

La gran contribución de la teoría del apego a la Psiquiatría y a la Psicoterapia

Autor

Miguel Cherro

Profesor de Psiquiatría de niños y adolescentes. Facultad de Medicina, Universidad de la República. Psicoterapeuta Psicoanalítico.

Correspondencia:

macherro@mednet.org.uy

Resumen

Se describe el papel cumplido por la referencia psicoanalítica en el devenir constitutivo de la Clínica Psiquiátrica de niños y adolescentes y se analiza las luces y sombras producidas en ese proceso.

Se menciona luego la teoría del apego como referente de un modelo de trabajo preocupado por operacionalizar conceptos, basarse en investigaciones científicas y demostrar resultados, de cuyos conocimientos se puede extraer nociones aplicables en el área de la salud mental, tanto en la promoción como en la prevención y en la psicoterapia. En tal sentido se realiza una breve reseña de recientes modalidades preventivas y terapéuticas derivadas de las últimas investigaciones.

Por último, a punto de partida de un caso particular, que no constituyó propiamente una psicoterapia, aunque sí tuvo lo que se hizo cierto alcance psicoterapéutico, se ilustra una aplicación de los conceptos derivados de la teoría del apego.

Palabras clave

*Empatía
Apego
Función reflexiva
Fortaleza emocional
Psicoanálisis
Psiquiatría de niños y adolescentes
Psicoterapia
Memoria procedural*

Summary

This paper describes the role played by psychoanalysis in the development of the Clinic of child and adolescent Psychiatry in our country and discusses the highlights and shadows of this process.

It then mentions attachment theory as a working model characterized by operationalizing concepts, to support its conclusions on scientific research and to evaluate outcomes. The knowledge arising from research on attachment can be used in the mental health area both in the promotion, prevention and psychotherapy. Related to this issue it presents a brief review of preventive and therapeutic procedures derived from the latest research.

Finally, starting from a particular case that was not itself a psychotherapy but had psychotherapeutic effects, it illustrates an application of the concepts derived from attachment theory.

Keywords

*Empathy
Attachment
Reflective function
Resilience
Psychoanalysis
Child and adolescent Psychiatry
Psychotherapy
Procedural memory*

Me propuse responder las interesantes e importantes preguntas que el coordinador de los artículos de la Revista nos ha planteado, desde una experiencia de cuarenta años en el campo de la Salud Mental, referida al área del trabajo con niños y adolescentes.

Tengamos en cuenta que en nuestro país la especialidad de Psiquiatría de niños y adolescentes en sus comienzos mostró una impronta fundamentalmente psicoanalítica. Eso hizo que el perfil psiquiátrico propiamente dicho debiera incorporarse de manera trabajosa. En los inicios tuvimos una gran influencia de la psiquiatría francesa, en la cual, a su vez, predominaba el pensamiento psicoanalítico. En la década de los setenta se creó el postgrado y hubo que buscar un modelo de encare clínico que no teníamos y para eso seguimos los criterios que utilizaba Anna Freud en su clínica de Hampstead, en Londres y que estaban plasmados en el libro “Normalidad y patología”¹. Esa fue la puerta de entrada del pensamiento psicoanalítico anglosajón que ya insinuaba en sus formulaciones cierto afán sistematizador. Luego durante algunos años se usó la clasificación del Group for the Advancement of Psychiatry (GAP)².

Posteriormente, se tradujo la clasificación francesa de trastornos mentales³ creada por Ph. Jeammet y R. Mises, que estaba basada en una psicopatología psicoanalítica y de la cual la Clínica de Psiquiatría de niños y adolescentes fue el grupo latinoamericano autorizado a traducirla al español y a utilizarla y transmitir los resultados de esa aplicación en un simposio que se realizó en París⁴.

En la década de los noventa, al incorporarse el DSM, se produjo un encontronazo entre quienes pretendían seguir ciñéndose a un estricto encare psicoanalítico y aquellos que procuraban plegarse a la corriente internacional de los que buscaban un acuerdo descriptivo de los trastornos psiquiátricos para poder producir trabajos científicos sobre la base de criterios de clasificación compartidos. Los primeros argumentaban enfáticamente que lo importante era la comprensión integral del paciente y los segundos respondían que una cosa no quitaba la otra y que los dos enfoques podían complementarse. Por aquellos tiempos se publicó en la Psychiatrie de l'enfant⁵ un artículo escrito, entre otros, por Tordjman

y P. Ferrari, ambos psicoanalistas, con la intención de encontrar los puntos comunes y las divergencias entre la escuela norteamericana y la francesa. Los autores llegaron a la conclusión de que desde el punto de vista clínico había una gran coincidencia de encares, pero que cuando se entraba en la discusión psicopatológica los caminos divergían.

Para ese entonces la Clínica ya mostraba un enfoque más diverso en términos de posturas teóricas de referencia y el perfil procuraba día a día acentuar su identidad psiquiátrica, en tanto la psicopatología de base se hacía más ecléctica, la tolerancia mutua de las diversas escuelas era mayor y el respeto hacia los hallazgos de las neurociencias era cada vez más marcado.

Como síntesis de la etapa inicial del proceso de construcción de la identidad de la Psiquiatría de niños y adolescentes, en nuestro país reconozco entonces la incidencia que tuvo en ella el pensamiento psicoanalítico que con sombras y luces acompañó su crecimiento y desarrollo.

Como **sombras** señalo:

- la despreocupación por la precisión diagnóstica y el esquematismo anacrónico de los diagnósticos, basado en una concepción a esa altura perimida en el mundo científico internacional;
- el sesgo de concebir como psicopatología única y absoluta la psicopatología psicoanalítica;
- el desconocimiento y rechazo de otras formas de pensamiento; y
- la resistencia a evaluar resultados con criterios científicos y promover investigaciones de casos.

Como **luces** destaco:

- la importancia asignada tanto a la relación médico-paciente como a la relación bebé-cuidadores significativos en el curso de todo el desarrollo y en el enfoque de los modelos atencionales y psicoterapéuticos;
- la consideración especial otorgada en el marco de esa relación a los fenómenos transferenciales y contratransferenciales;

- la comprensión integral del paciente más allá de la descripción pormenorizada de síntomas que con un criterio descriptivo compartido por otras comunidades científicas se pueda hacer;
- la posibilidad de abordar y resolver los conflictos que, al ser la disciplina por naturaleza multidisciplinaria y depender del funcionamiento en equipo, las dinámicas de grupo suelen generar; y
- sobre todo a expensas de la influencia creciente que generó la entrada en escena del pensamiento psicoanalítico anglosajón, el mostrar una actitud empática y receptiva hacia los hallazgos científicos de las neurociencias, enfatizar la necesidad de los estudios de casos y jerarquizar la preocupación por evaluar resultados.

Como ejemplo ilustrativo de los cambios señalados antes, respecto al vínculo Psicoanálisis-Psiquiatría, propongo utilizar el periplo seguido en nuestro ámbito por la **teoría del apego** que reproduce, a mi entender en gran medida, lo ocurrido con los encuentros y desencuentros entre aquellas dos orientaciones. Me referiré primero a cómo entiendo que se abrió paso la teoría del apego en nuestra disciplina, luego mencionaré el lugar que ocupa hoy a nivel internacional y por último, ilustraré con un caso particular el tipo especial de trabajo que habilita esa teoría en una de sus dimensiones psicoterapéuticas.

La **teoría del apego** fue descrita por el psicoanalista inglés John Bowlby⁶, que para hacerlo nutrió su formulación con conceptos procedentes, además del Psicoanálisis, de disciplinas como la Etología, la Teoría Cognitiva, la Teoría de los Conjuntos y la Teoría de los Sistemas. Desde sus comienzos la teoría mostró una preocupación concomitante por corroborar las afirmaciones conceptuales que hacía con observaciones o investigaciones y por operacionalizar conceptos.

Así, por ejemplo, la **preocupación materna primaria** descrita por Donald W. Winnicott⁷ encuentra su equivalente en la **disponibilidad emocional** de los apeguistas integrada por dos dimensiones: la *sensibilidad*, que es la capacidad que tiene el cuidador significativo

de desentrañar las necesidades del bebé y la *accesibilidad*, que es estar disponible para el bebé, porque, por ejemplo, una madre deprimida puede ser sensible a las necesidades del bebé pero no estar emocionalmente disponible, es decir, no ser accesible. Tanto la sensibilidad como la accesibilidad se pueden medir, por lo cual la **disponibilidad emocional** resulta un concepto operacionalizable.

La **teoría del apego** desde sus formulaciones iniciales hasta el presente ha promovido una línea sostenida de investigación que, sumada a los hallazgos procedentes de las neurociencias, generó conocimientos utilísimos tanto para entender mejor el desarrollo humano como para enriquecer nuestros recursos clínicos y psicoterapéuticos. Esta teoría proclama la necesidad imprescindible que tiene el bebé humano de tomar contacto con otro ser de la misma especie para acceder a la condición de sujeto. Desde las filmaciones fundantes de Renée Spitz, que nos mostraron la *depresión anaclítica*, hasta las descripciones más recientes a propósito de lo observado en las *guarderías rumanas* con niños a los cuales se proveyó techo, higiene y alimento pero no vínculo personalizado, quedó claro que necesitamos el contacto íntimo y personalizado con otro ser humano para acceder a la condición de sujetos. La conducta de apego es una predisposición de carácter innato que viene al mundo con nosotros por una razón biológica y que se activa y desarrolla en el contacto con otro ser humano que asume el carácter de cuidador significativo en el marco de una relación intersubjetiva. Desde las primeras descripciones se admite que las prácticas de cuidados gestadas en miríadas de interacciones dan lugar a lo que se conoce como **modelos de trabajo interno** (internal working models)⁸ que, al cabo de los años, cuando el ayer bebé pasa a ser padre o madre hoy, sirven de modelo de referencia para criar a sus hijos. También se conoce el proceso que habilita el despliegue de ese tipo implícito de conocimiento como *memoria procedural*.

Se describieron dos objetivos en las conductas de apego: la búsqueda de seguridad y la tendencia a explorar el entorno. Esas dos dimensiones guardan una relación directamente proporcional. Luego, en una revisión crítica de la literatura y las investigaciones sobre el

apego, Peter Fonagy⁹ concluyó que además de esas dos funciones básicas el apego dotaba al ser humano de un sistema decodificador de intenciones que le permite relacionarse con los otros en términos de intencionalidades. El paradigma de este sistema es la **función reflexiva** que para Fonagy es la cualidad que permite a los padres entender la mente de sus hijos y al terapeuta entender la mente de su paciente y que se accede a ella como culminación feliz de un proceso de apego seguro. Otros autores, como por ejemplo Baron-Cohen¹⁰, con diferencias de matices hablan de **teoría de la mente**. Existen pruebas que demuestran que esta **teoría de la mente** o **teoría errónea**, como también se la llama, se establece en el desarrollo del ser humano alrededor de los cuatro años. En los últimos años la investigación sobre las **neuronas espejo** le ha dado una nueva dimensión a estas formulaciones¹¹.

La teoría del apego, que ha ganado tantos adeptos en el ámbito de la Salud Mental y que ha dado lugar a variados enfoques tanto del punto de vista de la observación o la investigación como de la Psicología del Desarrollo y de la Psicoterapia, en un inicio fue mal tolerada por el corpus psicoanalítico y sin embargo bien recibida por las disciplinas de orientación cognitiva. Curiosamente, un autor llamado Moll que Sigmund Freud mencionó en varias de sus obras, describió la pulsión de **contractación** que consistía en la necesidad de tener contacto con la piel de otra persona, lo cual suena bastante parecido a lo que hoy llamamos apego. Pero las citas de Freud que aparecen en dos lugares en los “Tres ensayos de Teoría Sexual...”¹² y reaparecen en “El chiste y su relación con lo inconsciente”¹³ y en “Análisis de la fobia de un niño de cinco años”¹⁴ se acompañan en todos los casos de la aclaración de que Freud no compartía la teoría de Moll. Lo curioso es que Freud mencionara tantas veces a un autor cuya teoría no compartía.

Permítaseme una digresión. Según las citas de Freud, Moll habló de dos impulsos: el de **contractación** que ya vimos y el de **detumescencia**, que sería la espasmódica descarga de naturaleza sexual. Para Moll, en el desarrollo del individuo, aparecía primero el impulso de

detumescencia y luego el de **contractación**. Sin embargo, de acuerdo con lo que va mostrando la investigación, primero se darían las conductas de **apego** y sobre ellas, se instalaría la **sexualización**.

Posiblemente, una de las razones por las cuales la teoría del apego fue en su inicio menospreciada en las tiendas psicoanalíticas sea porque cuestionaba el dualismo pulsional clásico de Freud. Las experiencias de H. Harlow y R. Zimmerman, citados por D. Shaffer¹⁵, con las monas nodrizas de felpa y de alambre jugaron su papel al demostrar que la búsqueda de calor era más importante que la búsqueda de alimento.

Conviene aprovechar este punto para recordar que desde hace años se vienen realizando trabajos de investigación que se proponen comparar los modelos de comunicación entre chimpancés y bebés humanos, con la intención de encontrar las raíces evolutivas de la cooperación humana a través de la observación de conductas de colaboración y ayuda en chimpancés¹⁶. No olvidemos que hay dos elementos estrechamente conectados a la teoría del apego: uno es la metodología de observación y otro es la etología que, como vimos, fue una de las fuentes nutricias de las formulaciones de Bowlby, aunque no la única.

Posteriormente, nuevas investigaciones vinieron a demostrar, por ejemplo, que, entre otras cosas, la calidad del apego condiciona la expresividad de los genes¹⁷ y que el apego seguro favorece la correcta estructuración de la arquitectura del hemisferio derecho del cerebro, que es el que interviene en el enfrentamiento al estrés y también permite que los niveles de cortisol sean liberados en forma adecuada en las situaciones de estrés^{18,19}.

Sabemos que los apegos son **promediables**, es decir, que no constituyen la expresión de un único vínculo exclusivo, sino que representan un promedio de relaciones significativas en las cuales alguna de ellas puede complementar las carencias de alguna otra y son a la vez **modificables**, es decir, no están condenados a una neurosis de destino ni sufren inexorablemente la condena de la repetición. Esta doble característica: ser **promediables** y **modificables** abre un campo particularmente provechoso a la psicoterapia.

Esta, al igual que el establecimiento progresivo de las conductas de apego, se apoya en una serie de eslabones sucesivos que en un continuo de etapas sigue un proceso que podemos esquematizar arbitrariamente diciendo que comienza con la *empatía*, sigue con el *apego seguro*, continúa con la *función reflexiva* y culmina con la *fortaleza emocional*. Quizás convenga aclarar que si bien la *empatía* es una condición innata, no se da de una vez y para siempre sino que depende del marco relacional en el cual se inscribe y madura con el desarrollo cognitivo. Intenté describir de manera pormenorizada los alcances y trascendencias de la empatía, tanto a nivel del desarrollo como de los vínculos interpersonales, ya sean estos del tipo cuidador-bebé o psicoterapeuta-bebé, en un trabajo que preparé para el 2º Congreso de Psicoanálisis “El cuerpo en Psicoanálisis”²⁰. Por otra parte, el *apego seguro* también depende de la calidad relacional en la cual se construya, al igual que la *función reflexiva*, que, como vimos, constituye una de las mayores contribuciones del apego. Digo de paso que me referiré luego a la relevancia que algunos autores otorgan a la *función reflexiva* en las psicoterapias y aun en las supervisiones.

Ahora quiero mencionar el último eslabón de la cadena imaginaria y arbitraria que les propuse y que es la *fortaleza emocional* que habitualmente se conoce con el término inglés *resilience*. Sé que algunas personas apelan a una traducción fonética y utilizan el neologismo resiliencia. Del mismo modo que me rechina la traducción burocrática “empoderamiento” para aludir al término inglés *empowerment*, cuando en español existen fortalecimiento, potenciación o reforzamiento, me rechina la palabra resiliencia, primero porque en español existe la palabra resistencia que, del punto de vista conceptual, fundamentalmente derivado de nociones procedentes de la física, significa lo mismo y segundo porque en esencia no describen, ni la *resilience* inglesa ni la “resiliencia” españolizada, la naturaleza íntima del proceso que pretenden describir, porque dan idea de que la capacidad de sobrellevar con fortuna situaciones tenebrosas depende en forma exclusiva de condiciones inherentes al individuo cuando no es totalmente así, porque la habilidad para navegar “procelosos mares”

sin naufragar surge de un delicado entramado en el cual intervienen no sólo el bebé sino también los cuidadores significativos que en el marco relacional van generando, a través de un clima particular y especial, lo que se conoce como **regulación emocional**, que es un recurso fundamental para alcanzar la buena Salud Mental del individuo en sociedad. Por esas dos razones, prefiero y uso el término *fortaleza emocional*.

Está científicamente demostrado que el establecimiento de un apego seguro es la garantía mayor para generar la cadena de eslabones que culmine con el ansiado logro de la *fortaleza emocional*, consecuencia directa a su vez de la buena **regulación emocional**. Esta última se logra en el marco de la relación de cuidados cuando el adulto, según la descripción de P. Fonagy, adopta una actitud de *espejamiento* (*mirroring*)²¹⁻²³, que consiste en devolver atenuadas con una inflexión lúdica las angustias que el bebé proyecta, lo cual le permite a este sentir que puede hacer frente a las mismas porque se le tornan más tolerables y eso contribuye por un lado a que el mundo externo se vuelva para él más amigable y por otro, a que su *sí mismo* (*self*) y su noción de los otros se consoliden. Conviene recordar la indefensión del recién nacido que mencionaba S. Freud²⁴ y las angustias innombrables que le atribuía D. W. Winnicott²⁵, quien también se refirió a la mirada de la madre como espejo en el cual el bebé se puede ver²⁶. Cuando Winnicott se refirió a esta noción la emparentó con la descripción observacional de J. Lacan del **estadio del espejo**, pero Lacan no legitimó el parentazgo, aunque en lo íntimo del proceso ocurría una alienación prefiguradora e integradora. El fenómeno que describe Fonagy no sería exactamente un *espejamiento* (*mirroring*), en tanto lo que el adulto cuidante devuelve no es la misma imagen que recibe sino otra lúdicamente transformada en algo manejable para el bebé. Para entender esto yo uso una metáfora que puede resultar grosera pero que es ilustrativa. Es como si un bebé proyectara ravioles con tuco. El cuidador no le puede devolver eso tal cual porque lo mataría, ya que el bebé no está biológicamente programado ni preparado para asimilar tal tipo de alimento; entonces, lo que debe hacer el cuidador adulto es transformar eso en una

papilla que el bebé pueda incorporar sin riesgos, a condición de que esa papilla conserve algo de su naturaleza primitiva para que la sienta como propia y no como un elemento extraño ajeno a él. Vale decir, pues, que la regulación emocional como proceso comienza siendo externa y de forma progresiva pasa a constituirse como algo profundamente interno que incluso ratifica e incrementa nuestra condición de ser. Por esa razón para dar cuenta de este intrincado y delicado proceso me gusta decir que empezamos **siendo en otro** a condición que ese otro reconozca nuestra iniciativa sin desnaturalizarla y nos la devuelva como algo transformado que en definitiva nos pertenece porque es algo propio.

Esta manera de ver las cosas resulta afín a una postura psicoterapéutica que privilegie la empatía y procure promover un clima reflexivo. Por lo menos para mí, sensibilizado primero por las lecturas de Winnicott y atraído luego por las conceptualizaciones surgidas en el campo del apego, resultó muy sencillo adherir a esa postura e identificarme con una práctica psicoterapéutica que la representa.

Entiendo que a horcajadas del apego y los hallazgos ligados a él que fueron apareciendo, se produjo un cambio en el enfoque terapéutico que se hizo más integral y menos preocupado por una metapsicología tópica. Así podemos encontrar como modelo representativo de esta orientación terapéutica la seguida inicialmente por Selma Fraiberg²⁷ que luego continuara Alicia Liberman²⁸. Fraiberg, en un trabajo que tiene más de treinta años, postuló la existencia de *fantasmas* que en el psiquismo de los padres pueden operar en contra del establecimiento de vínculos seguros de apego porque distorsionan la relación temprana. Después, Liberman complementó la descripción de Fraiberg al introducir el concepto de los *ángeles* que, al revés de los *fantasmas*, remiten a experiencias positivas de los padres. Los profesionales que trabajan en el programa Early Head Start de los Estados Unidos de Norte América²⁹ insisten en incluir este tipo de abordajes en sus tratamientos. La función del psicoterapeuta, entonces, sería salir al encuentro de los *fantasmas*, desmantelándolos, hasta podríamos decir ahuyentándolos, y procurar encontrar a los *ángeles* para que emerjan y desplieguen sus

virtudes positivas. Es indudable que esta postura supone una visión más integral de la persona y que concede un papel protagónico a la empatía. Este modo de ver las cosas se complementa con una característica del vínculo psicoterapéutico que según algunos autores cambió su modalidad, porque de una psicología preocupada por lo **en** (los sajones dicen **in**) pasó a ser una psicología enfocada a lo **con** (en inglés **with**), es decir una psicología que se deslizó de lo *intrasubjetivo* a lo *intersubjetivo*. Obviamente, lo *intersubjetivo* debe darse en el marco de una relación, pero lo importante además es que esa relación debe cumplir una función modelizadora en cuanto sirve como referencia de manejo en aquellas terapias que incluyen al niño y sus padres y como paradigma de actitud *reflexiva* en todas las terapias. Los autores que trabajan estos aspectos los llevan tan lejos cuando de modelizar se trata, que extienden la preocupación por crear ámbitos reflexivos hasta en las supervisiones^{30, 31}.

Estos cambios de postura técnica se acompañan de reformulaciones de conceptos conocidos desde hace mucho, como es el caso de la **triadificación**, que aparece como referencia clínica en una serie de trabajos que se están llevando a cabo y que tuve oportunidad de apreciar en el último Congreso de la World Association for Infant Mental Health realizado este año en Leipzig, Alemania.

Tradicionalmente los que provenimos del campo psicoanalítico estamos acostumbrados a hablar de la triangulación edípica; incluso, hay autores sobre todo de la escuela de Melanie Klein, que hablan de pasar de la situación 2 a la 3 para significar el pasaje de un vínculo dual con la madre a un vínculo de carácter triangular. El Maestro francés Serge Lebovici gustaba recordar y enfatizar en los congresos internacionales la relevancia de la figura del padre cuando los apeguistas, demasiado entusiasmados con el vínculo privilegiado de la madre con el bebé, hablaban exclusivamente de la diada madre-bebé.

Pero el concepto de **triadificación**, si bien puede llevar implícitos los contenidos relativos a la triangulación, alude en los trabajos recientes a un papel actual y significativo del padre en el escenario familiar. Por ejemplo, hay programas que específicamente en el caso de

madres deprimidas se encargan de incluir al padre para trabajar con él y demuestran que esa inclusión mejora los resultados³². Otros trabajos se llevan a cabo con los padres que esperan un bebé, es decir, en el período prenatal, mirando ecografías tridimensionales junto con ellos. El terapeuta estimula el vínculo de los padres con la imagen del bebé en la pantalla y los coloca en situaciones en las cuales deben inferir lo que siente y deben hablarle y plantearse preguntas. Esta metodología constituye un campo de trabajo apasionante con una veta de alcance preventivo espectacular. En otras situaciones los vínculos familiares se exploran a través de la propuesta de realizar imaginariamente actividades, por ejemplo, un picnic y en la escenificación del mismo se evalúan los roles de los distintos miembros y se explora lo que ellos denominan *maternal gatekeeping behaviors*. La expresión hace referencia al papel que la madre cumple en cuanto a habilitar o no la inclusión del padre para que desempeñe su papel en la escena. También en esta situación el terapeuta cumple con su actitud una función modelizadora en cuanto a lo relacional y a la habilitación de la figura del padre. El mencionado reciente congreso de Leipzig, un simposio muy importante con presentaciones interesantísimas de representantes de diversos países (Francia, Suiza, Estados Unidos), estuvo destinado exclusivamente a este tema. El título de ese simposio fue: *Observation, development, and reflections around maternal gatekeeping*.

Hechas estas consideraciones, que demuestran la variedad de expectativas que se abren del punto de vista de las diferentes orientaciones psicoterapéuticas que se pueden seguir, ya sean estas psicoanalíticas o de otro tipo dentro del marco referencial constituido por las nociones provenientes de la investigación en apego y desarrollo, quiero referirme a una experiencia personal que constituyó para mí un hito significativo, porque trajo consigo cuestionamientos y reflexiones acerca de la teoría y de la técnica y porque, sin ser explícitamente una psicoterapia, tuvo en algún sentido alcances psicoterapéuticos.

En el año 2008 tomé contacto con una historia de vida que me conmovió profundamente y provocó en mí la necesidad de escribirla. Ese involucramiento vivencial e histórico personal,

del cual di cuenta en otro artículo³³, entiendo que como estado anímico y emocional es una clave fundamental para encarar en principio cualquier tarea, pero, fundamentalmente, aquellas que tienen que ver con la atención en Salud Mental y sobre todo en Psicoterapia, cualquiera sea la orientación que se tenga. Así nació el libro *Giza, la niña de la maleta*³⁴, donde cuento cómo los padres de Giza, encerrados por los nazis en el gueto de Varsovia, arribaron al convencimiento de que iban a ser asesinados y tomaron la dramática decisión de intentar salvar a su hija de menos de un año, sacándola del gueto de contrabando escondida en una maleta. Una familia polaca cristiana, aun a riesgo de ser exterminada por los nazis, la ocultó y crió durante cuatro años. Cuando terminó la guerra unos tíos la fueron a buscar a casa de la familia polaca y luego, cuando ella tenía siete años, la trajeron a Montevideo. Giza no volvió a ver a esa familia polaca y por más de sesenta años se negó a volver a Europa. Además nunca había querido hablar sobre aquella etapa de su existencia. La primera vez que lo hizo fue cuando participó del documental "A pesar de Treblinka", que se filmó un tiempo antes de realizarse una actividad que se organizó en el Colegio Seminario, con el objetivo de comentar dicho filme. Ahí fue donde conocí a Giza y se despertó mi interés en trabajar su historia.

Acordamos con ella mantener una serie de entrevistas que de ningún modo se propusieron tener un alcance psicoterapéutico, aunque yo no puedo apearme de la formación profesional que tengo ni dejar de reconocer que en definitiva el resultado que se logró tiene una dimensión que podemos catalogar como efecto terapéutico. Pretendo analizar al escribir este artículo sólo algunas de las razones que pudieron intervenir para explicar ese resultado. Una de las primeras opiniones a consignar es que diversos autores que han escrito sobre los sobrevivientes coinciden en afirmar que se debe llegar a ellos con una escucha empática y atenta. Uno de esos autores es R. Krell³⁵.

Cuando comenzamos las entrevistas Giza tenía un vacío de memoria sobre sus cinco primeros años de vida y suponía que habían estado colmados de penurias y zozobras. En nuestros diálogos se me fueron planteando

dos desafíos imperiosos: uno, intentar colmar esas lagunas de la memoria y otro, demostrarle lo que para mí, día a día, era una convicción hipotética creciente en el sentido de que pensaba que, al revés de lo que ella suponía, sus primeros años habían estado rodeados de afecto y cuidados solícitos de buena calidad.

El **vacío de memoria** intenté llenarlo con memorias mías, vivencias personales que podía prestarle. Encontré que H. Dasberg³⁶, un autor que trabajó con sobrevivientes a los cuales también les costaba recordar, usó el recurso de prestarles recuerdos. La operación consiste en colocar en el hueco de una trama un trozo de otra trama que debe guardar con la primera consonancia empática. Es similar a lo que planteábamos del *espejamiento*, se trata de algo externo al sujeto que este debe sentir como si fuera propio, no extraño. Sería como en el caso de la *regulación emocional* en que el bebé proyecta angustias desorganizantes y el cuidador calificado devuelve lúdicamente angustias “metabolizadas”, transformadas, que son gradualmente soportables para el bebé y que le dan cada vez mayor confianza en sus propias fuerzas y en su capacidad para enfrentar la angustia y los desafíos turbulentos del mundo externo. Supongamos por un momento que en el caso de Giza se hubiera producido algo así como un temor a pensar, porque el pensar le resultaba angustiante o peligroso; al prestarle un recuerdo tolerable que le permita ser pensado es probable que, de forma paulatina, en la medida que se vaya sintiendo capaz de encarar esos pensamientos, su memoria empiece a recanalizarse. Estaríamos ubicados de alguna manera en el conflicto dialéctico *fantasmas-ángeles* de Fraiberg y Liberman en el cual siempre debemos procurar que los *ángeles* predominen sobre los *fantasmas*.

Supuse que esa ausencia de memoria episódica se debía al *encapsulamiento* de un momento de dicha valorado y perdido. Posiblemente colaboró con ese *encapsulamiento* que el entorno adulto de Giza no hablara de esa temprana etapa de su vida y no cuesta entonces imaginar cómo se pudo asociar, en la mente de la niña, “el paraíso perdido”, la dicha pasada, con el silencio, con aquello de lo que no se habla o no se puede hablar, porque constituía algo así como un recuerdo prohibido. Es que ese

recuerdo sumergido tenía el trasfondo de dos duelos tempranos: la separación de sus padres, primero y de la familia polaca que durante cuatro años la cuidó, después. La dimensión del duelo guarda relación con la intensidad del afecto perdido. Vinculé en el libro el mecanismo protector de una vivencia placentera a través del *encapsulamiento* con un concepto manejado por Vladimir Propp³⁷ cuando afirma que en los cuentos infantiles tradicionales los padres para proteger a sus hijos los encerraban. Pero la cápsula tenía filtraciones que emergían por el lado de la *memoria procedural*, los *modelos de trabajo interno* (internal working models), que daban cuenta de lo que Giza es hoy con la naturaleza de sus vínculos y la calidad de sus valores, posibles sólo si en aquellos tempranos años de su vida hubiese tenido un entorno capaz de modelar su persona dotándola de *fortaleza emocional*.

La hipótesis sobre la calidad de los primeros cinco años de Giza la elaboré entonces sobre la base de mis conocimientos sobre el apego y a lo que podía comprobar mirando a la persona actual que tenía ante mí, con su fortaleza para sobrevivir, con su capacidad para constituir una familia, con su permanente preocupación por los demás, con el sentimiento de continuidad que vuelca en su nieta, con su pujanza laboral, con su espíritu positivo, en suma, con los valores profundamente humanitarios que profesa, porque todo eso me hablaba de un período temprano vivido en un marco de afecto cálido y cuidante.

Indudablemente en la comprensión profunda de la historia de vida de Giza concurren otros factores que no tuve en cuenta en este artículo, porque incluirlos me alejaba del objetivo concreto que me propuse. Entran en ese grupo, por ejemplo, las culpas por las muertes de los seres queridos, inevitables en estos casos y la diferencia de ser tratado por el entorno por lo que uno representa y no por lo que uno es, pero si alguien desea adentrarse en esas cuestiones tiene aún la posibilidad de leer el libro que, como podrán apreciar, no deja de ser una sugerencia elegante para promocionarlo.

Pero hay algo más que a la vez es causa y consecuencia de lo que mencioné al empezar a relatar el caso y tiene que ver con el involu-

cramiento, porque recién al final del trabajo, cuando ya casi estaba por terminar de escribir el libro, asumí con claridad meridiana, por primera vez en mi vida, a partir de las vivencias que se removieron en mí durante las entrevistas con Giza y después cuando trabajé con ellas para elaborar el material, la repercusión intensa que había tenido en mí, sin yo saberlo, la Segunda Guerra Mundial.

Invoqué para responder las preguntas del coordinador de los trabajos de esta Revista mi experiencia como trabajador del área de la Salud Mental en mi doble condición de psiquiatra de niños y adolescentes y de psicoterapeuta psicoanalítico. En ambos campos reconozco la influencia conjunta de la formación psicoanalítica y del conocimiento de la teoría del apego. En mí la identidad psiquiátrica comulga con una postura que del punto de vista psicopatológico se nutre de aquellos conocimientos con validez científica que dan cuenta de los hechos de la clínica independientemente de la teoría que haya promovido su descripción o su descubrimiento. En la modalidad terapéutica, que escojo con una amplitud enorme, procuro incluir los recursos que a la altura de los conocimientos actuales de la ciencia están validados por la evidencia, sin dejarme sesgar a priori por una pretendida fidelidad de escuela que me determine de antemano. Desde que el Psicoanálisis se animó a demostrar resultados e inició, más tarde que otras orientaciones es cierto, pero no con menos rigor que ellas, consistentes investigaciones, demostró su eficacia y pertinencia en situaciones específicas. Esas demostraciones sumadas a las evidencias que me trajo la clínica incrementaron en mí la confianza en el Psicoanálisis frente a cierto tipo de situaciones. En otras muchas si bien no pensaría en el psicoanálisis como primera elección para el trabajo con el paciente, sin embargo, dado que su perspectiva puede ser muy útil, como referencia lo tendría a mano por ejemplo para orientar a los padres, para comprender las dinámicas de un equipo multidisciplinario³⁸ o para ayudar en el diseño de políticas promocionales.

En mi caso siempre trabajé como psiquiatra de niños y adolescentes munido de un modelo referencial psicoanalítico con el cual pude, entre otras cosas, además de respetar su aplicación clásica, desarrollar diferentes enfoques que

si bien no constituyen actos psicoterapéuticos en sentido estricto, son un recurso de carácter preventivo que puede en algunos casos lograr cierta dimensión terapéutica. Me refiero concretamente a las estrategias de cuidados del cuidador³⁹ que como equipo de Salud Mental aplicamos tanto en el ámbito hospitalario como en el de la educación ante el riesgo de que alguien en el grupo de trabajo pudiera sufrir un burn out o sentir desánimo o frustración en tareas con alta cuota de estrés, como pueden ser, por ejemplo, la docencia en comunidades conflictivas o el trabajo en un centro de intensivismo pediátrico.

A mi entender el apego tendió un puente entre la Psiquiatría y el Psicoanálisis porque, a semejanza de esas dos disciplinas del área de Salud Mental, permite el tránsito que va de la salud a la enfermedad, pues si bien tenemos como norma la expectativa del apego normal, seguro, que es el mayoritario porcentualmente, hay también apegos inseguros y aun trastornos del apego que entran en el terreno de la psicopatología. El Psicoanálisis diluyó el difícil y borroso límite entre salud y enfermedad. La Psiquiatría, disciplina médica, priorizó el concepto de enfermedad. Para muchos de nosotros, formados en el tradicional estilo médico, el centro de nuestra preocupación era la enfermedad y fue recién a partir de la reapertura democrática en 1985 y gracias a la función esclarecedora que ejerció la Comisión de Salud Mental de la Facultad de Medicina, presidida por el Prof. Em. Dr. Carlos Mendilaharsu, que tomamos conocimiento de la Declaración de Alma Ata de 1978 y pudimos luego poner en la balanza en un pie de igualdad Salud y Enfermedad. Pero en ese tránsito, sobre todo para nosotros Psiquiatras de Niños y Adolescentes, hay un proceso de capital importancia que es el **desarrollo**, el cual transcurre según ciertas normas propias de cada edad y se cumple con márgenes que pueden catalogarse como dentro o fuera de lo normal según los perfiles que muestren. Hay un ejemplo muy interesante que ocurrió con nuestro trabajo en guarderías comunitarias: en la medida que fuimos asesorando al Equipo de Cuidadoras, Maestras y Enfermeras de la Guardería en pautas de desarrollo normal, disminuyeron concomitantemente las consultas sobre supuesta patología de los niños.

Como corolario sostengo que en mi caso la Psiquiatría y el Psicoanálisis han representado identidades distintas que en el quehacer cotidiano asumieron un rol complementario. Si reconocemos el camino particular que debieron recorrer una y otro, con sus encuentros y desencuentros, comprobamos que se enriquecieron recíprocamente y que ese enriquecimiento puede y debe seguir produciéndose, a condición de que ambas disciplinas incorporen los nuevos conocimientos provenientes de las neurociencias, de la clínica y de la investigación llevada a cabo sobre bases científicas.

Referencias bibliográficas

1. **Freud A.** Normalidad y patología en la niñez. Buenos Aires: Paidós; 1974, 188 pp.
2. Group for the Advancement of Psychiatry (GAP). Trastornos psicopatológicos de la niñez: consideraciones teóricas y una clasificación propuesta. Montevideo: Delta; 1981, 137 pp.
3. Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent; CTNERHI, Ministère des affaires sociales et de l'intégration; 1988, 237 pp.
4. **Cherro M, Estable B, Oyenard R et al.** Vicissitudes de l'application de la classification française dans notre milieu. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 1990; 38:569-573.
5. **Tordjman S, Ferrari P, Golse B, Bursztejn C, Botbol M, Lebovici S et al.** Dysharmonies psychotiques et multiplex developmental disorder: histoire d'une convergente. Psychiatrie de l'enfant 1997; XL/2:473-504.
6. **Bowlby J.** Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego. Buenos Aires: Paidós; 1989, pp. 33-50.
7. **Winnicott DW.** La préoccupation maternelle primaire. Paris: Petite Bibliothèque Payot; 1975, pp. 168-174.
8. **Bretherton I.** New perspectives on attachment relations: security, communication, and internal working models. In: Osofsky JD. Handbook of Infant Development. New York: J. Wiley & Sons; 1987, pp. 1061-1110.
9. **Fonagy P, Steele M, Steele H, Moran G, Higgitt A.** The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. Infant Ment Health J 1991; 12(3):201-218.
10. **Baron-Cohen S.** From attention-goal psychology to belief-desire psychology: the development of a theory of mind, and its dysfunction. In: S. Baron-Cohen H, Tager-Flusberg H, Cohen DJ. Understanding other minds. Perspectives from autism. Oxford: Oxford University Press; 1993, pp. 59-82.
11. **Stern D.** Le moment présent en psychothérapie. Paris: Odile Jacob; 2003, 302 pp.
12. **Freud S.** Tres ensayos de teoría sexual (1901-1905). Obras Completas. Tomo VII. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 1978, pp. 109-225.
13. **Freud S.** El chiste y su relación con lo inconsciente. Obras Completas. Tomo VIII. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 1979, 247 pp.
14. **Freud S.** Análisis de la fobia de un niño de cinco años. Obras Completas. Tomo X. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 1980, pp. 1-118.
15. **Shaffer D.** Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia. México D.F.: Thomson Editores; 2000, 641 pp.
16. Precongress Symposium of 12th Congress of the World Association for Infant Mental Health (WAIMH). Collaboration and Communication in Children and Chimpanzees. Perspectives from Developmental and Comparative Psychology. Chair: Neil W. Boris. Leipzig, Germany, June 29-July 3, 2010.
17. **Fonagy P.** The development of psychopathology from infancy to adulthood: the mysterious unfolding of disturbance in time, plenary address at the world association of infant mental health congress. Montreal, July 28th, 2000.

18. **Schore A.** Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Ment Health J* 2001; 22:7-66.
19. **Schore A.** The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Ment Health J* 2001; 22:201-269.
20. **Cherro Aguerre M.** Contribuciones del apego y la empatía a la Psicoterapia. Libro del 2º Congreso de Psicoanálisis organizado por la Asociación Psicoanalítica del Uruguay, *El cuerpo en Psicoanálisis*. Tomo 2. Montevideo; 2002, 480 pp.
21. **Fonagy P. Target M.** Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *Int J PsychoAnal* 1996; 77:217-233.
22. **Fonagy P. Target M.** Playing with reality: II. The development of psychic reality from a theoretical perspective. *Int J PsychoAnal* 1996; 77:459-479.
23. **Fonagy P. Target M.** Playing with reality: III. The persistence of dual psychic reality in borderline patients. *Int J PsychoAnal* 2000; 81:853-873.
24. **Freud S.** Proyecto de Psicología. *Obras Completas*. Tomo I. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 1982, pp. 323-446.
25. **Winnicott D.** L'angoisse associée a l'insécurité. In: *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris: Petite Bibliothèque Payot; 1969, 369 pp.
26. **Winnicott D.** Papel de espejo de la madre y la familia en el desarrollo del niño; realidad y juego. Buenos Aires: Granica Editor; 1972, 199 pp.
27. **Fraiberg S, Adelson E, Shapiro V.** Ghost in the nursery. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1975; 14:387-421.
28. **Liberman A.** Angels in the nursery. *Infant Ment Health J* 2005; 26:504-520.
29. **Brophy-Herb HE, Horodynski M, Dupuis SB, London Bocknek E, Schiffman R, Onaga E et al.** Early emotional development in infants and toddlers: perspectives of early Head start staff and parents. *Infant Ment Health J* 2009; 30:203-222.
30. **Emde R.** Facilitating reflective supervision in an early child development center. *Infant Ment Health J* 2009; 30:664-672.
31. **Amini Virmani E, Ontai LL.** Supervision and training in child care: does reflective supervision foster caregiver insightfulness? *Infant Ment Health J* 2010; 31:16-32.
32. **Fletcher R.** Promoting infant well-being in the context of maternal depression by supporting the father. *Infant Ment Health J* 2009; 30:95-102.
33. **Cherro Aguerre MA.** Breve reseña sobre las vicisitudes de la internación psiquiátrica en Latinoamérica: la Quinta del Reloj. En: Hardcastle M, Kennard D, Grandison S, Fagin L. *Experiencias en la atención psiquiátrica hospitalaria*. Barcelona: Herder; 2009, 470 pp.
34. **Cherro Aguerre MA.** Giza: la niña de la maleta. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental; 2009, 103 pp.
35. **Krell R.** Therapeutic value of documenting child survivors of holocaust. *J Amer Acad Child Psych* 1985; 24:397-400.
36. **Dasberg H.** Child survivors of the holocaust reach middle age: psychotherapy of late grief reactions. *J Soc Work Policy Israel* 1992; 5-6:71-83.
37. **Propp V.** Las raíces históricas del cuento. Madrid: Editorial Fundamentos; 1974, 535 pp.
38. **Cherro Aguerre M.** The mental health team in the daycare center: the role of the child and adolescent psychiatrist. In: Young JP, Ferrari P. *Designing mental health services and systems for children and adolescents*. USA: Brunner/Mazel; 1998, 476 pp.
39. **Cherro Aguerre M.** Work Projects toward infant mental health in a child and adolescent psychiatric clinic. In: Osofsky JD, Fitzgerald HE. *WAIMH Handbook of Infant Mental Health*, Tomo I. USA: John Wiley & Sons; 2000, 403 pp.