones parentales, también internaliza la imagen que los padres tienen de él. Este tipo de identificación se inicia en el nacimiento como una forma de aprendizaje presimbólico y apoya la perspectiva de Freud (1920) sobre la “identificación primaria” como la expresión más temprana de un vínculo emocional con otra persona. Cuando las respuestas parentales coinciden con los estados primarios del Sí mismo del niño o ayudan a regularlos, las identificaciones tempranas conllevan a una sensación progresiva de eficacia y realización, generando a su vez la impresión de poseer una identidad consolidada o cohesionada.

En la teoría psicoanalítica aunque existen muchas posiciones sobre la formación del Sí mismo, en la actualidad se puede observar la tendencia a considerarlo como una entidad múltiple, constituida de manera intersubjetiva y dinámica a través del tiempo (Mitchell, 1993). Sin embargo, la mayoría de autores consideran que aunque la estructura real de la experiencia del Sí mismo puede ser múltiple, existe una necesidad adaptativa de las personas de mantener la ilusión de unidad y continuidad respecto a su Sí mismo o la identidad (Bromberg, 1998).

Por ejemplo, para Steven Stern (2002) la calidad global de la experiencia múltiple del Sí mismo es una función de la relación momentánea entre dos aspectos o categorías de la experiencia. Para este autor (2002) el Sí mismo puede describirse como cohesivo o fragmentado, auténtico o no auténtico, vitalizado o agotado, con suficiente o insuficientemente regulación, con iniciativa propia o a merced de los otros.

En esta línea, según Fast (1970) el yo progresivamente va probando las diferentes representaciones que tiene sobre Sí mismo, separando el Sí mismo auténtico de las representaciones que no son confirmadas por la realidad. Así, se almacenarían en la memoria aquellas representaciones que son potencialmente reales y que contribuyen a la formación del yo ideal, enviándose aquellas que nunca se realizarían a la fantasía. Consecuentemente las relaciones entre lo posible y lo fantástico, entre el yo ideal y el Sí mismo también son modificadas a través del tiempo. Una vez que estas funciones están firmemente establecidas, los ajustes en la estructura del Sí mismo continúan relativamente desapercibidas, volviéndose únicamente concientes cuando se producen cambios pronunciados en la identidad, como por ejemplo los que ocurren en la adolescencia.

Desde otra perspectiva, una serie de psicoanalistas han intentado comprender la formación del Sí mismo a partir de investigaciones sobre desarrollo. Tomando la noción de narcisismo primario de Freud, Spitz (1965), Jacobson (1964), Mahler et al. (1982), Winnicott (1967) entre otros, sostienen que en la etapa temprana de desarrollo el infante muestra una estructura psíquica indiferenciada, en la cual el bebe siente que es uno con el medio circundante. Sin embargo, ciertas frustraciones que surgen a partir de necesidades no satisfechas a

tiempo por el ambiente – que son en cierto grado inevitables– inician el proceso de individuación distinguiéndose el yo del no yo.

El término individuación, cuyo uso data de 1628, se refiere al proceso por el cual se logra la existencia individual, como un ser distinguible, individual y con una identidad propia. Joffe et al (1965), consideran que la individuación es un proceso que continúa a lo largo de toda la vida. Para ellos, las fallas tempranas en la individuación dificultan considerablemente la individuación posterior, mientras que una individuación saludable fomenta el crecimiento constante durante toda la vida.

En esta línea, Margaret Mahler (et al., 1982), propuso que el proceso de separación del bebé de la madre es un requisito para la individuación saludable, lo cual hace posible que el niño muestre un funcionamiento independiente en presencia de la madre con una mínima amenaza de pérdida objetal y dentro de un contexto placentero. Por tanto en la salud, la predominancia del placer en un ambiente donde la madre se muestra disponible, permite al niño superar la ansiedad de separación que surge en cada paso de este proceso.

Así mismo, para Spitz (1965) la formación saludable del Sí mismo, parte de una estructura psíquica indiferenciada donde no existen ni objetos ni relaciones de objeto. Progresivamente, el bebé se va organizando e incorporando al mundo de los objetos a través de una serie de organizadores como la sonrisa, la angustia del octavo mes y la señal del no, los cuales van marcando el proceso en el que el bebé se diferencia del mundo externo. De este modo, para Spitz (1965) un niño saludable debe ser capaz de concebir la ausencia de algo, lo cual marca el inicio del pensamiento abstracto, el origen de la comunicación verbal y del niño como ser social.

Conjuntamente con Mahler y Spitz, Winnicott (1965) sostuvo también que el bebé en su crecimiento emocional transita de la dependencia absoluta a la progresiva independencia. En un inicio, el bebé necesita la devolución y confirmación de su existencia a través de la mirada de la madre, creando objetos subjetivos, cuyo rasgo esencial es la paradoja: el objeto es creado pero éste ya estaba ahí esperando que se lo crease y se lo nombrara (Winnicott, 1989a).

A medida que los procesos de maduración se vuelven más complicados, el bebé depende menos de la devolución de sus padres, necesitando más de otras personas de su medio ambiente. El infante saludable adquiere entonces a través de las respuestas de sus cuidadores la suficiente seguridad como para explorar y separarse progresivamente de la madre e investigar el ambiente de manera creativa.

Como consecuencia, el bebé desarrolla la capacidad para las relaciones objetales, pasando de una relación con un objeto concebido subjetivamente a un objeto percibido objetivamente. El bebé entonces deja de estar fusionado con la madre (Winnicott, 1989a) y empieza a “usar el objeto”, para lo cual es necesario – como parte del paso al principio de realidad–, el colocar al objeto fuera de su control omnipotente.

Adicionalmente, Winnicott (1989a) propone la capacidad para estar solo como uno de los signos más importantes de desarrollo emocional saludable y del logro de la individuación. Esto implica la paradoja de una forma especial de relación entre el infante que está solo y la madre que se encuentra confiablemente presente.

Por otro lado, para Winnicott (1989a) existen tres procesos que surgen con el desarrollo temprano saludable: la integración, la personalización y la

apreciación del tiempo y del espacio. La integración del Sí mismo, que hemos propuesto como uno de los ejes organizadores en esta nuestra investigación, comienza según Winnicott (1989a) después del nacimiento y se ve apoyada por los cuidados infantiles provistos por la madre y el desarrollo del sentimiento de que la persona se halla en el cuerpo propio. Esto depende por un lado de la capacidad de adaptación de la madre a las necesidades del bebé, y por otro de la falla materna, que deja al bebé por momentos carente de algunos elementos esenciales para que operen los procesos madurativos.

El yo entonces pasa en la salud de un estado no integrado a una integración estructurada, con lo cual el infante adquiere la capacidad de experimentar la angustia asociada con la desintegración. Si el desarrollo del bebé es sano, el yo conserva la capacidad de experimentar estados no integrados. En esta etapa según Winnicott (1989a) el resultado del desarrollo saludable del bebé consistiría en un estado de unidad.

El establecimiento de un Sí mismo unitario depende entonces de la protección del yo proporcionada por la madre, la cual permite al bebé erigir una personalidad sana sobre la base de la continuidad de seguir siendo. Entonces, si se proporcionan condiciones suficientemente buenas, surge en el niño un impulso interior hacia el desarrollo; es decir, hacia la integración de la personalidad y la independencia. En cambio, cuando las condiciones de cuidado no son suficientemente buenas tales fuerzas quedan contenidas al interior del niño y de un modo u otro tienden a destruirlo.

Ahora, como resultado de la integración progresiva del Sí mismo, Winnicott (1989a) propone la aparición de una identidad auténtica o del *self verdadero*, producto del gesto espontáneo y la idea personal. El *self verdadero*

surge de los tejidos y las funciones corporales, está estrechamente vinculado con la idea del proceso primario, y al principio es esencialmente no reactivo a los estímulos externos.

Con el tiempo, el self verdadero se torna rápidamente complejo y se vuelve capaz de reaccionar ante los estímulos de manera no traumática, debido a que posee en su interior una contraparte que lo sostiene. De este modo se fortalece la sensación de *ser real*, pudiéndose tolerar a la vez las rupturas del self verdadero (Winnicott, 1989a).

En la salud, el self falso está representado por la organización total de la actitud social cortés y bien educada, que evita mostrar con franqueza y sinceridad cosas que podrían hacer daño al otro. De este modo, la persona puede obtener un lugar en la sociedad que nunca podría haber logrado solamente gracias al self verdadero.

Ahora, si bien tradicionalmente se ha concebido los inicios de la vida psíquica infantil como una estructura indiferenciada, para otros autores dedicados al estudio del desarrollo como Stern (1985) los infantes no pasan por un proceso de total indiferenciación o confusión entre el Sí mismo y el otro, presentándose desde el nacimiento una separación entre el Sí mismo y el ambiente.

Según Daniel Stern (1985) desde el nacimiento, los bebés aprenden a relacionar experiencias diversas, orientando sus aptitudes sociales hacia los demás. Tales interacciones producen afectos, percepciones y recuerdos que se van organizando progresivamente en un *Sentido de Sí mismo*, que implica el surgimiento de redes que se integran en distintos *Dominios de Relacionamiento*. Según Stern (1985) el bebé debe transcurrir por diversas etapas tales como un

sentido de Sí mismo Emergente, Nuclear, Subjetivo y Verbal, cada una de las cuales lo conducen a un modo de relacionamiento distinto.

En la salud, el bebé logrará experimentar progresivamente una sensación física coherente, pudiendo reconocer los estados mentales de los demás y logrando finalmente relacionarse de manera intersubjetiva. Así mismo, el infante saludable puede reflexionar sobre sus sentimientos, recuerdos y sensaciones así como interpretar los estados mentales de los demás, lo cual lo ayuda a comprender el mundo que lo rodea.

Stern (1985) sugiere que una vez formados los dominios de relacionamiento, éstos permanecen como formas distintas de experimentar la vida social y el Sí mismo. Por tanto, ninguno se pierde en la experiencia adulta, sino que se vuelven más complejos.

Aunque existen divergencias respecto a la existencia de un estado indiferenciado en el neonato, la mayoría de teóricos del desarrollo coinciden al reconocer al Sí mismo como la capacidad para reflejarse y mostrar un sentido de continuidad a través del tiempo y del espacio. (Emde, 1983).

Para nosotros el bebé, más allá que si nace indiferenciado o con cierta diferenciación, deberá ir incorporando en la salud distintas representaciones y modos de funcionamiento que lo harán único. Gracias al acompañamiento afectuoso de sus padres; el infante podrá integrarse por un lado como un Sí mismo coherente y organizado, y por otro como un ser separado y diferenciado. Estos procesos que suceden necesariamente en la primera infancia, sentarán las bases para el desarrollo posterior adulto, constituyéndose a su vez como una pieza importante para la evolución saludable de otras áreas de desarrollo.

Nosotros consideramos que una persona saludable debe mantener la mayoría del tiempo una sensación de unidad y coherencia, pero también creemos que puede permitirse romper temporalmente tal sensación para explorar estados no integrados – por ejemplo en la asociación libre, en la creatividad, en el juego, en la sexualidad, entre otros –, debido a que tiene la capacidad de volver a integrarse.

2. Relación Significativa con Otros

La Relación Significativa con Otros se refiere desde esta propuesta, al establecimiento de vínculos adecuados, cercanos y significativos a largo plazo, los cuales se basan en una relación de Apego Seguro, Capacidad de Amar y Empatía.

Ahora bien, no se puede hablar de Otro si no se tiene claro las diferencias entre el Sí mismo y el ambiente. En ese sentido, Emde (1983) sostiene que la evolución del Sí mismo ocurre como parte del desarrollo de la noción de Otros, paradoja que forma parte de un proceso que parece inseparable uno del otro. Tal proceso requiere entonces que el bebé participe en las reacciones del otro, tome el rol del otro y perciba su Sí mismo como separado, involucrándose en un dialogo interno con un “Otro generalizado”.

2.1 Apego Seguro

La teoría de apego surgió a partir de los años ‘40 con una serie de estudios importantes realizados por John Bowlby (1958, 1969, 1973, 1980). Este autor encontró un patrón repetitivo en las historias de niños delincuentes, en las cuales las separaciones y pérdidas tempranas ocasionaban dificultades de conducta. A

partir de esto Bowlby empieza a interesarse por la etología y el desarrollo humano, construyendo sus teorías acerca del vínculo del infante con su madre (1958) y la ansiedad de separación (1960). En ellas, propuso que los infantes al igual que los mamíferos nacen con una predisposición biológica a buscar proximidad y contacto con los adultos de su propia especie, expresados a través de los reflejos innatos como el de aprensión y el de succión (Brody, 1981).

La teoría del apego postula entonces la necesidad humana universal para formar vínculos afectivos estrechos los cuales se basan en la reciprocidad de las relaciones tempranas. Tales vínculos son indispensables para el desarrollo saludable en todos los mamíferos, incluyendo a los seres humanos (Hofer, 1995).

La activación de conductas de apego depende de la evaluación realizada por el infante respecto a un conjunto de señales del entorno, lo cual genera como resultado la experiencia subjetiva de seguridad o inseguridad. La experiencia de seguridad es el objetivo del sistema de apego, el cual funge de regulador de la experiencia emocional (Sroufe, 1996).

En los últimos 15 años, la teoría del apego (Bowlby, 1969, 1988) ha mostrado un giro importante en la investigación teórica y empírica. Los trabajos de Stern (1985), Ainsworth (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978), Brazelton (Brazelton & Nugent, 1995) sobre el apego infantil, han abierto una serie de puertas y posibilidades al entendimiento académico interesado en el desarrollo.

Ahora bien, los estudios sobre el apego, no sólo se han limitado a la investigación en los primeros meses y años de la vida, sino que ha extendido su campo de estudio a la edad adulta. En términos generales, han surgido dos líneas de trabajo acerca de los estilos del apego adulto. Ambas se basan en

conceptualizaciones ligeramente diferentes y han generando sus propios instrumentos de medición.

La primera opción empezó con la propuesta de los psicólogos del desarrollo tales como Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, (1978) quienes utilizaban las técnicas de observación madre bebé, y extendieron a entrevistas para estudiar el estado mental de los padres en relación al apego. La segunda línea, se inició en mitad de los años '80 por parte de los psicólogos sociales (Hazan & Shaver, 1987) quienes aplicaban las ideas de Bowlby y Ainsworth (1969) estudio de las relaciones románticas, desarrollando medidas de autoreporte, experimentos y cuestionarios.

Mary Ainsworth (1969; 1985; Ainsworth, Blehar, Waters y Wall, 1978) realizó una serie de estudios con experimentos sobre la diada madre- bebé. Esta autora introdujo la “técnica de la situación extraña” a partir de la cual propuso una clasificación de los diferentes tipos de apego en relación a la seguridad. Ainsworth consideraba que las conductas de los infantes seguros están basadas en la experiencia de interacciones bien coordinadas, sensibles, en las cuales el cuidador/a no sobreexige al niño y es capaz de ayudar al bebé a modular sus respuestas emocionales. Así mismo, los niños con apego seguro permanecen relativamente organizados en situaciones de estrés; las emociones negativas son sentidas como menos amenazantes, y pueden ser vividas y comunicadas con un sentido (Grossman, Grossmann y Schwan, 1986; Sroufe, 1979; Sroufe, 1996).

Por otro lado Klaus & Kennell (1976), utilizaron los conceptos de apego para desarrollar su teoría sobre el vínculo afectivo en la etapa postnatal. Estos autores (1976) propusieron que el contacto sensorial cercano con el cuerpo de la

madre después del parto puede promover el vínculo afectivo necesario para el desarrollo óptimo del infante y la satisfacción y maternización de la madre.

A partir de las investigaciones sobre apego infantil y adulto, se pudo confirmar entonces que la necesidad de tener confianza y una figura en la que apegarse está presente en personas de todas las edades. Según Bowlby (1979) las experiencias tempranas influyen en el modo en que se viven las relaciones en la vida adulta, especialmente en las expectativas de encontrar a alguien en quien confiar. La confianza se relaciona entonces en base a la presencia o ausencia de una figura fidedigna capaz de proporcionar una base segura en cada etapa de la vida y por otro lado, se encuentra la capacidad o incapacidad de la persona para reconocer que el Otro es digno de confianza colaborando de modo que se inicie y se mantenga una relación mutuamente gratificante.

Por lo tanto, los seres humanos son más felices y pueden desarrollar mejor sus capacidades cuando piensan que tras ellos hay una o más personas dignas de confianza que acudirán en su ayuda si surgen dificultades. (Bowlby, 1979). Entonces, el funcionamiento sano de la personalidad en cada edad refleja la capacidad del individuo para reconocer figuras adecuadas y disponibles que pueden proveer una base segura, y por otro lado la capacidad para colaborar con tales figuras en relaciones mutuamente gratificantes.

Adicionalmente según Bowlby (1979), las personas saludables muestran un equilibrio entre confianza en Sí mismo e iniciativa, así como una capacidad para buscar ayuda y hacer uso de ella cuando es necesario. Este autor (1979) halló que la mayoría de estos individuos se criaron en familias unidas con padres cercanos y afectuosos. Tales resultados indicarían a la familia como un ambiente social estable, donde la autonomía es fomentada, pero no forzada, y dentro del

cual el niño es bienvenido y puede tener contacto tanto con adultos como con niños de su misma edad.

Nosotros consideramos que los procesos del apego e individuación, así como la formación del sentido de identidad acompañan a la persona durante todo su ciclo vital. Coincidimos con Bowlby (1979), en que muchas de las formas de relacionarse se encuentran basadas en el grado de diferenciación entre el Sí mismo y el objeto así como el desarrollo instintual, lo cual permite a la persona saludable consolidar un sentido de Sí mismo como una entidad autónoma así como tener la capacidad para relacionarse con otros de manera significativa y confiable.

2.2 Capacidad de Amar

A lo largo de la historia, han surgido diferentes intentos por explicar la naturaleza de la capacidad de amar. Freud por ejemplo trató el tema en diferentes artículos, proponiendo a su vez enfoques distintos a lo largo de la primera tópica.

Según Bergmann (1988), Freud desarrolló tres teorías diferentes sobre el amor, las cuales sin embargo no fueron integradas en un solo cuerpo teórico. La primera de ellas, se basa en el descubrimiento de la sexualidad infantil en los *Tres ensayos para una teoría sexual* (1905), en donde Freud propone como prototipo la relación de amor a través de la lactancia: el niño succionando del pecho de su madre.

La segunda propuesta, se asocia con el descubrimiento del *Narcisismo* (1914), en la cual Freud postula que tanto los padres como el Sí mismo pueden ser tomados como modelos de amor. La elección de objeto narcisista refleja entonces la equiparación de las imágenes del Sí mismo con el yo ideal. Por último, Freud propone en *Las pulsiones y sus vicisitudes* (1915) un paralelo entre el amor y el

sexo, sugiriendo que la capacidad de amar tiene su origen en la pulsión. Sin embargo luego se contradice, sosteniendo que el amor es una emoción que no puede ser ubicada en el esquema de los instintos y por tanto no es componente de la pulsión sexual.

El primer psicoanalista en considerar el amor desde un punto de vista estructural fue Wälder (1930). Para este autor, el amor es un acto de integración de orden mayor, relacionado a la capacidad del yo para unir de manera armoniosa los deseos del ello, las demandas de la compulsión a la repetición, las demandas del superyó y el criterio de realidad. El objeto de amor elegido debía ser sexualmente gratificante, conectado inconscientemente a los objetos de amor del pasado y suficientemente admirado como para tener la aprobación del yo ideal y mostrar un encuentro apropiado con las demandas de la realidad.

Abraham (1924) por su parte, propuso como cumbre del proceso de desarrollo el estadio del objeto de amor genital. Para llegar a esta etapa, la persona debe superar sus impulsos hostiles y destructivos, la desconfianza, la avaricia derivada de la fase anal; así como sucumbir el complejo de Edipo, el narcisismo y la dominancia del principio de placer.

Al igual que Freud, Melanie Klein (1959) retoma la lactancia como sinónimo de amor en la relación del infante con su madre: si el pecho es investido con placer, éste se transforma en el pecho bueno que sirve de base para la capacidad de amar.

Para Klein (1959), tanto la capacidad de amar como el sentimiento de persecución tienen profundas raíces en los primeros procesos mentales del bebé, y ambos están dirigidos desde un inicio hacia la madre, variando a lo largo de todo el desarrollo según las circunstancias externas placenteras o displacenteras.

La proyección y la introyección, mecanismos que se presentan de manera simultánea, implican la existencia en el niño de una capacidad para atribuir a quienes lo rodean sentimientos de diversa clase, entre los que predominan el amor y el odio. Por tanto, el amor y el odio hacia la madre están ligados a la capacidad del bebé de proyectar en ella todas sus emociones, transformándola así en un objeto bueno a la vez que peligroso.

La capacidad de amor hacia la madre, se transforma de diversos modos en amor hacia causas que se sienten como buenas y valiosas. Ello significa que el goce que el bebé podía experimentar en el pasado al sentir que amaba y era amado, se transfiere posteriormente no sólo a las relaciones con las personas, sino también a su trabajo y a todo lo que se considera valioso. Así mismo, la capacidad de amar se une en la posición depresiva al deseo de reparar. Las actividades constructivas adquieren entonces una mayor fuerza al sentir el niño inconscientemente que repara a la madre que ha dañado en la fantasía.

Por otro lado, algunos autores han trabajado la relación entre vínculos amorosos y la sexualidad. Balint (1947) por ejemplo, propuso que el amor genital sería la fusión de dos elementos: la satisfacción genital y la ternura pregenital, la cual incluye la idealización, ternura y una forma especial de identificación. Este autor (1952) agrega que la capacidad de amar está en íntima relación con la renuncia a los objetos infantiles de amor. En este tránsito –que culmina con el complejo de Edipo– deviene en las personas sanas un triunfo de las buenas relaciones con los objetos internalizados del pasado, volviéndose la persona confiada en su capacidad de dar y recibir simultáneamente amor y gratificación sexual.

Según Balint (1952), la resolución del complejo de Edipo, involucra la integración de la genitalidad en la relación amorosa. Esto permite profundizar las identificaciones mutuas así como la empatía, debido a que una elección sexual integrada clarifica los roles sexuales y trasciende a una conciencia de los valores sociales y culturales. La elección sexual es una consecuencia y no un prerrequisito para la formación de la identidad. Sin embargo, cuando se logra le da una mayor solidez a la identidad del Sí mismo, así como una mayor profundidad y madurez.

Si bien, la discusión sobre la identidad de género excede los propósitos de esta investigación, hemos querido mencionar brevemente lo que nosotros consideramos que atañe a la salud mental. Para ello, resulta importante diferenciar entre la identidad de género y la elección sexual. Respecto a ésta última, coincidimos con McDougall (1998, pág. 229) “... en cuanto estos guiones [modalidades de relaciones sexuales] no causen sufrimientos a ninguno de los *partenaires* y no parezcan estar signados por una compulsividad infatigable de la cual se quejen los mismos individuos, nosotros no tenemos ninguna razón para desearles a estos pacientes otras metas eróticas (...)”. En ese sentido, se puede entender a las neosexualidades como saludables siempre y cuando las partes implicadas no hayan sido obligadas ni manipuladas, o no sean responsables en términos de edad o comprensión.

Por otro lado, la identidad de género según Stoller (1976) incluye las diversas particularidades de cada composición individual de masculinidad y feminidad; es decir, que se puede encontrar en la salud características “femeninas” en los hombres como la ternura, comprensión y cuidado de los hijos, así como también hallar cualidades “masculinas” en las mujeres como la afirmación, liderazgo y competitividad. En ese sentido, nosotros consideramos que una

identidad de género saludable implica necesariamente una variedad y flexibilidad de características que van más allá de los estereotipos culturales, así como una disolución madura del complejo de Edipo. Esto a su vez, se asienta en el reconocimiento y aceptación del propio género en coherencia con el sexo biológico: los hombres como varones y las mujeres como féminas, independientemente del tipo de relaciones que establezcan con personas de su mismo u otro sexo.

Así mismo, para Balint (1952) una persona saludable debe ser capaz tanto de amar como de odiar. El amor en las personas sanas debe ser constante, persistente, y estable frente a las frustraciones leves o incluso fuertes. El odio por otro lado, debe ser sólo potencial o incidental. Se presenta como una sensación de rabia dirigida, la cual debe disiparse fácil y rápidamente si la situación mejora. Por lo tanto, en la salud el odio puede ser tolerado por periodos cortos, mientras que la capacidad de amar y la salud parecen estar asociadas por periodos más largos.

Kernberg (1974) por su parte, considera que la clave para el entendimiento del amor es la integración. El amor maduro, se alcanza a través de una serie de procesos intrapsíquicos de integración que se producen de manera escalonada y progresiva. En un inicio aparece la estimulación temprana de las zonas erógenas – especialmente el erotismo oral y de la piel– así como la capacidad de establecer relaciones de objeto totales. Posteriormente, se incorpora el disfrute genital que incluye el erotismo temprano del cuerpo en el contexto de la relación objetal y la identificación sexual.

A partir del proceso anterior, Kernberg (1976) creó una clasificación basada en el periodo de desarrollo en el cual la persona se mantiene fijada. En la

primera posición, se encuentran las personalidades narcisistas, que son incapaces de establecer relaciones de objeto hetero y homosexuales. Estos individuos fallan en sus intentos de amar porque están imbuidas en la envidia; devaluando y dañando lo que pueden haber conquistado. En el lado opuesto de la escala, se encuentran las personas neuróticas cuyas representaciones de objeto son coherentes y separadas de las representaciones del Sí mismo. Estas personas son capaces de amar, pero no pueden combinar el amor con la sexualidad sin sentirse culpables porque están fijadas en la etapa Edípica.

En cambio, aquellas personas que son capaces de mantener relaciones saludables de amor maduro, han integrado totalmente la genitalidad con la capacidad de amar, en donde la ternura se expande a un disfrute sexual. Las parejas han establecido una identificación entre ellas; transformándose la necesidad de idealizar en un compromiso maduro.

En el amor saludable la proyección promueve el compartir ideales sin disolver los límites entre el yo y el no yo. Para Kernberg (1980) no puede haber una relación de amor significativa sin la presencia separada del Sí mismo, y sin límites firmes que generan una sensación de identidad. La capacidad saludable de idealización lograda al final de la adolescencia o en la adultez temprana, es base de una identidad sexual estable y una conciencia realista del objeto de amor que incluye ideales tanto sociales y culturales como personales y sexuales. En una relación madura la selección de la persona que uno ama, involucra metas, juicios e ideales que junto con la satisfacción y la necesidad de amor e intimidad dan un sentido más amplio a la vida.

Nosotros opinamos junto con Kernberg (1977) que la maduración del superyó fomenta la preocupación, lealtad y compromiso con el objeto amado, así

como la idealización madura de la relación junto con la satisfacción que eleva la excitación sexual. Bajo circunstancias saludables entonces, las funciones del superyó son lo suficientemente fuertes como para reforzar el compromiso de la pareja, pero a su vez maduras y flexibles como para protegerla de la culpa excesiva y primitiva que lleva a la mutua inhibición sexual. Por tanto en la salud, la conciencia, tolerancia e integración de los diversos aspectos de la sexualidad refuerzan la empatía, la cual a su vez afianza la intimidad y la capacidad de amar.

2.3 Empatía

La empatía entendida como la habilidad para sentir lo que la otra persona siente, es uno de los prerequisites primordiales para la sociabilidad. Desde los inicios de las civilizaciones, los seres humanos han tratado de entenderse los unos a los otros en términos de estados mentales: pensamientos y sentimientos, creencias y deseos, con la finalidad de otorgar sentido y de anticipar las acciones de los demás (Dennett, 1987).

El término empatía apareció por primera vez en 1798 como *Einfühlung* en la obra *Discepoli a Sais* del poeta alemán Novalis. Con el inicio del romanticismo, comienza el redescubrimiento de los aspectos emocionales y afectivos por parte de los artistas y filósofos de la época, después de un periodo en que la razón había imperado en las esferas intelectuales. De este modo se inicia un nuevo modo de comprensión basado más en el sentir que en el pensar. (Bolognini, 1997)

En ese sentido, Olden (1958) considera que la empatía es un concepto básicamente histórico y social, que puede ser descrito como un sentimiento que emerge espontáneamente en el contacto social, y que permite al sujeto sentir de forma instantánea las emociones del objeto. Para otros autores en cambio (ej.

Kohut, 1959), la empatía es una capacidad innata que permite percibir las experiencias internas de otros.

En términos generales existen numerosos artículos sobre empatía, sin embargo éstos se centran en su mayoría en la empatía como un método de observación y comprensión en el trabajo analítico. De este modo, se ha encontrado distintos usos del término: como una capacidad de base genética para entenderse y relacionarse con los demás; como un método de observación y recopilación de datos (Kohut, 1971); como un modo de escucha característico del psicoanalista; como un agente terapéutico central, entre otros. En el presente estudio vamos a entender la empatía como un componente importante que facilita la salud mental en las personas y cuya vivencia se inicia en las primeras experiencias que tiene el bebé de la relación especularizante con su cuidador.

Coincidimos con Greenson (1960) en que la empatía es un conocimiento emotivo, que busca compartir y experimentar los sentimientos del otro. Por otro lado, este autor considera que la identificación es un fenómeno inconsciente y permanente cuyo fin es la evitación defensiva de sentimientos de culpa y angustia, mientras que la empatía –fenómeno preconsciente– sirve por el contrario para comprender estas condiciones internas tanto de uno mismo como de los demás.

No obstante, con frecuencia la empatía se la ha relacionado con el proceso de identificación y tomado con frecuencia como sinónimos. Al respecto Freud (1921) consideraba que la formación de la identificación se originaba desde la imitación hasta la empatía, es decir la comprensión del mecanismo por el cual uno puede tener alguna actitud respecto a otra persona.

Hay muchos autores que conceptualizan en esta línea a la empatía, como por ejemplo, Furer (1967) y Greenson (1960) la entienden como una

identificación parcial momentánea; Beres y Arlow (1974) como una identificación temporal de unidad con el objeto; Fliess (1942) como una identificación de prueba; Sandler & Rosenblatt (1962) una forma momentánea de fusión entre el objeto y la representación de Sí mismo.

Klein (1959) por su parte, considera que la empatía es el producto de una identificación primaria normal. Este sería un proceso en el que se inserta una parte “vivencial” de uno mismo en el otro con el fin de obtener en la fantasía la experiencia del otro. Por lo tanto, la capacidad de identificación sería un elemento importante en las relaciones humanas en general, y una condición para la auténtica capacidad de amar. Según Klein (1937), a través de la identificación con el otro se puede compartir la ayuda o la satisfacción que le proporcionamos, debido a que los sacrificios realizados en favor de una persona y la identificación con ella nos colocan según esta autora en el papel de un padre bueno, recreando y reparando de este modo en la fantasía el amor y la bondad que anhelamos en nuestros padres.

Desde la perspectiva evolutiva, la empatía puede ser trazada a partir de la etapa simbiótica de la infancia (Greenson, 1960; Kohut, 1959; Olden, 1958; Schafer, 1959, 1968) y se basa en una serie de logros evolutivos, los cuales permiten también al niño convertirse en un ser más autónomo, separado, seguro y capaz de aprender sobre sus objetos y preocuparse por ellos.

En ese sentido, primero el infante deberá construir progresivamente su mundo interno poblado por representaciones, identificaciones y objetos, así como diferenciar dentro y fuera e identificar sus sentimientos como propios. Tales procesos son necesarios según Olden (1958), debido a que hacen posible la configuración del Sí mismo y de los otros, a partir de cuya comparación se puede inferir los estados mentales de la otra persona. Los indicios percibidos sobre el

estado mental del objeto son comparados con los componentes mentales del Sí mismo así como con las experiencias pasadas y presentes del Sí mismo en interacción con el ambiente.

Así mismo, creemos junto con Olden (1958) que la sensibilidad de una persona por otra puede ser llamada empatía solamente cuando no está al servicio de necesidades narcisistas, sino de relaciones de objeto maduras, lo cual implica una conciencia de separación y ausencia de confusiones. Por lo tanto, la mirada empática de la madre que es capaz de reconocer y devolver las necesidades del bebé –y no las suyas proyectadas – es una condición básica para el desarrollo de la capacidad empática y social del bebé hacia otros.

Por otro lado, Olden (1958) resalta la importancia de la sublimación de los impulsos sexuales maternos para el apropiado desarrollo de la empatía del bebé: la madre debe hacer el pase de la gratificación física sexualizada a satisfacciones sublimadas donde el placer narcisista es sustituido por el estímulo de ser testigo de la emergencia de una nueva personalidad. Por tanto para esta autora (1958) la empatía se desarrolla en sintonía con el bebé en desarrollo y se vuelve solo posible frente al duelo de la renuncia de la fusión con la madre. Sin esa renuncia y su consiguiente sublimación no puede existir una verdadera empatía, debido a que no se puede reconocer al otro como un ser separado.

En estudios con niños preescolares, Furer (1967) encontró que la capacidad de pedir perdón constituye una señal importante de la construcción de una empatía centrada en el objeto. Para ello, el niño debe disponer de un mundo interno diferenciado poblado de representaciones del Sí mismo así como de introyectos. Estas estructuras son necesarias porque conforman los medios por los que el niño puede reconocer y compararse a Sí mismo y a los otros, pudiendo así

comprender las señales que corresponden a los sentimientos y sensaciones de los otros.

Fonagy et al. (1995a) por su parte realizaron estudios sobre el apego en infantes, encontrando que los padres con capacidad reflexiva no sólo promueven con mayor probabilidad el apego seguro en el niño, sino que además el apego seguro facilita la capacidad reflexiva. La capacidad de mentalizar o función reflexiva es según Fonagy (1999) la habilidad para comprender la conducta de uno mismo y de los otros en términos de estados mentales. Estos resultados sugieren entonces que la capacidad de los padres para observar la mente de los niños facilita la comprensión general que los niños tienen de las mentes a través de la mediación del apego seguro. Por tanto, un cuidador/a reflexivo y empático con su bebé, incrementa la probabilidad del apego seguro del niño, el cual a su vez facilita el desarrollo de su capacidad de mentalizar.

En ese sentido, primero el bebé deberá construir progresivamente su mundo interno poblado por representaciones, identificaciones y objetos, así como diferenciar dentro y fuera e identificar sus sentimientos como propios. Tales procesos son necesarios en la salud debido a que hacen posible la configuración del Sí mismo y de los otros, a partir de cuya comparación se puede inferir los estados mentales de la otra persona. Si bien la empatía puede mostrar diversos usos y funciones en el campo analítico, nosotros la concebimos como el motor que facilita la comprensión y preocupación auténtica por los demás, así como el entendimiento reflexivo de uno mismo y de lo que nos rodea.

3. Funciones Regulatorias Efectivas y Disponibles

Las Funciones Regulatorias, se refieren a la capacidad de manejar y modular de manera efectiva y disponible las demandas, afectos y recursos internos con el mundo exterior. En este eje se tomará en cuenta un adecuado contacto con la realidad; la variedad, evolución y flexibilidad de las defensas utilizadas, así como la capacidad para adaptarse al medio y regular efectivamente los impulsos, afectos, demandas superyóicas y recursos.

Para Emde, (1983), *la autoregulación* es el principio biológico fundamental del Sí mismo que ayuda al reconocimiento de los comportamientos aprobados socialmente. *El encajar socialmente* es el segundo principio biológico que sostiene al Sí mismo preresentacional, lo cual indica que el ser humano es desde el inicio activamente social, y que sus funciones psicológicas están asociadas a la experiencia del Sí mismo en relación con otros.

3.1 Contacto con la Realidad

Según Laplanche y Pontalis (1996) el principio de realidad es el encargado de regular el funcionamiento mental. Al modificarse el principio de placer por el principio de realidad, se produce una transformación en la búsqueda de satisfacción, de tal manera que ésta ya no se efectúa de manera inmediata sino que se aplaza en función a las condiciones expuestas por el mundo exterior.

En *Formulaciones sobre los dos Principios del Suceser Psíquico* (1911), Freud propuso por primera vez el concepto de principio de realidad como algo opuesto al principio placer. Según Freud, los procesos primarios tienden a buscar el placer de manera alucinatoria, suprimiendo a través de la represión aquello que pueda engendrar displacer. Sin embargo, la decepción ante la ausencia de la

satisfacción esperada, motiva el abandono de este modo de descarga, conduciendo al aparato hacia el mundo exterior y a la búsqueda de su modificación real.

Es a partir de lo anterior que surge para Freud, el discernimiento o *Urteilsfällung* el cual discrimina – a través de la comparación con las huellas mnémicas– si una representación es verdadera o falsa; es decir si se halla o no de acuerdo con la realidad. Por tanto, el aplazamiento de la descarga motora es dirigido por el pensamiento, lo cual es plausible debido a que al aparato psíquico saludable es capaz de soportar el incremento de la tensión de los estímulos durante la prórroga de la descarga.

Con la instauración del principio de la realidad (Freud, 1911) se disocia la fantasía, la cual permanece funcionando exclusivamente a partir del principio del placer. Por tanto, la sustitución del principio del placer por el principio de la realidad no significa una exclusión del primero, sino tan sólo un afianzamiento del mismo: se renuncia al placer momentáneo de consecuencias inseguras, para alcanzar posteriormente un placer seguro en la realidad.

Para Hartmann (1978) esta capacidad de renuncia presupone dos funciones del yo: el aplazamiento y la anticipación. El principio de realidad entonces representa las modificaciones impuestas por el yo sobre las funciones del principio de placer y el principio de Nirvana; y en ese sentido se ubica en un plano diferente. Así mismo, incluye tanto el conocimiento de la realidad como la actuación con respecto a ella. Por tanto, regula de forma adaptativa a la percepción, el pensamiento y la acción, de acuerdo a las características reales de un objeto o de una situación.

Según Bellak & Goldsmith (1993), la prueba de realidad, el juicio, el sentido de realidad, y la regulación y control de impulsos conforman un conjunto

de funciones yojicas cuyas fuerzas y debilidades se encuentran estrechamente relacionadas. La diferencia entre ellas radica en que las primeras se basan en la forma cómo el Sí mismo experimenta y siente la realidad, mientras que la regulación y control de impulsos buscan probar esas experiencias, comparándolas con ideas y percepciones internas acerca de lo que es real.

En términos evolutivos, el ser humano al nacer indefenso y dependiente, le resulta peligroso guiarse únicamente por el principio de placer. No obstante existen excepciones importantes que están ancladas en lo biológico, tales como la evitación del dolor. En aquellas situaciones en que el placer de un sistema, por ejemplo el ello puede generar displacer en otro como el yo, el niño saludable aprende a utilizar la señal de peligro para movilizar el principio de placer y de este modo protegerse (Hartmann, 1978). La repetición de situaciones semejantes le enseñará gradualmente que es preferible conocer la realidad y esforzarse por lograr cambios reales que hacen posible la satisfacción.

En esta línea, Winnicott (1958) sostiene también que la fantasía precede a la realidad enriqueciéndose a través de la experiencia de la ilusión. En el estado primario, el objeto se comporta de acuerdo a leyes mágicas; es decir, que existe cuando se desea y desaparece cuando ya no se le necesita. Para que en la mente del niño se produzca esta ilusión es necesario que la madre lo traiga al mundo de manera constante y comprensible y de una manera adecuada a las necesidades del bebé. En la salud, las fallas progresivas del cuidado materno irán desilusionando gradualmente al bebé, incorporándolo de ese modo a la realidad y al abandono de la omnipotencia.

Por otro lado, Hartmann (1978) considera que las primeras fuentes del aprendizaje desde la realidad se encuentran en las relaciones de niño con su

cuerpo y con los objetos. En el contacto y comunicación con el objeto, el niño aprende a fijar los límites del Sí mismo y a darse cuenta de los primeros esbozos de su objetividad.

Ahora bien, en la salud la percepción de la realidad cambia a través del desarrollo. Después de la formación estructural del yo, ello y superyó, la realidad también transforma las condiciones del logro del placer, no sólo limitándolas, sino definiendo nuevamente lo que es y lo que no es placentero; es decir, que una experiencia placentera en condiciones de no diferenciación puede volverse displacentera después de la estructuración mental (Hartmann, 1978).

Así mismo, el equilibrio placer displacer cambia decisivamente por el hecho que el niño al renunciar a su deseo instintivo, espera y muchas veces logra una recompensa en términos de aprobación de los padres, así como la participación en el mundo de los mayores.

Adicionalmente, junto con el crecimiento las personas descubren que el contenido de la realidad varía sobre la base de la imagen de la realidad aceptada y enseñada por los objetos de amor; y en un sentido más amplio, la imagen aceptada en la cultura a la que se pertenece. Por tanto, el niño aprende a acercarse a la realidad en relación constante con la percepción que tienen de ella los adultos (Hartmann, 1978).

En los adultos sanos se establece entonces un equilibrio entre la realidad construida intersubjetivamente y el conocimiento objetivo de la realidad. Este equilibrio es posible si el yo es suficientemente fuerte como para no ser invadido por el ello, y si las funciones que sirven a la realidad y a la síntesis han alcanzado cierto grado de autonomía (Hartmann, 1978). De este modo, se podría hablar de dos sistemas organizados de realidad: el mundo “científico” u objetivo y el

mundo de la experiencia inmediata y subjetiva. La coherencia entre ambos depende entonces de la capacidad del yo para la integración.

3.2 Predominio de Defensas Secundarias y Flexibles

Laplanche y Pontalis (1996) consideran importante marcar la diferencia entre la noción de defensa y los mecanismos de defensa. Respecto a la noción de defensa la definen como “...un conjunto de operaciones cuya finalidad consiste en reducir o suprimir toda modificación susceptible de poner en peligro la integridad y la constancia del individuo biopsicológico.” (pp.89) La defensa por tanto, afecta a un conjunto de pulsiones que proveen excitación interna generadora de efectos displacenteros. Tales sensaciones constituyen tanto los motivos de las defensas así como los objetos de las mismas, repitiéndose de manera compulsiva e inconsciente de acuerdo a la organización yoica de la personalidad. Los mecanismos de defensa en cambio, serían para estos autores, las operaciones específicas en las que se traducen las defensas. Tales mecanismos por tanto, varían en cada persona según el tipo de sintomatología, la etapa genética, el grado de elaboración del conflicto defensivo, entre otros.

Aunque dentro de la teoría psicoanalítica existe un acuerdo que los mecanismos de defensa son utilizados por el yo, permanece en discusión si su aparición presupone siempre la existencia de un yo organizado o no.

En 1936, *Anna Freud* en una de sus obras más importantes *El Yo y los Mecanismos de Defensa*, describe a la defensa como una actividad del yo destinada a proteger al sujeto ante una excesiva exigencia pulsional. Para ella, una persona nunca “se enferma” porque tenga defensas, sino porque los mecanismos defensivos que utiliza con frecuencia, se tornan ineficaces, excesivamente rígidos

o mal adaptados a las realidades externas e internas, o porque repiten demasiado un mismo tipo de defensa, lo cual produce una pérdida de flexibilidad, armonía y adaptación.

En esta línea, Bellak & Goldsmith (1993), sostienen que se puede evaluar la eficacia del funcionamiento defensivo en términos del éxito que tienen en la reducción de los efectos displacenteros tales como las ansiedad y la depresión, y el grado en que las defensas a su vez influyen de manera adaptativa o inadaptativa al pensamiento y a la conducta. Por tanto, la eficacia y madurez de las defensas se basa en la forma cómo enfrentan a los impulsos y afectos y la adaptabilidad de las repuestas. (Joffe & Sandler, 1968).

Entre los autores más actuales, McWilliams (1994) postula que las personas utilizamos con preferencia aquellas defensas que van de acuerdo a nuestros estilos individuales de afrontamiento o manejo. Esto es resultado de una interacción compleja de diversos factores entre ellos el temperamento constitucional, la naturaleza de las tensiones que se sufrieron en la infancia, las defensas modeladas – deliberadamente enseñadas por los padres y otras figuras significativas– , y las consecuencias experimentadas del uso de defensas particulares.

Según esta autora (1994), algunas defensas representan procesos más primitivos que otras. Las defensas primitivas operan en una manera indiferenciada, mientras que otras más maduras, realizan transformaciones específicas ya sea del pensamiento, emociones, comportamiento o alguna combinación de estos.

Retomando la línea del desarrollo, McWilliams (1994) considera que para calificar una defensa como secundaria y madura, ésta debe tener como cualidades

el ser verbales, lógicas, diferenciadas, basadas en el principio de realidad y fáciles de representar, siendo la sublimación la representante de éstas por excelencia. Entre ellas, se incluyen la represión, regresión, aislamiento, intelectualización, racionalización, sublimación, anulación, vuelta contra Sí mismo, desplazamiento, formación reactiva, entre otras.

Desde otra perspectiva, Melanie Klein considera que el yo está suficientemente desarrollado en el nacimiento como para que el bebé pueda sentir ansiedad, utilizar mecanismos de defensa y establecer relaciones objetales primitivas en la fantasía y en la realidad. El yo se escinde –separando al objeto en uno bueno y otro malo– y desarrolla una serie de mecanismos de defensa, entre ellos la introyección y la proyección. Estos procesos se presentan tanto en el marco del desarrollo como expresión de la dinámica de los instintos, y a la vez como recurso defensivo; en donde se introyectan los aspectos buenos del objeto y proyectan los malos del mismo.

En la salud, el bebé no pasa la mayor parte del tiempo en estado de ansiedad, pero si la vive por periodos relativamente cortos; por lo que las ansiedades y defensas, son parte normal del desarrollo humano. En ese sentido, en una personalidad bien integrada, todas las etapas de desarrollo quedan incluidas. (Segal, 1999)

Para Klein (1950), el ordenamiento de la experiencia en base a la escisión, sirve para organizar las impresiones emocionales y sensoriales del niño, y es una condición previa para la integración y represión posterior. De este modo la escisión, siempre que no sea excesiva o rígida, es un mecanismo de defensa que en la salud no sólo sienta las bases de mecanismos menos primitivos, sino que sigue funcionando de forma equilibrada a lo largo de toda la vida.

En la salud, las experiencias buenas predominan sobre las malas, y el yo se identifica repetidamente con el objeto ideal, adquiriendo así más fuerza y capacidad para enfrentarse a las ansiedades sin recurrir a violentos mecanismos de defensa. El yo puede tolerar cada vez mejor su propia agresión y sentirla como parte de sí, sin verse impulsado a proyectarla constantemente a sus objetos. De esta manera el yo va integrando sus objetos, y – por la disminución de mecanismos proyectivos– diferenciándose cada vez más del objeto, preparándose de este modo para la posición depresiva.

Por otro lado, Melanie Klein (1952), sostiene que las experiencias de pérdida en la posición depresiva, hacen sentir al bebé que ha dañado a la madre y utiliza todas las defensas que tiene a su alcance con el fin de repararla y recuperarla.

Ahora bien, en la salud existen dos mecanismos que son reconocidos como señales claras de la capacidad para regular adecuadamente los impulsos y recursos. La sublimación y la resiliencia – éste último desarrollado en los últimos años en el psicoanálisis– son consideradas con frecuencia como los medios por los cuales se logra una adaptación exitosa al ambiente; mientras algunos autores como Freud (1926) las proponen como el producto final de una autorregulación adecuada.

Freud (1923, 1926) utilizó primero el término sublimación para referirse a ciertos logros culturales valorados socialmente basados en la derivación de los instintos; es decir de las fuentes sexuales. A pesar que Freud describió la actividad artística y la investigación intelectual como uno de los productos principales de la sublimación, la definición más común de este término se refiere a la desviación de los impulsos sexuales a otros fines socialmente aceptados. Es decir que se

trataría de un caso especial de desplazamiento relacionado con las finalidades aprobadas por el superyó de la persona. (Hartmann, 1978).

Según Hartmann (1978) y Kris (1955) la capacidad de sublimar y neutralizar los impulsos agresivos, se constituye en paralelo con la formación de las funciones yoicas. Es decir, que el despliegue adecuado de las funciones yoicas implica a su vez una adecuada capacidad de sublimación.

Desde otra perspectiva, Castoriadis (1989 p. 399) considera también a la sublimación como una función que se ubica en paralelo con los mecanismos yoicos normales. Según este autor, “*el hablar es sublimar*”; es decir que el lenguaje se constituye como un recurso cultural que existe más allá de la psique individual. Por tanto, la sublimación no consiste en una forma especial de funciones complementarias, sino en un desarrollo especial –cultural– de las funciones cotidianas.

En cambio para otros autores, la sublimación se presenta como el producto final de una serie de mecanismos yoicos maduros y completamente desarrollados. Por ejemplo para Klein, la capacidad de sublimar presupone un funcionamiento saludable basado en la tendencia a reparar, a recrear el objeto bueno que ha sido dañado por los impulsos agresivos. Así mismo para Winnicott (1965), la sublimación es un mecanismo del yo posterior al del gesto espontáneo, que depende de la organización de defensas más complejas.

El potencial que tiene una persona para sublimar depende según Sandler & Joffe, (1966), de la capacidad de tolerancia a la frustración, de la resistencia a las pérdidas regresivas de autonomía, de la capacidad de obtener gratificaciones sustitutas, de los talentos innatos, de la capacidad de posponer y retrasar la descarga; es decir del desarrollo maduro de las funciones yoicas. Por tanto, la

sublimación creativa sería producto de la habilidad del yo de integrar exitosamente un nivel complejo de desarrollo (Kanzler, 1957).

Ahora bien, junto con la sublimación en las últimas décadas se ha estudiado una nueva modalidad de funcionamiento que no se ha precisado exactamente como una defensa, pero que es considerada como un mecanismo que ayuda a la autorregulación y la adaptación al medio ambiente.

La resiliencia ha sido definida como la capacidad para enfrentar, sobreponerse y crecer como consecuencia de experiencias adversas y traumáticas. (Grotberg, 1995; Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000). Este término nace de un estudio desarrollado por Werner y Smith (1982), en el cual se descubrió la capacidad de algunos niños maltratados de sobreponerse a situaciones de vida muy difíciles, logrando una adaptación saludable.

Los estudios sobre resiliencia, coinciden en la presencia y disposición de una persona adulta significativa que acepta y acompaña de manera incondicional al niño, sin importar su forma de ser o sus características físicas (Melillo, 2001). Estos adultos actuaban como soportes afectivos frente a los cuales los niños podían encontrar el reconocimiento y valoración de sus esfuerzos por transformar sus experiencias traumáticas. Por tanto, en palabras de Werner y Smith (1982) *la aparición o no de resiliencia en los sujetos depende de la interacción de la persona y su entorno humano.*”

Según Zukerfeld (2002) la resiliencia puede entenderse como la expresión de un *“funcionamiento en proceso terciario donde la fluidez del aparato psíquico permite desarrollar recursos de afrontamiento a partir del efecto traumático”*. Por tanto, no se trata de una simple traducción de los registros del proceso primario a lo verbal y secundario, sino más bien de la creación de vínculos únicos

entre ambos niveles. Es decir, que la persona muestra la suficiente flexibilidad y plasticidad como para reconocer lo traumático y recrearlo de una manera que tenga sentido para él y para otros.

En este sentido, según Zukerfeld (2002) la resiliencia implicaría la capacidad del psiquismo para reconocer delante de uno y del otro significativo lo traumático, creando condiciones psíquicas *nuevas*.

Nosotros consideramos que el uso saludable de los diversos mecanismos de defensas, depende principalmente de la flexibilidad, variedad y funcionalidad que éstas muestren en la regulación y adaptación de la persona a su medio. Si bien acordamos con McWilliams (1994) en el mejor desempeño de las defensas más evolucionadas o “secundarias” – por ejemplo la sublimación y desde otro plano, la resiliencia –, para nosotros lo fundamental en la salud, es la capacidad de integración, protección y flexibilidad de las mismas.

3.3 Adaptación y Regulación de Impulsos, Demandas, Recursos y Afectos

Según Bellak & Goldsmith, (1993) la regulación y control de las demandas, afectos e instintos incluye la habilidad del yo para manejar los impulsos y demandas – tanto internas como externas – que constantemente lo impactan. Este proceso se encuentra influido por una serie de factores, tales como el modo e intensidad en el que se expresa el impulso, el grado de tolerancia a la frustración y el nivel en que se canalizan los derivados de las descargas a través de la idealización, la expresión afectiva y la conducta manifiesta.

Varios autores han relacionado la habilidad del individuo para regular sus demandas internas con los procesos de percepción y manejo de la realidad. Por ejemplo Freud, en 1911 sostuvo que la vida mental era gobernada por el principio

de placer, y sólo progresivamente y como consecuencia de las experiencias displacenteras comenzaba a crear relaciones con el mundo externo a través del principio de realidad. Posteriormente, en *Más Allá del Principio de Placer* (1920), este autor sugiere a la percepción como un mecanismo de regulador de los estímulos recibidos del exterior. Desde Freud, innumerables analistas han discutido la importancia de la adaptación a la realidad y la regulación como prerequisites para la salud mental de las personas.

Uno de los primeros investigadores –no psicoanalíticos– en relacionar la adaptación con la regulación, fue Jean Piaget (2000). Este autor (2000) propone que la adaptación se presenta a través de procesos simultáneos de asimilación y acomodación. La asimilación se refiere al proceso por el cual la persona integra nuevos estímulos un esquema existente; mientras que la acomodación modifica un esquema existente o crea uno nuevo. La realidad entonces nunca es percibida directamente, sino es construida sobre la base de estructuras, esquemas o modelos mentales. La asimilación al relacionar lo que es nuevo con lo antiguo permite el establecimiento de la continuidad y el desarrollo del significado. La acomodación por su parte logra el reconocimiento de la diferencia entre lo antiguo y lo nuevo, permitiendo de este modo el cambio.

Hartmann (1978) por su parte, propuso que una persona se adapta a la realidad no sólo como consecuencia de experiencias displacenteras, sino debido a una capacidad independiente de las pulsiones que busca anticiparse y posponer los deseos a través de la adaptación.

Desde la perspectiva del desarrollo, Stern (1985) sostiene que el infante desde un inicio se encuentra intensamente interesado por el entendimiento de su realidad a través de la percepción. Por ejemplo, después del cuarto día el bebé

puede reconocer la leche de su madre a través del olfato, y después de varias semanas puede identificar su voz. Por tanto, el bebé es capaz de regular su comportamiento de acuerdo a sus representaciones sobre la realidad y no en base a la fantasía. Si surgen algunas distorsiones de la realidad, éstas no ocurren por razones defensivas o deseos inconscientes, sino por la inmadurez perceptual o cognitiva. Entonces la habilidad del infante para manejar la realidad transcurre en paralelo con su capacidad para regular sus impulsos y con la formación de su yo de manera diferenciada (Weiss, 1990).

En cambio para Joffe et al. (1965), el proceso normal de individuación psicológica transcurre a través de la renuncia del estado de fusión con la madre. Los nuevos potenciales y experiencias del niño lo impulsan a la adaptación y le permiten investir en nuevos ideales creados por los procesos de maduración. Esto genera a su vez un aumento de la independencia de los objetos de la infancia temprana y un incremento de las funciones autónomas del yo.

El acto de la percepción implica entonces –más allá de la posición respecto al narcisismo primario– un intento por agregar significado a la excitación entrante en términos de la experiencia pasada y la actividad futura. Los instintos y las representaciones pueden ser modificadas a través de la percepción de tal modo que los aspectos displacenteros o amenazantes pueden ser suprimidos, y las incongruencias pueden ser pasadas por alto. Entonces, no sólo la variación de la carga energética es lo que modifica la excitación entrante, sino que también existe un componente cualitativo relacionado con los deseos instintivos y las memorias pasadas, el cual conforma un marco interno de referencia en el cual el mundo externo es organizado. Este esquema es esencial para la percepción y para la distinción exitosa entre el yo y el no yo (Sandler, 1960).

A medida que el niño madura y logra de una adecuada prueba de realidad, las percepciones pueden convertirse en un referente más cercano a los eventos reales, lo cual provee una sensación de dominio y seguridad. Los objetos familiares y constantes del ambiente del infante contienen un valor afectivo especial y son percibidos más fácilmente, logrando que el niño mantenga un nivel proporcionado de satisfacción (Sandler, 1960)

Según Joffe & Sandler (1968), la adaptación a la realidad es consecuencia de un principio más general de regulación y control que toma en cuenta tanto lo interno como lo externo. Según lo anterior, existe un principio regulatorio en la adaptación que al lograrse un equilibrio energético y pulsional conlleva a una sensación de seguridad. Este estado ideal de bienestar es consecuencia entonces de un funcionamiento psicobiológico armonioso, integrado, autónomo y saludable de la adaptación.

La autonomía del yo puede ser definida entonces como la libertad de la persona para explorar y encontrar nuevas soluciones sin la amenaza de irrupciones en la sensación de bienestar o de seguridad interna. En ese sentido, el grado de autonomía es el reflejo de una serie de estrategias a través de las cuales la persona es capaz de encontrar durante el curso de su desarrollo, el mantenimiento de las sensaciones básicas de bienestar y seguridad frente a la posible intromisión de los instintos, de las demandas del superyó o del mundo externo (Joffe & Sandler, 1968).

Así mismo, para Bellak y Goldsmith (1993) la actividad autónoma, se basa en una función de iniciativa y regulación que se relaciona con la capacidad de la persona para dominar su medio en relación a sus recursos. Esta función tiene por componentes un sentido subjetivo de competencia y expectativa en relación con

la meta, un grado de concordancia entre el desempeño y la expectativa, y el manejo adecuado de los recursos para poder alcanzar la meta.

La regulación saludable funciona entonces de manera activa en términos de dominio yico de la excitación interna o externa; la información sensorial desorganizada se filtra a través de la percepción protegiendo al yo de verse abrumado traumáticamente, por tanto la percepción consiste en un acto de selección e integración que es acompañado por el sentimiento de tranquilidad y seguridad (Sandler, 1960).

Desde un punto de vista estructural, la regulación de los impulsos y demandas se deriva de las negociaciones entre el yo, el ello y el superyó. Freud (1923), en el *Yo y el Ello* considera que el yo deja de ser un sobreviviente de las pulsiones, para convertirse en el gestor de actividades defensivas a través de la angustia señal. La segunda teoría de la ansiedad, propone a la angustia señal como la alarma frente al peligro tanto interno como externo. El afecto entonces abandona parcialmente su relación con los instintos ubicándose como mediador de la adaptación. El yo por su parte se transforma en el encargado de negociar la adaptación entre el ello, el superyó y la realidad.

En esta línea, Rapaport (1951) consideraba que el grado en el cual el yo puede funcionar en la salud autónomamente es reflejo de su independencia de los instintos, así como su capacidad para funcionar independientemente del ambiente. A esto se le puede agregar una noción de autonomía de los introyectos superyoicos. Por tanto, el grado de autonomía que tenga la persona de los instintos el superyó y el ambiente indican que el individuo tiene un rango más amplio de opciones de respuestas adaptativas en la solución de problemas, toma de

decisiones, así como el desarrollo de medios para obtener placer, gratificación y bienestar (Joffe & Sandler, 1968).

El superyó es según Alizade, (2002) el encargado de vigilar las acciones del individuo instando a la persona a respetar las normas, sublimar y favorecer la represión, contribuyendo de este modo a “la domesticación de las pulsiones” (Freud, 1937). Así mismo el superyó ayuda a organizar el psiquismo mediante la introducción del orden y la ley – función paterna –, así como fomenta y motiva a la persona a lograr las mejores decisiones a pesar de las condiciones adversas con el fin de atenuar el malestar y sufrimiento.

Por otro lado, el índice de la Hampstead Clinic desarrollado por Sandler et. al (1962), busca definir los criterios para clasificar al superyó. Entre ellos se encuentra la capacidad de regulación de la sensación de bienestar, en la cual se especifican los distintos intentos y estrategias para regular la sensación de seguridad y bienestar. Según este índice, un superyó saludable busca encontrar cierta estabilidad sin negar de modo omnipotente una situación a través de la identificación con objetos admirados, o el temor de ganar o perder el amor objetal.

Por lo tanto, una persona saludable posee un superyó que le ayuda a sentirse bien sobre Si misma y la castiga haciéndola sentir culpable cuando a hecho algo malo. No obstante, un superyó saludable también es tolerante y un firme supervisor, debido a que tiene reglas pero también puede perdonar las transgresiones; se puede razonar con él y negociar: si se ha roto alguna regla y se reconoce el hecho y se intenta repararlo, el superyó reconoce esto y perdona.

Algunos autores como Schecter (1979), han denominado al superyó saludable como benigno², el cual representa un conjunto de cualidades, acciones,

² *Loveable Superego*

pensamientos y sentimientos relativamente estables que pueden ser observados en personas saludables así como en el tratamiento psicoanalítico de niños y adultos. Además es esencialmente fuerte, y protector y debe ser capaz de contener el acoso e intensidad de los elementos persecutorios. El superyó benigno está caracterizado por su protección, facilitación, cuidado, preocupación confortante, comprensión, motivación y aliento, así como una sensación de sentirse querido, ser capaz de querer, y merecerse una buena vida. Por tanto el superyó saludable representa la relación internalizada entre la madre y el bebe de cuidado estable.

En cambio un superyó rígido y persecutorio genera un monto grande de culpa inconsciente. Para reconocer esta escala o intentar reducirla, implica el riesgo de recibir una enorme vergüenza aniquiladora. La gente que se persigue a sí misma queda entonces paralizada y no puede empezar el proceso de reparación quedando atada a reproches y ataques continuos.

Por lo tanto, la modificación de la estructura del superyó constituye una parte importante del tratamiento en las neurosis. Al disminuir y modular la rigidez e intensidad del superyó persecutorio, combinado con un mayor acercamiento a la realidad y el crecimiento y desarrollo del superyó benigno, la persona obtiene una mayor sensación de fortaleza y protección. (Schecter, 1979). Así mismo, cuando el superyó protector desarrolla autoridad frente a su parte persecutoria, se genera una sensación intensa de bienestar y de un "nuevo comienzo " (Balint, 1953), ayudando de este modo a la regulación de sus demandas.

Gross (1999) define la regulación de afecto como un proceso por el cual los individuos influyen en las emociones que tienen, cuando las tienen, y cómo experimentan y expresan tales emociones. Este autor propone una aproximación centrada en el proceso, que se refiere a la selección de una situación, la

modificación de ésta, el desarrollo de atención focalizada, el cambio cognitivo y la modulación de respuesta; construyendo de este modo sistemas de respuesta flexibles.

Por otro lado, Thompson (1990, 1994, pp. 27– 28) propone que la regulación del afecto consiste en “...procesos intrínsecos y extrínsecos responsables de monitorear, evaluar y modificar reacciones emocionales, especialmente en su intensidad y tiempo para lograr una serie de objetivos”. La regulación del afecto sirve entonces para fines adaptativos y está cercanamente relacionada con la socialización.

El *principio de monitoreo afectivo* en cambio indica que la persona es capaz de regular su experiencia emocional de acuerdo a lo que es placentero o displacentero (Emde, 1981); es decir, que existe una base innata organizada en el sistema nervioso que guía el comportamiento. Todas las funciones conjuntamente, guían de forma adaptativa al bebé desde su nacimiento a través del ciclo de vida de tal forma que existe una coherencia en la actividad individual.

En esta línea, Fonagy (1999) sugiere que el afecto se desarrolla a partir de la representación integrada de las sensaciones respecto al Sí mismo y al Otro. La asociación saludable de la representación de la experiencia del Sí mismo y de la representación de la reacción del cuidador/a transforma la mente del niño, y le permite interpretar y comprender las demostraciones afectivas de los otros, así como alcanzar la regulación y control de sus propias emociones. Por tanto, la función reflexiva del cuidador/a estimula al niño a comenzar a organizar una experiencia del Sí mismo de acuerdo a grupos de respuestas que, eventualmente, vendrán a ser etiquetadas verbalmente como emociones o deseos específicos.

En la salud, la regulación de afecto durante el desarrollo temprano facilita entonces, la emergencia de un sentido de Sí mismo y la transformación de la correulación madre – infante a la *autorregulación*. Por lo tanto, el afecto desde la teoría del apego se diferencia de las demandas instintuales y es considerado como adaptativo a través de su regulación, es decir que funciona de manera flexible y confiable. (Fonagy et al, 2002).

Por otro lado, Winnicott (1965) consideró también la relación madre–bebé como el motor que ayudaba a regular los afectos y sensaciones displacenteras del bebé, destacando entre ellas el de la agresión. Antes de la integración de la personalidad el bebé presenta impulsos agresivos, en términos de funciones parciales que gradualmente se van organizando. Para este autor (1989a) la experiencia instintiva es la principal fuente de agresión, la cual se liga a la vida erótica del bebé sano.

Según Winnicott (1965) cuando el bebé nace debe ser capaz de dirigir tanta movilidad como le sea posible en las experiencias del ello. A través de esta movilidad el medio ambiente es descubierto constantemente. Una madre suficientemente buena soporta esta movilidad y la expresa en términos físicos, permitiendo que su bebé empiece a existir y tener experiencias del ello. Esta interacción permite al bebé tener la experiencia “a parte de la acción de oposición”, es decir, de reaccionar frente a la frustración.

Ahora bien, desde el punto de vista de la individuación del Sí mismo la respuesta más adaptativa frente al dolor es la agresión, la cual se dirige a todo aquello que es considerado como la fuente del dolor. Sin embargo, si el niño no ha logrado individuarse permanecerá en un estado displacentero, mostrando una

situación crónica de resentimiento hacia él mismo y hacia aquellos que siente que son responsables por su falta de satisfacción (Joffe & Sandler, 1968).

En las primeras fases, cuando se está diferenciando el yo del no yo, es el componente agresivo el que conduce al bebé a una necesidad de sentir un no yo o un objeto externo. Los impulsos agresivos no dan ninguna experiencia satisfactoria en sí a menos que exista oposición; la cual surge del medio ambiente, del no yo que paulatinamente va distinguiéndose del yo. Por tanto, la impulsividad y la agresión que de ella se desarrolla es lo que hace que el bebé necesite un objeto externo –el que pueda destruir– y no meramente un objeto que lo satisfaga (Winnicott, 1958).

En la etapa de la pre– inquietud, el niño todavía no reconoce que lo que destruye cuando está excitado es lo mismo que valora en los intervalos de quietud; es por ello, que su amor excitado incluye un ataque imaginario contra el cuerpo de la madre. Por tanto si se pierde la agresión en esta fase del desarrollo se produce también cierta pérdida en la capacidad de amar y por tanto de relacionarse con los objetos. Posteriormente en la fase de la inquietud, la integración del yo es suficiente como para distinguir a la figura materna. En este periodo el bebé se siente culpable de su destrucción mostrándose la agresión en términos de culpabilidad. El bebé saludable es capaz de soportar esta culpa y con la ayuda de la madre es capaz de descubrir su tendencia a dar, construir y enmendar. De este modo, la agresión se transforma en funciones sociales. Para Winnicott (1958) la actividad social sólo puede ser satisfactoria si se basa en un sentimiento de culpabilidad personal con respecto a la agresión.

Por tanto, el bebé se preocupa por el efecto que sus impulsos ejercen sobre la madre y también en Sí mismo, a partir de lo cual empezará a controlar, regular

y dirigir su mundo interior. Esta tarea sin embargo, sólo puede ser iniciada cuando el niño está alojado en su cuerpo y es capaz de diferenciar entre lo que está adentro de él mismo, de lo que es externo, así como lo que es real y lo que es fantasía. Su dominio del mundo externo, por tanto, depende del manejo de su mundo interno. Por tanto el interés de un niño saludable va dirigido tanto hacia la realidad externa como hacia el mundo interior ligando puentes a través de los sueños y el juego entre ambos mundos.

Como consecuencia de lo anterior, coincidimos con Joffe et al (1965) en la generación de un estado de bienestar que se traduce en el funcionamiento armónico integrado de las estructuras mentales, el cual está relacionado con sentimientos de seguridad y está acompañado por la descarga exitosa de las pulsiones.

4 Crecimiento Personal

El Crecimiento Personal, implica la disposición al crecimiento y maximización de los propios potenciales en servicio de la humanidad. De este modo, se produce una sensación de trascendencia producto no sólo de la realización de las metas personales y la búsqueda creativa sino también de las acciones volcadas hacia el desarrollo del semejante. Así mismo, implica un estado de no exigencia que permite el descanso, lo lúdico y en general el goce de la vida. Este eje organizador está compuesto por la Capacidad de Disfrute sin Culpa, la Creatividad como Gesto Espontáneo y la Búsqueda de Trascendencia.

4.1 Capacidad de Disfrute sin Culpa

La capacidad de disfrute, que en este estudio se tomará como sinónimo de goce, fue originalmente ligado al placer sexual. El término *jouissance* –gocé en francés– apareció en el siglo XV para “... designar la acción de usar un bien a fin de obtener de él las satisfacciones que se considera que procura” (Roudinesco & Plon, 1998, p.407).

Lacan (1973) tomó este concepto y lo reformuló en términos de una búsqueda permanente por exceder los límites del principio de placer y como un intento por lograr la completud. En ese sentido, la capacidad de disfrute o goce siempre está ligada al deseo, al placer en la descarga, que se puede traducir en una serie de actividades como las relaciones sexuales, el fantaseo, el relajo, entre otros Burnstein (1990).

En 1920 en *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse* (Lecciones Introductorias al Psicoanálisis), Freud explica en su modelo de salud el concepto de conflicto así como el papel de las defensas y las resistencias en el paciente neurótico. Según esta propuesta, los neuróticos son incapaces de gozar y de obrar adecuadamente: de gozar, porque su libido no se halla dirigida sobre ningún objeto real; y de obrar, porque se halla obligado a gastar toda su energía para mantener a su libido en estado de represión y protegerse contra sus asaltos. La diferencia entre la salud y la neurosis se basaría entonces según Freud en una diferencia relativa al grado de goce y de actividad del que la persona es capaz, y por tanto “se trata de una diferencia de orden cuantitativo y no cualitativo”.

En ese sentido, Freud (1908) considera saludable la realización de una actividad recreativa y placentera en los niños, debido que en el jugar se crea un mundo placentero. La imaginación es entendida para este autor, como una reserva

creada durante el doloroso pasaje del principio de placer al principio de realidad, con el fin de proporcionar un sustituto de satisfacciones pulsionales a las que se tuvo que renunciar en la vida real.

Por otro lado, la sensación de alegría y felicidad combinada con la capacidad para disfrutar y contenerse a Sí mismo es también para Jones (1942), una de las características principales de las personas sanas.

En la historia, tradicionalmente se ha tomado a la capacidad de disfrutar como uno de los criterios para distinguir la salud mental de la enfermedad. De hecho, en pacientes depresivos se observa con frecuencia el decaimiento y empobrecimiento de actividades generadores de placer, tales como las relaciones sexuales, el juego y el sentido del humor (Brody, 1950).

El juego es según Huizinga (1957) una actividad libre y placentera que implica un estado de detención y relajo en quien lo juega. Por tanto, el jugar es por esencia improductivo, pues su único objetivo es generar alegría y diversión, y en consecuencia presupone un tiempo para el ocio (Cailloix, 1967). Así mismo, el jugar tiene como característica el mantener una función simbólica “como si”; es decir que la persona que juega puede suspender momentáneamente la realidad diferenciándola del juego.

Generalmente se ha asociado el jugar únicamente con el desarrollo infantil, cuestionándose a veces la presencia de lo lúdico en el mundo adulto. Según Colarusso (1993) el desarrollo del juego se presenta a lo largo de toda la vida convirtiéndose en una aproximación indirecta a la búsqueda de expresiones adaptativas, defensivas, creativas y de entrenamiento, así como en un modo de afrontar los conflictos, demandas, pérdidas y carencias durante todo el ciclo vital. (Solnit, 1987). Por lo tanto, el juego genera disfrute tanto en niños como en

adultos, debido a que alivia la tensión y la frustración vividas, proveyendo un mecanismo que confronta y supera obstáculos de una manera gratificante (Moran, 1987).

Por ejemplo respecto a las relaciones sexuales, la actividad del juego influye directamente en el disfrute y conexión de la pareja. Plaut (1979) considera que la relación entre el juego, la sexualidad adulta y la intimidad es muy cercana. El juego debe ser un aspecto integral de la relación sexual sin el cual el coito se despersonaliza.

Ahora bien, no sólo el juego genera un efecto placentero y de disfrute en la descarga; la habilidad de las personas para reírse de ellas mismas y apreciar la ironía es parte importante de la capacidad del yo para manejar un desarrollo psicológico sano (Poland, 1990). Las personas que carecen de sentido de humor son frecuentemente rígidas, inhibidas, debido a que su yo está sometido al dominio cruel y tiránico del superyó, el cual persigue y culpabiliza cualquier atisbo de disfrute (Grotjahn, 1961).

En cambio, una persona sana es capaz de elaborar la castración y reconocer sus límites, lo cual le confiere una dimensión de libertad interior en la cual se puede aceptar el no poder y conservar el humor (Alizade, 1995). Por tanto, el humor de este tipo no implica tomar placer en el dolor, sino más bien refleja un cuidado por uno mismo a pesar del dolor; se expresa la aceptación de uno mismo por lo que es, mostrando una capacidad madura de reconocer el conflicto interno y sus límites.

De este modo, a través de la risa la persona puede negar la realidad dolorosa y a la vez aceptar el abandono de la omnipotencia. Por tanto, el sentido del humor se une en el desarrollo de un sentido maduro de la realidad y la

capacidad para establecer relaciones no castigadas por negaciones narcisistas y omnipotentes. (Poland, 1990).

En esta línea Freud (1927, *Der Humor*, El Humor) propuso al chiste como un modo inconsciente de transformar experiencias dolorosas y frustrantes para extraer placer de ellas. El disfrute del humor resulta principalmente entonces del producto de estados transitorios de regresión en los cuales el instinto busca descargarse sin generar ansiedad. La vigilancia del Ello es momentáneamente reducida, facilitándose un camino saludable de gratificación y descarga.

Por otro lado, para Kris (1940) el placer en lo cómico implica el logro del funcionamiento sinérgico del yo respecto a sus funciones adaptativas y defensivas. El monto de ansiedad restante generado por la admisión de lo reprimido a lo preconciente es tolerado porque el yo reconoce que el peligro no es real. En el humor, el superyó es amable y confortante con el yo, como fruto de los padres internalizados que aseguran y protegen al niño.

En ese sentido, el triunfo del yo consiste en poder evadir el sufrimiento incluso en los momentos más difíciles. La persona se rehúsa a sufrir y logra empatizar con el yo y el mundo real, con el fin de mantenerse en el principio de placer sin *salirse de los límites de la salud mental* (Freud, 1927).

Otra perspectiva para comprender el disfrute entendido como evitación de sufrimiento, es el concepto de liviandad psíquica o *Erleichterung* (Freud, 1905 En *Bruchstück einer Hysterie- Analyse*, Analisis de un caso de Histeria). Según Alizade (2002), uno de los requisitos principales para experimentar alegría consiste en la descatectización temporal de las representaciones displacenteras constantes. De este modo, el sujeto suspende la rumiación de sus conflictos y se conecta sólo con el presente. Este mecanismo es descrito por Alizade (2002) como

dispensar: disminuir el exceso representacional. Winnicott (1965) así mismo, describió la capacidad de encontrar placer en las contemplaciones cotidianas como un modo de detener la sensación abrumadora de los conflictos para dar paso al disfrute de experiencias placenteras u “orgasmos del yo” (pag. 38).

4.2 Creatividad como Gesto Espontáneo

En el presente estudio se considerará a la creatividad como una característica de vida que va más allá de los productos concretos. Ésta se encuentra vinculada a lo cotidiano, a la búsqueda de la persona como creación en sí misma y está basada en el jugar y el imaginar. En esta línea, Castoriadis (2002), describe al psiquismo como una *“fuente de creación y de transformación... de su propio funcionamiento mediante la sublimación que hace posible el acceso al sentido social... y al pensamiento lúdico”*

Sin embargo, por mucho tiempo el estudio de la creatividad ha estado ligado a la patología, específicamente a la patología del creador– artista. Esta línea de pensamiento parte con Freud, el cual describió en *Drei Aghandlungen sur Sexualtheorie* (1905) (Tres ensayos para una teoría sexual) el talento artístico como una mezcla de “eficiencia, perversión y neurosis”.

Desde Freud, otros autores como Didier Anzieu (1993) han señalado también la proximidad entre los procesos creativos y los patológicos. Este autor (1993) considera que el trabajo creativo le permite al artista ahorrarse una patología mental más grave. El creador para Anzieu, posee la facultad de la autoobservación que le permite al yo tolerar la angustia psicótica y preservar su contacto con la realidad, explorando así la disociación que sufre en los momentos de regresión. Esta capacidad de observación sería menor en una persona

“normal”, debido a que no puede explorar sus conflictos inconscientes con la misma garantía de retorno, ejerciendo sobre ellos diferentes modos de defensa.

Csikszentmihalyi (1997) por su parte, considera que en los creadores existe una serie de tendencias muy complejas de pensamiento y actuación que en la mayoría de las personas no se dan juntas.

En el presente estudio, adoptamos una postura distinta a las anteriores. Se considera que todas las personas somos capaces de vivir de manera creativa, lo cual no implica necesariamente la generación de productos concretos como es en el caso de las artes. La vida creativa, la cual se encuentra ligada necesariamente a la salud, consiste en la capacidad de transformar y generar nuevos modos de funcionamiento que son más saludables en términos de eficacia, comodidad y comprensión. En ese sentido, coincidimos con Winnicott (1989a) en que la creación artística requiere de un talento especial, mientras que el vivir creativamente constituye una tendencia universal.

En esta línea, Mcdougall (1998, p.88) refiere... “Algunos genios creadores han dado muestra de un comportamiento psicótico, pero *se puede proponer que la parte de Sí mismos que les permite crear es en realidad la parte exenta de síntomas*”.

Ahora bien, aunque la creatividad denota originalidad y libertad también tiene algunas restricciones. Según Arieti, (1964), la creatividad utiliza métodos distintos al proceso secundario, pero no debe estar en contradicción con éste. De ser así, el resultado sería bizarro y no creativo. Por lo tanto, una parte importante del proceso creativo es adaptativo y sólo es posible a través de funciones yoicas que se encuentran libres de conflicto (Corbin, 1974).

Schechter (1983) por su parte considera que lo lúdico es una parte necesaria mas no suficiente para la creatividad. La capacidad para estar solo es una precondition para la creatividad, y conjuntamente con la capacidad para ensoñar libremente y el debilitamiento del superyó persecutorio, es que se puede abrir nuevos caminos para la exploración.

Desde otra perspectiva, Melanie Klein (1957) propone la creatividad como el reconocimiento de los impulsos agresivos y de la fantasía destructiva, donde en la salud se presenta una fusión entre los impulsos eróticos y los destructivos. Según esta autora, la reparación al objeto dañado es por excelencia uno de los actos creativos más tempranos. (Klein 1937, 1957).

En el proceso creativo lo que se pierde es el objeto idealizado; se mata simbólicamente al modelo perfecto (Anzieu, 1993). En ese sentido, “el creador cae en la violencia porque reúne toda su energía para imponerle al mundo exterior su visión, su imagen, su sueño, su pesadilla” (McDougall, 1998, p. 87).

Para Winnicott (1965) en cambio, el potencial agresivo es equivalente a energía vital y constituye la fuerza que va hacia el encuentro con el objeto. Esta fuerza constituye el “Gesto Espontáneo”, el cual es preintencional; es decir que su cualidad no tiene el propósito de destruir. La potencialidad destructiva dependerá de las características del objeto; es decir, si el objeto sobrevive a este impulso agresivo o reacciona defendiéndose del mismo.

Cuando la madre es capaz de adaptarse suficientemente bien a las necesidades del bebé y respetar e interpretar adecuadamente las señales que éste emite, aparece el gesto del infante como un impulso espontáneo. El bebé entonces empieza a creer en la realidad externa que aparece – que él construye omnipotentemente– generándose un espacio potencial de ilusión. Sobre esta

base, el bebé mostrará un self verdadero, espontáneo y creador. El infante puede disfrutar de la ilusión de la creación y del control omnipotente, llegando a reconocer gradualmente el hecho de que está “sólo” jugando o imaginando. Según Winnicott (1965), en este proceso se encuentra la base del símbolo, que es la espontaneidad y al mismo tiempo es el objeto externo creado y luego catectizado.

En la salud, el self verdadero tiene un aspecto adaptativo que puede negociar con el ambiente para llegar a acuerdos sin tener que perder su espontaneidad. Esto permitirá a la persona vivir en un ámbito intermedio entre el sueño y la realidad, que es denominado por Winnicott (1971) como la “experiencia cultural”. El lugar de la experiencia cultural se encuentra en el espacio potencial como una zona intermedia de experimentación entre la persona y el ambiente que se acerca a la vivencia del jugar y por tanto del crear. Esto implica que el bebé se ha reconocido como distinto de la madre, y que ha desarrollado una sensación de Sí mismo y un adentro y un afuera.

Entonces en el desarrollo saludable, el rasgo esencial del objeto y de los fenómenos transicionales es la paradoja y la aceptación de la paradoja: El bebé crea el objeto pero éste ya estaba ahí esperando que se lo crease. (Winnicott, 1989a)

Consiguientemente es a partir del gesto espontáneo reflejado por la madre, que el bebé puede desarrollar su self verdadero, mientras que el falso self se conforma como una reacción frente a la intrusión de los padres –y posteriormente de la sociedad–, los cuales imponen su propio gesto y anulan de este modo la capacidad creativa de la persona.

Aunque necesarias, las reglas sociales rigidizan y restringen con frecuencia la espontaneidad de las personas, limitándolas a reaccionar de acuerdo a un

determinado repertorio de respuestas. Por lo tanto entendemos que para ser creativo, es necesario estar en contacto con el self verdadero, la parte espontánea, flexible, no excesivamente integrada y abierta a la intuición creadora. Los procesos creativos permiten entonces a las personas liberarse de estas respuestas dadas por el proceso secundario (Arieti, 1964) y trascender el encuadre rígido e intelectualizado para transformarlo en un aparato flexible (Pinchas, 1978).

De este modo, Green (1996) – tomando el concepto elaborado originalmente por Arieti, (1964) – plantea la necesidad de crear un tercer tipo de procesos que considera justamente terciarios y que define como “aquellos procesos que ponen en relación los procesos primarios y secundarios de tal manera que los primarios limitan la saturación de los secundarios y los secundarios la de los primarios”.

Desde nuestra perspectiva, asumimos el concepto de proceso terciario y lo entendemos como la generación de un nuevo enlace en sí transformador que resignifica y recrea una visión asumida en algo totalmente nuevo y distinto. Por lo tanto, la creación no reside en una simple traducción de los contenidos del proceso primario en un lenguaje secundario, más bien consiste en la generación del enlace entre ambos procesos.

Fiorini (1995), toma también este concepto y lo califica como propio de los procesos creadores. Para este autor, la creatividad a partir de un monto de energía no ligada busca generar de la nada un objeto de satisfacción, para lo cual es necesario que la persona sea capaz de tolerar la ausencia objetal; es decir la nada.

Adicionalmente, Fiorini (1995) coincide con Green en la capacidad del psiquismo creador de salir del vacío para crear –ligar– significaciones, llenando esa nada de sentido.

4.3 Búsqueda de Trascendencia: el Narcisismo Terciario

Desde tiempos históricos, la búsqueda por encontrar una sensación de trascendencia a la propia existencia ha llevado a las personas a intentar una serie de transformaciones –muchas veces radicales– en su vida. Freud por ejemplo en *Das Unbehagen in der Kultur* (Malestar en la Cultura, 1925) propone que el ser humano busca lograr una sensación y sentido de trascendencia a través del estudio científico, las drogas y la religión, con el fin de retornar al narcisismo primario y revivir la “experiencia oceánica”.

No obstante, son otras disciplinas las que se han dedicado a estudiar con mayor detenimiento esta búsqueda. Entre ellas cabe destacar en primer lugar la filosofía existencial (Sartre, 1992; Heidegger, 1996; Kierkegaard, 1985, 1980; Camus, 1951, entre otros) y también la psicología existencial (Frankl, 1996; May, 1967; Yalom, 1980; Maslow, 1970, entre otros).

Ahora, si bien los cuatro ejes propuestos en este estudio se encuentran asentados en la perspectiva evolutiva, se puede observar que los tres primeros se ubican en los primeros años de vida del niño. La integración y diferenciación del Sí mismo, la capacidad para establecer vínculos con otros y la autorregulación son procesos que transcurren a lo largo de toda la vida, sin embargo los cimientos que marcan su evolución posterior deben surgir necesariamente en la primera infancia. Del mismo modo, en el eje de crecimiento personal la capacidad de disfrute y la

creatividad como gesto puede ser observada desde los primeros meses de vida, no obstante esto no ocurre con la búsqueda de trascendencia.

La búsqueda de trascendencia o de un sentido de vida aparece progresivamente en las personas a medida que avanzan en el ciclo vital. Esto implica necesariamente la vivencia e integración de diversas experiencias – positivas y negativas – de diferentes estadios de vida.

En el presente estudio se tomarán del psicoanálisis tres conceptos para dar cuenta de los procesos psíquicos implicados en la búsqueda de trascendencia: la función objetalizante, el narcisismo terciario y el altruismo.

Según (1996) la función objetalizante reside en un modo particular de investidura y debe ser distinguida de la relación de objeto en todas sus formas. La relación objetal se limita según este autor (1996) a los vínculos que implican al objeto en Sí mismo, mientras que la función objetalizante se sitúa en el proceso por el cual ciertos aspectos del funcionamiento psíquico se transforman en objetos. Por tanto, la capacidad de ligar y “objetalizar” diferentes representaciones y aspectos del Sí mismo, generan en la persona una sensación mayor de riqueza interna y la orientan hacia un sentido de trascendencia. Por tanto, “la función objetalizante puede otorgar la categoría de objetos a elementos que no posean estrictos atributos de objeto pero en cuyo movimiento hacia ellos tenga lugar una catectización significativa” (Green, 1996).

En esta propuesta entonces, se puede encontrar un sentido de trascendencia en la medida que se *objetalice* o se le de un significado especial a un aspecto del Sí mismo o de los demás. En ese sentido, la trascendencia implicaría un movimiento cuantitativo de ligazón lo cual otorgaría a la relación investida una categoría particular.

Desde otra perspectiva, Alizade (1995) ha propuesto el concepto de Narcisismo Terciario para referirse a un movimiento hacia la trascendencia, el cual se expresa como un retorno al narcisismo primario y la ilusión de la experiencia oceánica, pero manteniendo a su vez una clara diferenciación y reconocimiento de los propios límites, así como un intenso interés por el Otro.

Ahora bien, como predecesor a Alizade, Kohut (1965, 1971) propuso también una evolución del narcisismo a la cual denominó “narcisismo cósmico”. Tal transformación deviene de las constantes actividades autónomas y creativas del yo y según este autor (1971), muy pocas personas son capaces de alcanzarlo. El narcisismo cósmico implica una decalectización parcial del Sí mismo con el fin de ligar la energía sobre ideales colectivos y sobre el mundo con el cual uno se identifica. Según Kohut (1971), tal transformación conduce a la sabiduría y a la aceptación del fin de la vida.

De igual modo, para Alizade (1995) el narcisismo terciario conduce a la persona a aceptar su mortalidad y a renunciar a la omnipotencia, dirigiendo sus recursos y energías al bienestar de los demás como humanidad. En ese sentido, la sensación de trascendencia y de bienestar surge como consecuencia de haber ayudado en la construcción de un mundo mejor para las siguientes generaciones.

Por lo tanto, el narcisismo terciario muestra consecuencias tanto a nivel personal como social respecto al control de la destructividad y al modo de relación con los objetos, específicamente con el denominado “objeto lejano”. Este término es usado por Alizade (1995) para dar cuenta de representaciones ininteligibles, que no necesitan estar accesibles físicamente, ni investidas por cualidades narcisistas secundarias. Por el contrario, el objeto lejano trasciende lo conocido para asumir lo social y comunitario. En palabras de la autora (1995, p.) se produce

un cambio en el cual “la relatividad de las pequeñas miserias cotidianas son cotejadas con las grandes miserias sociales del mundo”.

De este modo, se resignifica la mirada hacia el otro, primando el respeto, la dignidad y el reconocimiento de los deseos ajenos aunque sean contrarios a las propias creencias. Entonces, la satisfacción se basa en el haber ayudado a que los demás consigan sus propias metas.

Adicionalmente, en el narcisismo terciario se produce un regreso transformado hacia el narcisismo primario. De hecho tal como se expuso anteriormente, Freud (1914) sugirió que una vez abandonado el narcisismo primario la persona buscará de diversas maneras su reencuentro. Entonces, el narcisismo terciario implica un redescubrimiento de la experiencia oceánica – vivenciada como trascendencia– pero modulada por la maduración, y la comprensión de las experiencias de vida.

En ese sentido, el control omnipotente es desplazado por la potencia de una persona que reconoce sus limitaciones, los atributos narcisistas secundarios son aceptados como necesarios pero secundarios, y se puede contemplar y comprender la paradoja de la grandeza e insignificancia de los seres humanos.

Por lo tanto, el proceso de transformación narcisista implica según la autora (1995) una serie de operaciones psíquicas que buscan el reordenamiento del sistema narcisista; tales como el descentramiento y descatectización del yo – sin suponer esto un vacío– , el acceso a la relación de objeto lejano, el trabajo de duelo y resignificación, el principio de relatividad, la familiarización con la castración, la domesticación de las pulsiones, una nueva representación de la idea de poder, acceso a la sabiduría, gratitud y sentido del humor.

Según Melanie Klein (1937), la gratitud se deriva de la capacidad de amar y por tanto de la sensación de generosidad. Si la envidia no es demasiado grande, la capacidad de identificarse con otros hace posible admirar el carácter o los logros de los demás, lo cual enriquece a la persona y la llena de satisfacción, lo cual no sólo constituye la base para la posterior gratificación sexual, sino también para toda la felicidad humana.

Ahora bien, el tercer concepto tomado en este estudio para comprender la trascendencia – el altruismo –, ha sido considerado curiosamente por varios autores como un mecanismo que linda con lo patológico.

Anna Freud (1936) por ejemplo siguiendo a su padre, toma el término “renuncia altruista” para describir la incapacidad de un individuo para lograr una gratificación directa de sus deseos, viéndose obligado a vivirlo a través de un sustituto. La “renuncia altruista” es vista con frecuencia como sinónimo y fundamento de todo altruismo (Sandler y Freud, 1985) y ha sido considerada por muchos analistas como una formación de compromiso ligada al masoquismo.

En esta línea, Vaillant (1977) considera que el altruismo permite al individuo incapaz de experimentar placer en la realización de sus propios deseos, experimentar placer ayudando a los otros. De este modo, no se confronta con la intensidad de sus impulsos y le hace posible experimentar un placer sustitutivo, vicario y generalmente oculto.

En la presente investigación nos diferenciamos de esta visión “tradicional y patologista” del altruismo y lo definimos como un mecanismo saludable que busca de manera autentica el bienestar y beneficio de los demás.

Erikson (1976), por ejemplo se interesó en la comprensión de las bases psicodinámicas de la adaptación saludable. En su comprensión del desarrollo

vital, utilizó el término *generatividad* para describir la satisfacción que logran los adultos al contribuir al bienestar de futuras generaciones. En palabras del autor (1976) “La generatividad (...) abarca la procreatividad, protectividad y creatividad, y de ese modo la generación de nuevos seres tanto como la de nuevos productos y nuevas ideas, incluyendo un tipo de autogeneración relacionada con un desarrollo más amplio de la identidad” ; es decir la capacidad para producir y crear para proveer a las futuras generaciones. No obstante, la posición de Erikson nos sitúa en la incertidumbre si es que tales acciones generativas son motivadas como fines altruistas o únicamente como logros narcisistas.

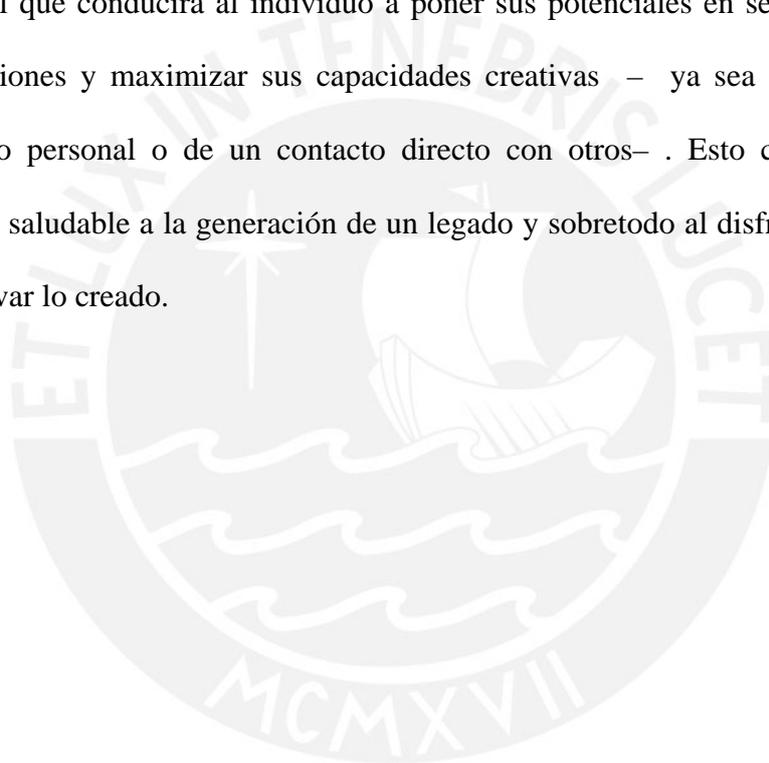
Según nuestra posición, el altruismo saludable busca el logro de los deseos del Otro, lo cual por definición implica el poder diferenciarse y mirar las necesidades de los demás sin confundirlas con las propias. En el altruismo saludable entonces, se reconoce y respeta la autonomía los deseos del otro y se disfruta al poder contribuir de alguna manera en su realización. Por lo tanto, el altruismo se distingue de la necesidad de sacrificarse en beneficio de otros, debido a que sujeto altruista puede gratificar sus pulsiones directamente, posponer la gratificación inmediata y también disfrutar contribuyendo al bien de otros (Seelig & Rosof, 2001).

Esta posición nos recuerda entonces a la teoría de apego, específicamente al concepto de mentalización de Fonagy (1999), en el cual los padres que son capaces de mirar y comprender las necesidades de su bebé –sin imponer las propias– realizan un acto altruista con el fin de satisfacerlas. Es por ello que el altruismo saludable ayuda en la regulación de los afectos e incluye empatía. Y si bien, esta capacidad puede entrar por momentos en conflicto – cuando los deseos del Otro son totalmente opuestos a los propios– y también puede generar una

satisfacción de tipo narcisista, el punto central se ubica en el disfrute de poder ayudar al Otro a cumplir sus deseos.

Por lo tanto, coincidimos con Klein (1937) en que la capacidad esencial de "dar y recibir", puede desarrollarse de tal manera que nos asegura satisfacciones al contribuir al placer, bienestar o a la felicidad de otras personas.

Nosotros consideramos que existen infinitas maneras para lograr una sensación de trascendencia; el camino dependerá de una elección exclusivamente personal que conducirá al individuo a poner sus potenciales en servicio de otras generaciones y maximizar sus capacidades creativas – ya sea a través de un proyecto personal o de un contacto directo con otros– . Esto conllevará a la persona saludable a la generación de un legado y sobretodo al disfrute de crearlo y observar lo creado.



Capítulo 4

A Modo de Integración

A través de la presente propuesta hemos intentado formular una integración de lo que se entiende por saludable desde el psicoanálisis. Si bien, este es un tema que ha sido discutido por varios psicoanalistas de diversas perspectivas teóricas, la novedad y dificultad de este estudio radica en el enfoque utilizado, el cual tiene como punto de partida la realización de los propios potenciales y la búsqueda del *bienestar* en contraposición con la patología.

Así mismo, se ha intentado presentar de un modo integrado y coherente aquellos aspectos que nos acercan a lo saludable sin encasillarlos en indicadores de clasificación, cuya presencia o ausencia determinan lo que es o no saludable. Si bien consideramos que los índices de clasificación de salud mental son herramientas importantes para el trabajo clínico cotidiano, pensamos también que éstos con frecuencia rigidizan y patologizan al individuo, dejando el lado más humano e integrado de las personas. Nuestro objetivo entonces fue el de construir a partir de un modelo teórico, una propuesta que guíe nuestra comprensión de lo que consideramos como saludable.

Para nosotros, lo saludable es un constructo dinámico que da cuenta de una naturaleza compleja, cambiante y multiforme; y desde ese punto de vista resulta discordante hablar sobre una definición fija o estática de salud. Si tratáramos lo saludable como un estado, arriesgaríamos confundirla con la “quietud” que rigidiza y si se rigidiza no es salud. Por ello en el título de la investigación: Lo saludable, quisimos enfatizar esta cualidad: una cualidad que no se expresa en singular ni en plural sino en proceso.

Ahora bien, podría pensarse que ser saludable implica la reunión y mantenimiento constante de un conjunto de condiciones que son cercanas a ser confundidas con la perfección; que significa no tener conflictos o en otras palabras “ausencia de síntomas”. Nosotros tomamos el término de Schmeideberg (1938) “neurosis de salud” para describir a aquellas personas que no se permiten sufrir o sentirse enfermos o deprimidos de manera defensiva, pues para estas personas el sentir se traduce en la amenaza y terror de no poder recuperarse de estos estados. Entonces ser saludable significa poder sentir y derrumbarse para luego levantarse e integrarse. En esta línea, coincidimos con Klein (1960) y Winnicott (1965) que el equilibrio no significa evitar conflictos, sino la fuerza para tolerar emociones dolorosas y poder manejarlas asumiendo la responsabilidad de la acción o inacción.

Por otro lado, nos cuestionamos acerca del uso del término saludable frente al de normalidad, asumido éste último con tanta frecuencia como sinónimo del primero. El término normalidad, el cual alude a la norma- ubica a la persona dentro del registro estadístico; es decir más que las características personales, interesa si éstas se encuentran dentro de las formas habituales de comportamiento de un grupo o comunidad dada. Nosotros sostenemos que lo saludable se coloca

en un rango diferente a lo estadístico e implica una serie de cualidades que pueden coincidir o no con las normas.

Pero entonces, ¿Se puede denominar a una sociedad como saludable o patológica? Todos los grupos humanos al igual que las personas tienen una serie de mecanismos e instancias que son las encargadas de regular su funcionamiento: figuras de autoridad, instituciones responsables del cuidado y soporte social, mecanismos de regulación, entre otros. Si una sociedad se encuentra inundada por la corrupción, si los mecanismos de justicia y reparación no funcionan, si tiene miembros que están abandonados, entonces creemos que no puede desempeñarse como una sociedad saludable. Igual que las personas, una comunidad también puede derrumbarse frente algún problema interno, o frente a una guerra o desastre natural; tal vez aquí también lo que cuenta es su capacidad de recuperación y reconstrucción de un estado de tolerancia, flexibilidad y equidad. Creemos entonces, que sí se puede denominar a una sociedad como “más” o “menos” saludable dependiendo si estos cimientos se encuentran o no comprometidos. Tal vez en una sociedad conflictiva y confusa lo único que le queda a una persona saludable es rebelarse; es decir salirse justamente de la norma.

Al iniciar la investigación, nos encontramos con una serie de intentos – aunque fragmentados – de entender de lo saludable desde el psicoanálisis. Llama profundamente la atención cómo en una disciplina que está centrada en la comprensión del ser humano y su salud se haya escrito tan poco sobre el tema, en comparación con las innumerables publicaciones sobre patología. De hecho, tal ha sido esta tendencia que en varios artículos cuyo título es sobre Salud Mental su contenido trata sobre patología. Ejemplos de esto son las posiciones que estudian los aspectos patológicos que impulsan la creatividad o el altruismo; o la empatía

que generalmente es estudiada como un método de comprensión y estudio de la relación analítica y no como parte importante en las relaciones humanas saludables.

No obstante, una de las líneas que han contribuido más en nuestra opinión sobre el estudio de lo saludable es la perspectiva del desarrollo. Esta posición, que puede integrar también otras posturas, realiza una cuidadosa investigación sobre el proceso evolutivo desde incluso antes del nacimiento, manteniendo una conexión cercana entre lo biológico y lo intersubjetivo. De este modo, en nuestra propuesta lo saludable se concibe a partir del contexto evolutivo, maduracional e intersubjetivo. Siguiendo a Winnicott (1967) un desarrollo prematuro no es más saludable que uno tardío.

Por lo tanto, es a partir de lo evolutivo y de lo intersubjetivo que hemos presentado una guía que nos ha ayudado en la exploración de lo saludable. Cabe resaltar que el modelo propuesto se debe tomar tan sólo como una herramienta teórica y por tanto como un modo artificial de división cuyo único fin es facilitar el proceso de investigación.

En el presente estudio hemos propuesto un interjuego de 4 ejes organizadores:

1. Representación Integrada del Sí mismo
2. Relación Significativa con Otros
3. Funciones Regulatorias Efectivas y Disponibles
4. Crecimiento Personal

El primer eje, considera la integración y diferenciación progresiva del Sí mismo como Identidad y Representación Corporal, a través del proceso de Separación- Individuación. Por otro lado, la Relación Significativa con Otros

sostiene el establecimiento de vínculos adecuados, cercanos y significativos a largo plazo, lo cual se basa en una relación de Apego Seguro, Capacidad de Amar y Empatía. El tercer eje organizador, se refiere a las funciones efectivas y disponibles que modulan las demandas, afectos y recursos internos con el mundo exterior. Éste eje está conformado por el Contacto con la Realidad, Predominio de Defensas Secundarias y Flexibles, Adaptación y Regulación de Impulsos, Demandas, Recursos y Afectos. Finalmente el Crecimiento Personal, implica la disposición al crecimiento y maximización de los propios potenciales en servicio del Otro de modo tal que se produce una sensación de trascendencia y autenticidad. Está compuesto por la Capacidad de Disfrutar sin Culpa, Creatividad como Gesto Espontáneo y Búsqueda de Trascendencia.

La búsqueda y elección de estos cuatro organizadores se inició a partir de la revisión de algunos estudios que resaltaban los aspectos positivos de la salud. Entre ellos, encontramos en la psicología positiva y especialmente en las investigaciones de Carol Ryff (1989) una importante fuente de información. Esta autora desarrolló junto con Keyes (Ryff & Keyes, 1995) una Escala de Bienestar Psicológico (Scales of Psychological Well-Being), la cual está constituida por seis subescalas que representan las dimensiones de Autonomía, Manejo del Ambiente, Crecimiento Personal, Relación con Otros, Sentido de Vida y Autoaceptación. Basándonos en esta propuesta, empezamos a revisar algunos conceptos que pudiesen traducir los contenidos planteados en la escala de Ryff a un lenguaje psicoanalítico. Durante ese proceso encontramos adicionalmente otras nociones dentro del psicoanálisis – principalmente en la línea del desarrollo – que en nuestra opinión aportaban información importante para la comprensión de la salud desde los potenciales.

De este modo, se concibieron las diversas “tareas” que el bebé debe ir asumiendo a lo largo de su desarrollo como aspectos que todo individuo saludable debería haber madurado con relativo éxito. Tales tareas se encuentran ancladas en lo biológico pero son sólo posibles mediante la intervención de Otro; y constituyen requisitos fundamentales para la maduración del infante como personalidad: el reconocimiento de su cuerpo como una unidad, la construcción de su identidad, la importancia de la relación con el cuidador como precedente para su vida social, el retardo de las gratificaciones, el manejo de las urgencias, entre otros.

De este modo se establecieron tres ejes organizadores: Representación Integrada del Sí mismo, Relación Significativa con Otros y Funciones Regulatorias Efectivas y Disponibles. Sin embargo, un punto álgido en la construcción de la organización fue la incorporación del último eje: el Crecimiento Personal. La mayoría de conceptos que surgían para dar cuenta de este eje tenían un origen no psicoanalítico; por ejemplo el sentido de vida, autorrealización, entre otros. No obstante al tratarse de una investigación de corte psicoanalítico, se decidió dejarlos de lado con la finalidad de encontrar nociones afines al lenguaje analítico. Si bien la búsqueda inicial fue infructuosa, creíamos también que para organizar una perspectiva que resaltara los potenciales y el crecimiento era imprescindible incluir un eje que destacara justamente estas propiedades. De este modo, se decidió añadir a los tres organizadores propuestos el de Crecimiento Personal con el riesgo de caer en un campo “no psicoanalítico”. De hecho, los obstáculos para encontrar conceptos que describiesen este eje, nos

dio luces sobre la dificultad de entender la salud desde el psicoanálisis como algo que va más allá de la ausencia de síntomas.

Así mismo, tales impedimentos se vieron reflejados posteriormente en la revisión de la bibliografía, etapa en la cual con frecuencia se tuvo que deslindar los conceptos implícitos que los autores proponían acerca de la salud a partir de sus propuestas sobre la patología. Finalmente, se encontraron algunas nociones psicoanalíticas que extraídas de su contexto habitual podrían describir el movimiento hacia el crecimiento. Así, se distinguió el altruismo de la renuncia altruista, lo lúdico del juego limitado a la infancia, la creatividad delirante de los artistas del gesto creativo, entre otros. De este modo, se fue revisando, modificando y delineando una guía teórica que culminó en el organizador final de la presente investigación.

Por otro lado, consideramos importante resaltar que los cuatro ejes organizadores se encuentran integrados y son por tanto interdependientes, de tal modo que si un eje se encuentra afectado o fortalecido lo más probable es que los demás estén también comprometidos de algún modo. Por ejemplo, si una madre facilita el desarrollo de su bebé, no se anticipa y le permite experimentar, poco a poco el infante irá incorporando este modo de relación, desarrollando con mayor probabilidad un superyó benigno y flexible. Si es que preserva este tipo de estructura, el/la niño/a podrá con frecuencia reparar sus equivocaciones sin verse invadido por la culpa; probablemente esto también lo ayudará a relajarse y disfrutar sin exigencias, lo cual si es mantenido en la vida adulta lo incentivará a disfrutar de su sexualidad. Así mismo, si el/la niño/a logra incorporar estos funcionamientos, es más probable que le sea fácil descansar, sentirse cómodo y adaptarse, sin tener que valerse de caretas y actuaciones falsas para “quedar bien”;

probablemente después si es capaz de transmitir estos modos de relación a otros, tenderá a convertirse en un padre o madre capaz de comprender empáticamente las señales del otro, generando un ambiente seguro que estimule y facilite a su vez la exploración y el juego en sus hijos.

Ahora bien, ser saludable no significa necesariamente estar libre de conflictos y en perfecto funcionamiento. Lo saludable radica en el poder sentir y expresar el impacto de los eventos que ocurren pero a su vez en la capacidad para recuperarse de tales impactos y sus consecuencias. Esto no quiere decir que la persona no tenga tendencias a la repetición de ciertos conflictos, sólo que su capacidad para poder manejarlos casi siempre concluye en soluciones saludables. Una persona saludable entonces puede detener lo compulsivo y ser lo suficientemente diferenciada y auténtica como para reconocer sus deseos y tomar sus propias decisiones.

La representación integrada del Sí mismo, la hemos descrito como el proceso gradual de diferenciación e integración de la identidad y del esquema corporal. En ambos casos, el bebé debe progresivamente diferenciarse del ambiente que lo rodea, al ir probando y ensayando sus propias capacidades. En el psicoanálisis, existe una fuerte controversia respecto a la existencia del narcisismo primario en las primeras semanas de vida del bebé. Nosotros consideramos que el bebé nace con cierta diferenciación entre Sí mismo y el mundo, pero tal diferenciación no se encuentra organizada. Es decir, el bebé puede identificar en base a sensaciones táctiles, cinestécicas y de dolor, qué es y no es de él. Sin embargo la noción de “yo” o la noción de “mi cuerpo” no se encuentran todavía desarrolladas. Es la madre entonces quien ayuda a organizarse al bebé, dándole un nombre y la ilusión de una unidad.

Así mismo, este proceso sucede a nivel corporal. El bebé humano a diferencia de lo que sucede en otras especies nace inmaduro, dislocado y necesita a alguien que lo ayude a organizar y unificar su cuerpo. La madre lo ayuda en esto, a través de sus caricias y juegos “este es tu pie, de quien es esta nariz...?” Esto confluye con la maduración de sus capacidades locomotoras, la amplitud del campo visual, la coordinación mano–ojo–boca, y la precisión de sus movimientos. Coincidimos entonces con la fase del espejo descrita por Lacan (1949), en la cual el espejo- la madre, le presta al bebé la ilusión de tener un cuerpo organizado y por tanto unificado y diferenciado. Nosotros creemos entonces que la diferenciación del bebé se asienta una vez que ha conseguido formar su cuerpo y su identidad como una unidad, siendo no obstante un proceso que continúa a lo largo de toda la vida. Así, la persona irá incorporando distintas representaciones e introyectos durante su ciclo vital, los cuales irá también depurando y separando como parte de su diferenciación y formación dinámica del Sí mismo.

Por lo tanto, el proceso de diferenciación e integración del Sí mismo, se organiza en torno a lo intersubjetivo, y tiene por base las primeras relaciones entre la madre y su bebé. Coincidimos con Winnicott (1965) que una madre suficientemente buena es capaz de mirar a su bebé y reconocer sus necesidades sin anticiparse, darle un espacio de práctica, y es capaz de interpretar y registrar adecuadamente sus señales. La mamá le presta la ilusión de unidad y organización al bebé ayudándolo a que progresivamente esta ilusión se vuelva realidad.

Entonces ¿donde quedaría la omnipotencia primaria del bebé si se muestra como un ser vulnerable y dependiente? La madre, que es sentida como separada pero omnipotente, permanece al lado del bebé. Entonces el infante al sentirse deseado por ella, intuye que puede compartir su omnipotencia. Aquí, para

nosotros, se presenta la imagen de “The Magesty the baby”, como la fantasía de una unión mágica entre la madre y el bebé, donde el bebé desea y la madre vuelve su deseo realidad. Se produce entonces en la fantasía una sensación poderosa de unión y omnipotencia, la cual se expresa en un lenguaje único y exclusivo entre la madre y su bebé.

Progresivamente, cuando la madre se da cuenta que su bebé está más integrado, puede valerse más por Sí mismo y está aprendiendo a esperar, es cuando empieza a desilusionarlo y darle frustraciones que el infante es capaz de soportar. De este modo, la madre facilitadora lo ayuda a salir de la fantasía de omnipotencia, al mostrar ella sus propias fallas. Esta desilusión saludable, ayudará progresivamente al bebé a que él mismo vaya regulando sus demandas, impulsos y afectos y por otro lado, que pueda ir experimentando sólo la realidad.

En cambio, si una madre ansiosa por temor a hacerle daño a su bebé no lo frustra y permanece omnipotente, hace que el camino de la diferenciación sea más difícil. Así mismo, una madre que proyecta sus propias necesidades y gestos en el bebé, no sólo interrumpe su gesto espontáneo, sino también lo confunde al proyectarle la idea que las cosas de ella y las del bebé son las mismas.

Por otro lado, propusimos la capacidad para entablar vínculos significativos a largo plazo como el fruto de la capacidad de amar, el apego seguro y la empatía. Nosotros coincidimos con Bowlby (1979), en que las personas son más felices y pueden desarrollarse mejor si creen que hay personas confiables que pueden acudir en su ayuda y apoyarlos cuando están en dificultades. Es decir, que aquellas personas que han tenido en sus primeros años una o más personas que la han acompañado y apoyado emocionalmente, desarrollan un apego seguro, basado en interacciones coordinadas, sensibles sin sobreexigencia que ayudan al bebé a

regular sus respuestas emocionales. Esto se traduce a su vez, en la vida adulta, en la búsqueda de soporte social y afectivo en otras personas pues son capaces de confiar y pedir ayuda a otros. Así mismo, es muy probable que estas personas se conviertan a su vez en padres capaces de fomentar el apego seguro en sus hijos.

No obstante, el apego seguro es necesario mas no suficiente para desarrollar una genuina capacidad de amar. Nosotros creemos que la capacidad de amar incluye la genitalidad y el disfrute de ésta. Para ello, el individuo debe haber desenvuelto las redes del Edipo, así como haber desarrollado un Superyó comprensivo y flexible que le permite poder disfrutar de la genitalidad sin culpa ni persecución. Así mismo, una persona saludable tiene un yo que se permite disfrutar y sentir experiencias de aparente desborde –como los orgasmos- sin tener terror al descontrol; es decir, un yo que reconoce la posibilidad de volver a integrarse puede permitirse liberarse y llevarse por el disfrute. Creemos entonces junto con Kernberg (1977) que la tolerancia e integración de los diversos aspectos de la sexualidad refuerzan la empatía, la intimidad y el amor.

Mas allá de ser tomada como una herramienta de estudio, la empatía implica para nosotros la búsqueda de comprensión de lo que le pasa al otro; y por tanto no debe estar al servicio de las necesidades narcisistas sino de un respeto por los deseos del otro. Para tal efecto, es indispensable que el individuo se perciba como un ser separado, capaz de diferenciar entre los deseos propios de los ajenos. La mirada empática de la madre a su hijo es el precedente de esto, tanto para mirar las señales de su bebé y devolvérselas como para reconocer cuando el bebé está listo para asumir pequeñas frustraciones que lo acercan a la realidad.

La madre asiste a su bebé a pasar al principio de realidad ayudándolo a aprender a esperar a través de las frustraciones saludables, pero a la vez

acompañándolo con su voz y cantos. Creemos junto con Winnicott (1958) que las fallas progresivas de la madre son saludables porque irán desilusionando gradualmente al bebé incorporándolo a la realidad y al abandono de la omnipotencia.

El bebé entonces, progresivamente irá aprendiendo a modular y manejar su necesidad de descargar sus impulsos y sus afectos, lo que sólo logrará si es que a su lado está presente un adulto que entiende sus necesidades y que puede devolverle sus señales “digeridas”; es decir en otro nivel de representación. El bebe grita, se mueve, se fastidia, y el adulto le responde con un tono afectivo que acompaña al bebé durante el trance. Entonces la capacidad de mentalización descrita por Fonagy (1995) genera una sensación de confianza y bienestar por “ser comprendido” lo cual ayuda a un funcionamiento armónico e integrado. Este tipo de interacción no sólo fomenta la regulación sino también proporciona las herramientas para poder aprender a pensar. El niño que ha recibido la seguridad de una relación comprensiva, puede detenerse a pensar y revisar con calma sus opciones.

Por otro lado, observamos cómo los estilos de cuidado pueden llevar al bebe a distintas maneras de demandas superyóicas. Los padres autoritarios y persecutorios son incorporados al superyó como figuras drásticas y punitivas que generan una culpa intensa frente a una trasgresión. En cambio un superyó saludable y benigno se construye a partir de imágenes parentales flexibles y comprensivas que aceptan las reparaciones frente a un descuido y motivan al niño a seguir explorando. Este tipo de relación de no sobreexigencia permite al niño tiempos de relajo y juego, preservándose de este modo la capacidad para disfrutar.

El disfrute cuya mayor expresión aparece en el juego – tanto en adultos como en niños- empieza desde muy temprano a través del modo lúdico en que la madre se relaciona con el bebé. Los juegos de las escondidas, las “pequeñas bromas” ayudan al desarrollo del bebé de un modo placentero, afianzando a su vez el apego seguro, la empatía y lo afectivo. En la adultez el jugar produce sensaciones placenteras de descarga y “liviandad” que ayudan a separar momentáneamente la realidad – llena de responsabilidades – para embarcarse a un mundo de fantasía, relajo y excitación en las relaciones de pareja – sexuales o no –, relaciones amicales y familiares.

Nosotros consideramos que a partir de lo lúdico todas las personas somos capaces de vivir de un modo creativo en lo cotidiano; es decir que la creatividad no se reduciría a la generación de productos concretos como sucede en las artes. La vida creativa se encuentra ligada necesariamente a la salud y consiste en la capacidad de transformar y generar nuevos modos de funcionamiento más eficaces y cómodos que conllevan a una mejor comprensión o que llevan a un modo más lúdico, divertido y con un sello propio de llevar la vida. Esta creatividad concebida como gesto, es la señal de un funcionamiento auténtico. Creemos que cuando la madre es capaz de adaptarse suficientemente bien a las necesidades del bebé así como respetar y devolver adecuadamente las señales que él emite, aparece el gesto como un impulso espontáneo auténtico y creativo.

Esta libertad para crear y disfrutar auténticamente nos acerca a la noción que proponemos como crecimiento personal, así como el interés por encontrar una sensación de trascendencia. Consideramos en el estudio, conceptos como el de narcisismo terciario, función objetalizante y altruismo para aproximarnos desde el psicoanálisis a lo que se puede entender por trascendencia.

Si bien las nociones de altruismo y función objetalizante no fueron concebidas originalmente como promotoras conspicuas de lo saludable, ambos conceptos contextualizados pueden dar cuenta de algunos procesos importantes que acercan a la persona a una sensación de trascendencia. La función objetalizante propuesta por Green (1996) trata de un mecanismo intrapsíquico que busca ligar energía a diversas representaciones transformándolas en calidad de objetos. Esta capacidad es la que produce una sensación de riqueza interna, de estar lleno de “objetos acompañantes” que permiten a la persona en la salud estar sola *sin* sentirse sola. Para Green (1996) este proceso es intrasubjetivo, sin embargo nosotros creemos que la objetalización sólo es posible cuando en un inicio existió un Otro que ayudó a representar y a crear objetos sin imponer los propios.

Por otro lado, en el altruismo reconocemos un intento genuino de colaboración en el cual se disfruta ayudando a que otros consigan sus metas. En la salud, los actos altruistas no sólo se circunscriben a lo que usualmente se califica como “responsabilidad social”, sino que incluye además cualquier tipo de apoyo que fomente al otro a alcanzar sus metas: es el placer de poder compartir la experiencia de lo vivido sin por ello apropiarse de la experiencia del otro. Por ejemplo, un padre altruista puede disfrutar aconsejando, animando y orientando a su hijo, pero a la vez le permite forjar sus propias experiencias; animándolo en sus caídas y celebrando sus logros. La sensación de trascendencia entonces, se produce en la medida en que uno siente que ha colaborado para que otro alcance sus deseos.

Finalmente pensamos que el concepto de Narcisismo Terciario propuesto por Alizade (1995) nos acerca a la idea de trascendencia, al dejar de lado lo

conocido para asumir lo social y comunitario. Según esta autora, las personas logran una transformación narcisista al dirigir su mirada al bienestar de los demás como humanidad o en palabras de Kohut (1965, 1971) a la búsqueda de los ideales colectivos. Coincidimos con estos autores en que no todas las personas son capaces de alcanzar este tipo de vínculo, lo cual nos hace recordar – fuera del psicoanálisis – la etapa del sentido moral cósmico propuesta por Kohlberg. En ella, el autor propone una moral universal que busca la justicia y dignidad para todas las personas más allá de lo establecido socialmente y que corresponde únicamente a los grandes líderes morales que han trascendido a la historia.

Nosotros creemos que existen otros caminos hacia la trascendencia que no incluyen necesariamente al “objeto lejano” pero si implican la idea de traspasar un legado después de la muerte. Este legado que puede ser de diversas clases es el que sobrevive a la muerte física del creador y que por tanto conectaría a la persona en la fantasía con la sensación de trascender a las generaciones y en el tiempo.

Si bien hemos intentado acercarnos desde el psicoanálisis a la trascendencia, creemos también importante integrar algunas posiciones expuestas por otras disciplinas como la filosofía y la psicología existencial para comprender mejor el tema.

Según la filosofía existencial, la búsqueda de sentido o propósito en la vida surge como un proyecto únicamente personal que cada individuo deberá resolver de un modo particular y distinto. Según Sartre (1992) la capacidad para tomar decisiones y embarcarse en un proyecto personal implica necesariamente la libertad para tomar las propias decisiones sin influencias externas. Entonces, si a lo largo de nuestro estudio hemos propuesto lo intersubjetivo como el elemento

conector y organizador de lo saludable, nos vemos atrapados en una aparente contradicción.

De hecho, varios filósofos como Sartre (1992; Dyrud, 1984) se opusieron en su época fuertemente al psicoanálisis al considerarlo como una teoría basada en la compulsión a la repetición y no en la libertad humana. San Agustín por ejemplo, propuso que las personas por esencia somos libres y responsables de nuestras acciones debido al libre albedrío; y por tanto la libertad es lo opuesto a la compulsión, (Hume, en Gaarder, 1997). Heidegger (1996) por su parte, consideraba que la persona es autónoma para construir el mundo de maneras ilimitadas, sin embargo paradójicamente se encuentra atado a esa libertad, pues las personas al constituirse como responsables para elegir y crear su destino, no solamente se convierten en autores de sus éxitos sino también de sus fracasos.

Nosotros consideramos que una persona saludable puede embarcarse en proyectos y decisiones personales. Sin embargo para llegar a este punto, primero tuvo que desarrollarse a partir una base intersubjetiva, la cual se expresa en las diversas interiorizaciones de las figuras significativas y acompañantes. Entonces por más que la búsqueda de trascendencia es individual y solitaria, la base intersubjetiva sigue acompañando a la persona, dándole seguridad y apoyo a partir de los modos de funcionamiento y las representaciones incorporadas a lo largo la vida.

Por ello, coincidimos con Fiorini (1995) en que la búsqueda de trascendencia parte de la capacidad de psiquismo creador para salir del vacío y construir significaciones llenando la nada con sentido. Este movimiento enriquecedor que puede ser llamado “objetalizante”, es para nosotros la máxima expresión de autenticidad y libertad que parte del gesto espontáneo.

“Las experiencias de la vida en un campo [de concentración] demuestran que el hombre tiene capacidad de elección. (...) El hombre puede conservar un vestigio de la libertad espiritual, de independencia mental, incluso en las terribles circunstancias de tensión psíquica y física. (...) al hombre se le puede arrebatar todo menos una cosa: la última de las libertades humanas – la elección de la actitud personal ante un conjunto de circunstancias. Para decidir su propio camino. (...) Es esta libertad espiritual, que no se nos puede arrebatar, lo que hace que la vida tenga sentido y propósito”.

(Frankl, 1996)

Retomando el cuerpo de la investigación, en la presente propuesta hemos pretendido elaborar una integración de aquellos aspectos que fomentan lo saludable desde los potenciales y el bienestar. Nosotros consideramos que la salud incluye mucho más que la ausencia de síntomas y desde esa perspectiva nos embarcamos en la búsqueda de la comprensión de lo saludable.

Propusimos un modelo organizador compuesto por cuatro ejes, los cuales se encuentran necesariamente relacionados entre sí y responden a su vez al desarrollo cronológico del individuo. El primer eje, la Representación Integrada del Sí mismo, está basado en la diferenciación e integración del Sí mismo como esquema corporal y como identidad. Creemos que a través del proceso continuo de separación – individuación así como el acompañamiento sostenedor de Otros

significativos, la persona saludable tenderá a su progresiva diferenciación y afirmación como ser separado que desea y crece.

El segundo organizador, Relaciones significativas con Otros, incluye el apego seguro, la capacidad de amar y la empatía. Para nosotros, el desarrollo saludable es necesariamente intersubjetivo: gracias al acompañamiento constante y devolución reflexiva de Otros la persona encontrará el apoyo y ayuda que necesita para seguir creciendo. Esta sensación de ser entendido, apoyado y querido fomentará a su vez en el individuo la empatía, el apego seguro y la capacidad de amar a otros.

Por otro lado, propusimos las Funciones Regulatorias Efectivas y Disponibles como el tercer eje organizador. En éste, se planteó las diversas cualidades que ayudan a la persona saludable a adaptarse a su medio, así como a manejar las diversas demandas internas y externas. Éste eje está conformado por el contacto con la realidad, el predominio de defensas secundarias y flexibles, y la adaptación y regulación de impulsos, demandas superyoicas, recursos y afectos.

Finalmente, presentamos el Crecimiento Personal como el último eje organizador, el cual incluye la capacidad de disfrutar sin culpa, la creatividad como gesto espontáneo y la búsqueda de trascendencia. El Crecimiento Personal, implica la disposición al crecimiento y maximización de los propios potenciales en servicio del Otro de modo tal que se produce una sensación de trascendencia y autenticidad.

A través de la presente investigación hemos pretendido entonces reorganizar la visión tradicional sobre lo Saludable en el psicoanálisis. Consideramos que nuestra propuesta puede brindar aportes significativos a la teoría psicoanalítica al rescatar y resaltar los potenciales y la sensación de

bienestar como parte importante y necesaria en la salud. En ese sentido, pensamos que la resolución de los conflictos y el manejo de los síntomas son condiciones necesarias mas no suficientes para lo saludable, pues no se puede hablar de salud si es que no se incluyen los potenciales como motor de todo crecimiento.

Nosotros creemos que el psicoanálisis como disciplina que busca comprender y rescatar la complejidad del ser humano no se puede limitar a los cambios estructurales y disminución de síntomas como metas terapéuticas únicas. De hecho muchos analistas toman como señales de avance que sus pacientes puedan disfrutar, jugar o ser más auténticos. Tal vez el haber planteado estos indicios – muchas veces implícitos en la clínica – en un cuerpo teórico organizado, nos ayude a ser más concientes de lo que entendemos y esperamos realmente en la salud.

Así mismo, este modo de comprensión de lo saludable pueda servir quizá de guía para plantearse nuevos temas de investigación así como desarrollar programas de evaluación e intervención para fomentar lo saludable en las personas y en general en la sociedad.

Sin embargo cabe considerar que el modelo presentado está centrado en una perspectiva cultural e histórica determinada lo cual podría sesgar el modo cómo se ha integrado y concebido. Tomando en cuenta la cualidad dinámica y móvil de lo saludable, sería importante en un futuro realizar otros estudios que incluyan elementos transculturales, sociales e históricos.

Referencias Bibliográficas

Abraham, K. (1924) *Character formation on the genital level of libido-development* Selected Papers New York: Basic Books, 1973 pp. 407-417

Ainsworth, M. D. S. (1969). *Object relations, dependency and attachment: A theoretical review of the infant-mother relationship*. Child Development, 40, 969-1025.

_____. (1985). Attachments across the lifespan. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 61, 792-812.

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Alizade, A.M. (2002) *Lo Positivo en Psicoanálisis*. México DF: Lumen

_____. (1995) *Clínica con la Muerte*: Buenos Aires: Amorroutu.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth Edition New York: Masson.

Antonovsky, A. (1991). The structural sources of salutogenic strengths. En C. L. Cooper, y R. Payne, *Personality and Stress: individual differences in the stress process* (pp. 67-104). Chichester: John Wiley & Sons.

Anzieu, D. (1993). *Psicoanálisis del Genio Creador*. Buenos Aires, Paidós, 1978.

_____. (1994). *El Yo-Piel*. Biblioteca nueva, Madrid. (Traducido por S. Vidaurrazaga)

Ariete, S (1964) The Rise of Creativity: From Primary to Tertiary Process. *Contemp. Psychoanal* 1:51

_____. (1976) Creativity. *The Magic Synthesis*. Nueva York, Basic Books

- Balint, M. (1952) On Love and Hate. *International Journal of Psychoanalysis*, 33:355
- _____. (1953) *Primary Love and Psychoanalytic Technique* New York: Liveright Publishing Corp.
- Bellak L., Goldsmith L. (1993) *Ego functions assessment*. Nueva York: John Wiley;
- Beres, D., Arlow, J. (1974) Fantasy and identification in empathy *Psychoanalytic Quarterly*. 43 26–50
- Bergmann (1988) Freud's Three Theories Of Love In The Light Of Later Developments. *Journal of American Psychoanalytic Association*., 36:653
- Bolognini, S. (1997). Empathy And 'Empathism'. *International Journal of Psychoanalysis*., 78:279-293.
- Bowlby, J (1979) *Vinculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. (Traducido por A. Guerra) , 1986. Ediciones Morata S.A: Madrid
- _____. (1958) The nature of the child's tie to the mother *International Journal of Psychoanalysis*. 39 350
- _____. (1960) Separation Anxiety. *Internacional Psychoanalytic Association*. Mar-Jun;41:89-113.
- _____. (1969). *Attachment and Loss, Vol. 1: Attachment*. London: Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.
- _____. (1973). *Attachment and Loss, Vol. 2: Separation: Anxiety and Anger*. London: Hogarth Press and Institute of Psycho-Analysis.
- _____. (1980). *Attachment and Loss, Vol. 3: Loss: Sadness and Depression*. London: Hogarth Press and Institute of Psycho-Analysis.
- _____. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
- Brazelton, T.B., & Nugent, J.K. (1995). *The Neonatal Behavioral Assessment Scale*. Mac Keith Press, Cambridge.
- Brody, M. (1950) The Meaning Of Laughter. *Psychoanalytic Quarterly*., 19:192
- Brody, S. (1981) The Concepts Of Attachment And Bonding. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 29:815 (Apa)
- Burnstein, N. (1990). *Goce*. Madrid: Siglo Veintiuno.

- Callois, R. (1967) *Los juegos y los hombres*. Fondo de Cultura Económica: México
- Camus, A. (1951) *El Hombre Rebelde*. Editorial Losada, S.A: Buenos Aires, 2004
- Canguilhem, G. (1998). *The normal and the pathological* (Traducido por D. Reidel). New York: Zone Books. (Original publicado en 1966.)
- Castoriadis, C. (2002) *Figuras de lo Pensable (las encrucijadas del laberinto IV)*. México D:F.: Fondo de Cultura Económica.
- _____. (1989) The state of the subject today. *Amer. Imago* 46 371–412
- Casullo, M.M., Castro, A. (2000). Evaluación del bienestar psicológico en estudiantes adolescentes argentinos. *Revista de Psicología de la PUCP*, XVIII (1), 36- 67.
- Coderch, J. (1982). *Psiquiatría Dinámica*. Barcelona: Herder.
- Colarusso, C. (1993) Play in Adulthood—A Developmental Consideration. *Psychoanalytic Study of the Child* , 48:225
- Cooper, D. (1971). *Psiquiatría y antipsiquiatría*. Buenos Aires: Paidós.
- Cubas, M. (2003). *Bienestar Psicológico, Bienestar Subjetivo y Rendimiento Académico en un grupo de Estudiantes Universitarios* (Tesis de Licenciatura, Universidad de Lima).
- Davison, G.C. & Neale, J.M. (1997). *Abnormal psychology* (7th ed.). New York, NY: John Wiley & Sons, Inc.
- DeNeve, K., Cooper, H. (1998) The happy personality: a meta análisis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychology Bulletin*. 124. 197- 229
- Dyrud, J. (1984) Sartre and Psychoanalysis—What We can Learn from a Lover's Quarrel. *Contemp. Psychoanal.*, 20:230-243
- Emde, R. (1983) The Prerepresentational Self and Its Affective Core. *Psychoanalytic Study of the Child* , 38:165 (PSC)
- Erikson, E. (1976). *Infancia y Sociedad* (Traducido por N. Rosenblatt). Buenos Aires: Hormé.
- Fast, I. (1970) A Function Of Action In The Early Development Of Identity. *International Journal of Psychoanalysis* 51:471 (Ijp)
- Fiorini, H. (1995) *El psiquismo creador*. Buenos Aires, Paidós.

- Fonagy, P. (1999) *Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría Trabajo* presentado en el "Grupo psicoanalítico de discusión sobre el desarrollo", reunión de la Asociación Psicoanalítica Americana, Washington DC, 13 de Mayo de 1999.
- Fonagy, P. et al. (2002). *Affect regulation, mentalization and the developmetn of the self*. New York: Other Press.
- Foucault, M. (1976). *Historia de la Locura en la Época Clásica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica. (Original publicado en 1964.)
- Frankl, V. (1996). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder.
- Freud, A. (1936) *El Yo y los Mecanismos de Defensa*. Editorial Paidós. México D.F, 1995.
- Freud, S. (1911) Formulierungen über die zwei Prinzipen des Psychischen Geschehens.. *Gesammelte Werke* Vol. VIII. Fischer: Frankfurt, 1999
- _____. (1920) Vorlesungen zur Einführung in die psychoanalyse. *Gesammelte Werke* Vol. XI. Fischer: Frankfurt, p 472/ 476, 1999
- _____. (1923) Das Ich und das Es. *Gesammelte Werke* Vol. XV Fischer: Frankfurt, 1999
- _____. (1924) Der Realitätverlust bei Neurose und Psychose. *Gesammelte Werke* Vol. XIII Fischer: Frankfurt p. 365, 1999
- _____. (1924) Der Untergang des Ödipuscomplex. *Gesammelte Werke* vol XIII Fischer: Frankfurt p. 399, 1999
- _____. (1924) Kurzer Abriss der Psychoanalyse *Gesammelte Werke* Vol. XIII Fischer: Frankfurt p. 422, 1999
- _____. (1927) Der Humor. *Gesammelte Werke* Vol. XIV Fischer: Frankfurt p. 388, 1999
- _____. (1935) Die Endliche und unendliche Analyse *Gesammelte Werke* Vol. XIII Fischer: Frankfurt p. 365, 1999
- _____. (1905) *Bruchstück einer Hysterie– Analys*) *Gesammelte Werke* Vol. V Fischer: Frankfurt, 1999
- _____. (1915) Trieb und Tribschicksale *Gesammelte Werke* Vol. XIV Fischer: Frankfurt, 1999
- Fromm, E. (1998). *El miedo a la libertad*. Barcelona: Paidós.
- Furer, M. (1967) Some developmental aspects of the superego *International Journal of Psycho-Analysis* 48 277

- Gaarder, J. (1997). *El mundo de sofía* [Programa de computación]. Madrid: The Sohpie's Worls Consortium.
- Green, A. (1996) Notas sobre procesos terciarios. En *La metapsicología revisitada*. Buenos Aires: Eudeba., 1972
- Greenacre, P. (1958) *Early physical determinants in the development of the sense of identity*. In *Emotional Growth* Vol. I. New York: Int. Univ. Press, 1971 pp. 113– 144
- Greenson, R. R. (1960) Empathy and its vicissitudes *International Journal of Psychoanalysis*. 41 418–424
- _____. (1960) Empathy and Its Vicissitudes *International Journal of Psychoanalysis*.. XLI pp. 418-424
- Greenspan, S. (1997) *El crecimiento de la mente*. Madrid: Paidós.
- Grossman, K. E., Grossmann, K., & Schwan, A. (1986). Capturing the wider view of attachment: A reanalysis of Ainsworth's Strange Situation. In C. E. Izard & P. B. Read (Eds.), *Measuring emotions in infants and children* (Vol. 2, pp. 124-171). New York: Cambridge University Press.
- Grotberg, E. H.(1995) Nuevas tendencias en resiliencia. En *Resiliencia. Descubriendo las propias fuerzas*. Melillo, A.& Suarez Ojeda, E.(comp.) Buenos Aires, Paidós, 2001
- _____. (1997): “La resiliencia en acción”, trabajo presentado en el Seminario Internacional sobre Aplicación del Concepto de Resiliencia en Proyectos Sociales, Universidad Nacional de Lanús, Fundación Van Leer, 1997.
- Grotjahn, M. (1961) *Psicología del Humorismo*. Madrid: Morata, 1957
- Gurtler, G (2003). The activity of happiness in aristotle's ethics. *The Review of Metaphysics*, 56 (4), 801.
- Hartmann, H. (1978) *Ensayos sobre la Psicología del Yo*. Traducido por Daniel Jiménez. FCE: México DF, 1964.]
- _____. (1939) Psychoanalysis and the concept of health *International Journal of PsychoaAnalysis* 20 308–321
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.
- Heidegger, M. (1996). *Being and time* (Traducido por J. Stambaugh). Nueva York: Suny. (Original publicado en 1953.)

- Hofer, M. A (1995) *Hidden regulators: Implications for a new understanding of attachment, separation and loss*. In S. Goldberg, R. Muir, & J. Kerr (Eds.), Attachment Theory: Social, Developmental, and Clinical Perspectives (pp. 203– 230). Hillsdale, N.J.: The Analytic Press, Inc
- Hoffer, W. (1950a) Oral Aggressiveness and Ego Development, *International Journal of Psychoanalysis*. XXXI
- _____. (1949) Mouth, Hand and Ego Integration, *International Journal of Psychoanalysis* 1949
- _____. (1950b) Development of the body ego *Psychoanal. Study Child* 5 18-24
- Huizinga, J (1957) *Homo Ludens*. Buenos Aires: Emecé
- Jacobson, E. (1946) The Child's Laughter—Theoretical And Clinical Notes On The Function Of The Comic. *Psychoanal. St. Child*, 2:39 (Psc)
- Joffe, W. & Sandler, J. (1968) Comments on the Psychoanalytic Psychology of Adaptation, with special reference to the role of affects and the representational world. *International Journal of Psychoanalysis* 49:445.
- Joffe, W. et al. (1965) Notes On Pain, Depression, And Individuation. *Psychoanal. St. Child*, 20:394 (Psc)
- Jones, E. (1942) The concept of a normal mind. *Internacional journal of Psychoanalysis*. (23) 1.
- Kanzer, M (1957) Acting Out, Sublimation And Reality Testing *Journal Of The American Psychoanalytic Association*, [5](#):663-6841
- Kernberg, O. (1977) Boundaries And Structure In Love Relations. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 25:81 (APA)
- _____. (1998) *La Teoría de Las Relaciones Objetales y el Psicoanálisis Clínico*. México. D.F: Paidós
- _____. (1974) Barriers to falling and remaining in love *Journal of American Psychoanalytic Association* 22 486–511
- _____. (1976) *Borderline Conditions and Pathological Narcissism* New York: Aronson.
- Kierkegaard, S. (1985). *Fear and Trembling* (Traducido por A. Hannay). London: Penguin Group. (Original publicado en 1843.)
- _____. (1980). *The Sickness unto Death* (Traducido por H. Hong). New Jersey: Pinceton University Press. (Original publicado en 1849.)

- Klaus, M. H. & Kennell, J. H. (1976) *Maternal-Infant Bonding* St. Louis: Mosby.
- Klein, Isaacs, Riviere, Heimann, (1983) *Desarrollos en psicoanálisis*. Hormé: Argentina. Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del lactante. (177)
- _____. (1937) Amor, Culpa y Reparación. En *Obras Completas de Melanie Klein*. Madrid: Herder, 1950
- _____. (1952) Observación de Infantes. En *Obras Completas de Melanie Klein*. Madrid: Herder, 1950
- _____. (1952) Desarrollo del Psiquismo. En *Obras Completas de Melanie Klein*. Madrid: Herder, 1950
- _____. (1960) Sobre Salud Mental. En *Obras Completas de Melanie Klein*. Madrid: Herder, 1950
- _____. (1957) Envidia y Gratitude. En *Obras Completas de Melanie Klein*. Madrid: Herder, 1950
- _____. (1937) Amor, Culpa y Reparación. En *Obras Completas de Melanie Klein*. Madrid: Herder, 1950
- _____. (1959) Nuestro mundo Adulto y sus orígenes en la infancia En *Obras Completas de Melanie Klein*. Madrid: Herder, 1950
- Kohut, H. (1959) Introspection, empathy, and psychoanalysis: an examination of the relationship between mode of observation and *Journal of American Psychoanalytical Assesment* 7 459–483
- _____. (1982) Introspection, Empathy, And The Semi-Circle Of Mental Health. *Int International Journal of PsychoaAnalysis.*, 63:395 (Ijp)
- _____. (1971) *The Analysis of the Self* New York: International Universities Press.
- _____. (1975) Remarks about the formation of the self. *In The Search for the Self* ed. P. Ornstein. New York: Int. Univ. Press, pp. 737–770
- _____. (1977) *The Restoration of the Self* New York: Int. Univ. Press.
- Kris, E. (1940) Laughter as an Expressive Process *International Journal of PsychoaAnalysis*. XXI pp. 314-341
- _____. (1955) *Neutralization and Sublimation: Observations on Young Children* In: *The Psychoanalytic Study of the Child* Vol. X New York: International Universities Press, Inc., pp. 30-46

- Lacan, J.(1949) The Mirror-Stage as Formative of the I as Revealed in Psychoanalytic Experience, transl. into English by Alan Sheridan in *Écrits: A Selection*, W.W. Norton & Co., New York, 1977.
- _____. (1973) God and the Jouissance of the Woman from *Encore — Seminar XX*, transl. into English by J. Rose in J. Mitchell and J. Rose (eds.), *Feminine Sexuality*, W.W. Norton & Co., New York, 1982.
- Laing, R. D. (1964). *El yo dividido*. Madrid: FCE.
- Laplanche, J. & Pontalis, J.- B (1996) *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Luthar, S., Cicchetti, D., Y Becker, B (2000) The construct of the resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*. 71 (3): 543-558
- Mahler, M. (1965) On the significance of the normal separation-individuation phase *In Drives, Affects, Behaviour ed. Max Schur*. New York: Int. Univ. Press, pp. 161–169
- Mahler, M. et al (1982) Thoughts On The Emergence of The Sense of Self, with Particular Emphasis on The Body Self. *Journal of American Psychoanalytical Assesment.*, 30:827
- Mahler, M. and La Perriere, K. (1965) "Mother-child interaction during a separation-individuation." *Psychoanalytic Quarterly*. 34
- Mahler, M. et al. (1963) Certain Aspects Of The Separation-Individuation Phase. *Psychoanalytic Quarterly.*, 32:1 (Paq)
- Maslow, A. H. (1970). *Motivation and Personality*. New York: Harper and Row.
- May, R. (1967). *Existencia*. Madrid: Coredos.
- McDougall, J. (1998). *Las Mil y una Caras de Eros*. Buenos Aires: Paidós
- McWilliams, N. (1994) *Psychoanalytic Diagnosis*. Guildford Press: New York.
- Melillo, A. (2001) *Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas* – Paidós: Buenos Aires
- Mitchell, S.A. (1993) Multiple selves, singular self. In: *Hope and Dread in Psychoanalysis*. New York: Basic Books, pp. 95-122
- Mora, G. (1985). *History of psychiatry*. In H.I. Kaplan & B.J. Sadock (eds.), *Comprehensive text book of psychiatry* (pp. 2034– 2054). Baltimore

- Moran, G. (1987) Some Functions of Play and Playfulness—A Developmental Perspective. *Psychoanalytic Study of the Child*, 42:11 (PSC)
- National Mental Health Association (2003) National Mental Health Association. Consultado en 07, 26, 03 en <http://www.nmha.org>.
- Ogden, T. (1983) The concept of internal object relations. *Internat. J. Psycho-Anal.*, 64: 227-241.
- Olden, C. (1958) Notes on the development of empathy. *Psychoanalytical Study of the Child* 13 505–518
- Piaget, J. (2000). *La formación del Símbolo en el Niño* (Traducido por J. Gutierrez). México D.F: Fondo de Cultrua Económica. (Original publicado en 1959.)
- Pinchas, N (1978) Insight And Creativity. *International Journal of Psychoanalysis.*, 26:717 (Apa)
- Plaut, E. A. (1979). Play and adaptation. *Psychoanalytic Study of the Child*, 34, 217– 232.
- Poland, W. S. (1990) The gift of laughter: on the development of a sense of humor in clinical analysis *Psychoanalytical Quarterly* 59 197– 225
- Rapaport, D. (1952). A theoretical analysis of the superego concept. En *Collected Papers of David Rapaport*, ed. M.M. Gill. Nueva York: Basic Books, 1967, pp. 461-469.
- _____. (1951) The autonomy of the ego. *Bull. Menninger Clin.* 15
- Real Academia Española (1739). *Diccionario de la lengua castellana*. Consultado en abril, 15, 2004 en www.rae.es.
- _____. (1869). *Diccionario de la lengua castellana*. Consultado en abril, 15, 2004 en www.rae.es.
- Roudinesco, E. & Plon, M. (1998) *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Ryan, R., Deci, E. (2001). On happiness and human potentials: a review of research on eudaimonic and hedonic well- being *Annual review of psychology*, 52, 141- 166.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.

- Sandler, J. & Rosenblatt, B. (1962) The concept of the representational world
Psychoanal. Study Child 17 128–146
- Sandler, J. (1960). The Background of Safety. *International Journal of Psychoanalysis*, 41:352.
- _____. (1961) The Hampstead Index As an Instrument of Psycho-Analytic Research (read to the 22nd *International Psycho-Analytical Congress, Edinburgh*) *Int. J. Psa.* (in press).
- Sandler, J., Freud, A. (1985). *The Analysis of Defense: The Ego and the Mechanisms of Defense Revisited*. Nueva York: International Universities Press.
- Sandler, J., Joffe, W. (1966) On Skill and Sublimation. *Journal of the International Psychoanalytic Association* Apr;14(2):335-55
- Sartre, J. (1948) *Portrait of the Anti-Semite* Secker: London
- _____. (1992). *Being and nothingness* (Traducido por H. Barnes). Nueva York: WSP. (Original publicado en 1943.)
- Schafer, R. (1959) Generative empathy in the treatment situation *Psychoanalytical Quarterly* 28 347–373
- _____. (1968) *Aspects of Internalization* New York: International Universities Press, Inc.
- Schechter, D. (1979) The Loving And Persecuting Superego. *Contemp. Psychoanal.*, 15:361 (CPS)
- _____. (1983) Notes on the Development Of Creativity. *Contemp. Psychoanal.*, 19:193 (CPS)
- Schilder, P. (1923) *Imagen y apariencia del cuerpo humano*, Buenos Aires: Paidós, 1977.
- Schmideberg, M. (1938) After the analysis... *Psychoanalytic Quart.*, 7
- Seelig, B., Lisa S. Rosof “Normal and pathological altruism” Publicado originalmente en [Journal of the American Psychoanalytic Association, Vol. 49, No. 3, p. 933-959 \(2001\)](#) Copyright del JAPA. Traducido y publicado con autorización de The American Psychoanalytic Association.
- Segal, H. (1999) *Introducción a la obra de Melanie Klein*. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.

- Solnit, A. (1987). A psychoanalytic view of play. *Psychoanalytic Study of the Child* 42:205–219.
- Spitz, R. (1965) *The first Year of Life*. New York:International University Press
- _____. (1957) *No and Yes*, New York:International University Press
- Sroufe, L. A. (1979). Socioemotional development. In J. Osofsky (Ed.), *Handbook of Infant Development* (pp. 462-516). New York: Wiley.
- _____. (1996). *Emotional development: The organization of emotional life in the early years*. New York: Cambridge University Press.
- Stern, D. (1985). *The Interpersonal World of the Infant*. New York: Basic Books.
- Stern, S. (2002) "The self as a relational structure. A dialogue with Multiple-Sí Self Theory" fue publicado originalmente en [*Psychoanalytic Dialogues*, 12 \(5\): 693-714, 2002](#). The Analytic Press, Inc. (Traducción: M. González Baz).
- Stoller, R. J (1976) Primary Femininity. *J. American Assessment*, 24 (Suppl) 59 78
- Strümpfer, D. (2002). Psychofortology: Review of a new paradigm marching on. Consultado en Abril, 2003 en <http://general.rau.ac.za/psych/Reading/PSYCHOFORTOLOGY.doc>
- Vaillant, G. (1977). *Adaptation to Life*. Boston: Little, Brown.
- Waelder, R. (1930) The principle of multiple function: observations on overdetermination In *Psychoanalysis: Observation, Theory, Application* e. S. A.
- Weiss, J. (1990) The Centrality of Adaptation. *Contemporary psychoanalysis* 26:660.
- Werner, E. E., & Smith, R. S. (1982). *Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth*. New York: McGraw-Hill.
- Winnicott, D (1967) *El Concepto del Individuo Sano*. En, Winnicott et al (1978). Donald W. Winnicott. Colección "lo Inconsciente". Buenos Aires: Trieb, 1978.
- _____. (1958). *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Traducido por Jordi Beltrán. Paidós: Barcelona, 1999.
- _____. (1965) *Los Procesos de Maduración y el Ambiente Facilitador*, Buenos Aires: Paidós, 1999

- _____. (1971) *Juego y Realidad*. Traducido por Floreal Mazía. Gedisa: Barcelona, 1996.
- _____. (1988). *La Naturaleza Humana*. Traducido por Jorge Piatigorsky. Paidós: Buenos Aires, 1993.
- _____. (1989a). *Exploraciones Psicoanalíticas I*. (Traducido por L. Wolfson). Paidós: Buenos Aires, 2000.
- _____. (1989b). *Exploraciones Psicoanalíticas II*. (Traducido por L. Wolfson). Paidós: Buenos Aires, 1993.
- World Health Organization (2001). Mental health is not just the absence of mental illness. Consultado en 09,30,03 en <http://www.who.int/inf-fs/en/fact220.html>.
- Wright, G. (1991) Mental health nursing *Senior Nurse* 11(2) March/April.
- Yalom, I. (1980). *Existential Psychotherapy*. California: Basic Books.
- Zukerfeld, R. (2002) Psicoanálisis, vulnerabilidad somática y resiliencia. IV Congreso Argentino de Psicoanálisis, Rosario, Mayo 2002_Melillo, A., Suárez Ojeda, E. N. (comp.) (2001) *Resiliencia. Descubriendo las propias fuerzas*. Buenos Aires, Paidós, p. 87