

267



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

RELACIONES OBJETALES EN PACIENTES
PSIQUIATRICOS SUICIDAS Y NO SUICIDAS

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :

GRACIELA ERIKA TRUJILLO NUÑEZ

Y

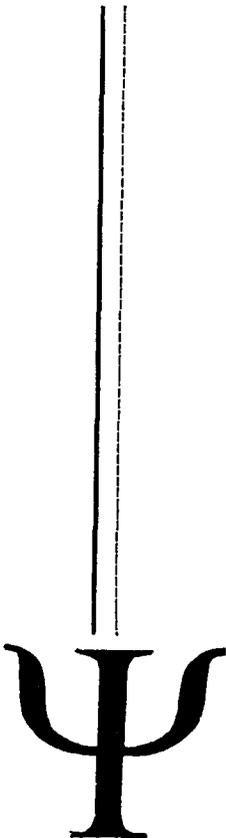
BERNABE FRANCISCO HERNANDEZ GUADARRAMA

DIRECTORA: LIC. MARIA ASUNCION VALENZUELA COTA

MEXICO. D. F.

2002

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

"No es cierto que cuando un suicida quiere matarse se trate de una tentativa trivial, de un proyecto, de una prueba; el individuo es tentado por la muerte y lucha siempre contra esta tentación

que hace aparecer a la muerte como preferible a la vida, ya sea para vengarse, ya sea para sufrir; por vergüenza finalmente, o por miedo"...

"Y aún no siendo capaz de pedirlo, busca a alguien que no lo deje sucumbir a la tentación y que le ofrezca las palabras que expresen la lucha que tiene lugar en él, como en cada hombre."

Agradecimientos

A la *Universidad Nacional Autónoma de México*.

De manera especial a la *Facultad de Psicología*, en la cual hemos recibido nuestra formación profesional, y a quienes en ella nos han aportado conocimientos tanto académicos como humanos.

Agradecemos a la *Maestra Asunción Valenzuela* por su asesoría, su paciencia y su interés en contribuir a la elaboración de un trabajo de calidad.

A los miembros del jurado: *Lic. Leticia Bustos*, *Lic. Juan Carlos Muñoz*, *Lic. Luz María Solloa* y *Maestro Celso Serra*, quienes aportaron elementos muy valiosos y útiles para enriquecer esta tesis.

A la *Lic. Ma. De Lourdes Monroy*, por su asesoría metodológica y Estadística, y por sus acertados comentarios respecto al trabajo.

Al *Hospital de Psiquiatría San Fernando*, del *Instituto Mexicano del Seguro Social*, por habernos abierto sus puertas y permitirnos desarrollar nuestra investigación.

A los *Dres. José Luis Vázquez* y *Miguel Villavicencio* agradecemos su apoyo y su interés en la investigación institucional.

A los pacientes, por brindarnos la oportunidad de realizar este trabajo al compartir con nosotros sus vivencias y sufrimientos.

Graciela Erika Trujillo Núñez
Bernabé Francisco Hernández Guadarrama
Enero del 2002

Dedicatorias

A veces es difícil reconocer un logro en la vida, sobre todo cuando el camino para llegar a él ha sido tan accidentado, con tantos tropiezos y dificultades.

Sin embargo, la forma ideal para poder aceptar que se ha llegado a la meta es ver hacia atrás, hacia la lejanía de aquella vereda llena de obstáculos, y ver hacia adelante los mil posibles sitios hacia los cuales seguir, y los mil objetivos que se pueden lograr.

Pero sobre todo se puede reconocer un gran triunfo cuando miras a tu lado a todos aquellos que te han acompañado y apoyado al recorrer el camino, al ver a quienes han estado contigo durante uno o varios instantes, haciendo de tu meta algo más alcanzable.

Quiero agradecer en primer lugar a quienes me han acompañado durante todos los caminos que he recorrido, y han llenado mi ser de razones para vivir, haciendo posible que disfrute intensamente este y cada uno de los retos de mi existencia: A mis padres Juan y Magdalena, con todo mi corazón. ¡Gracias! Los quiero mucho.

Mamá: Te agradezco infinitamente por ser mi ejemplo de mujer, por tu fortaleza y tu capacidad para enfrentar cualquier circunstancia, sin olvidarte nunca de quererme, impulsarme y estar conmigo.

Papá: Te agradezco tu ejemplo de amor y de honestidad, y por enseñarme a ser sensible ante los seres humanos que me rodean, lo que me hizo elegir esta maravillosa profesión. Por darme tanto amor siempre.

A mis hermanos:

Ciro: Te agradezco ser mi segundo padre, por tu espíritu de lucha, y por tu ejemplo de fortaleza ante cualquier situación. La vida nos priva de algunas cosas, pero a pesar de ello yo sé que tu puedes lograr lo que deseas; por ser la maravillosa persona que eres ¡Gracias! y Adelante. Estoy contigo.

Toño: Te agradezco que me hayas enseñado con tu ejemplo a ser una persona noble, por tener un corazón tan grande, por tu solidaridad y tu apoyo incondicional. ¡Eres maravilloso hermano!

Juan: Te agradezco que seas mi ejemplo de superación constante, y que me hayas mostrado el camino para ser una profesionista brillante a través del esfuerzo constante. ¡Gracias!

Agradezco a mis pequeños grandes amores: Alan, Aldo y Diego, quienes me enseñaron a disfrutar de las cosas más simples de la vida, y las más bellas, y con quienes he compartido momentos inolvidables.

A Noemi, Martha, y Cecilia, por los momentos que hemos compartido y por ser como mis hermanas.

A Israel: Por tu solidaridad y por construir junto conmigo una nueva concepción del amor; por enseñarme a creer una vez más, y por darme la oportunidad de recorrer juntos un nuevo camino. ¡También por tus regaños!

Al Dr. José Luis Vázquez, con quien aprendí no solo a ser una buena profesionalista, sino además una psicóloga que ama su carrera. Y por su ayuda en los momentos más difíciles.

A la Dra. Laura Duarte, por su labor profesional que me ha permitido ser cada día mejor persona y aprender a luchar por mi independencia y mi libertad.

A todos aquellos que me apoyaron no solo con su amistad, sino con una palabra o señal de apoyo en la realización de esta tesis. Gracias Bárbara, Jaime, Xochitl, Miguel, René, y Lulú.

A mis grandes amigas: Tammy, Lety, Raquel y Rocío. Porque gracias a ustedes aprendí que la amistad sí existe y es para siempre.

A los todos los Apsidiano por contribuir a mi crecimiento profesional y compartir el significado de ser voluntario. De manera especial a Ana Zelhuber, Mario, Adriana, Julia, Disraeli, Vero Suárez, Vero Bruno, Lety, Rosa y Nita . . . entre otros.

Al Lic. Alfredo Quiroz y a la Act. Estrella Luevano, por su apoyo no solo en la realización de esta tesis, sino en el desarrollo de las personas que con ustedes laboramos.

Y a todos los demás cuyos nombres no están escritos aquí, pero tienen un lugar Especial en mi corazón.

Graciela Erika Trujillo Núñez

Dedicatorias

Mientras terminábamos esta tesis murió mi madre; no creo haber merecido tanto, pero me dio regalos eternos.

Gracias Margarita.

Reservo este lugar solo a ella, existen más personas, espero me comprendan por no mencionarlos.

Bernabé Francisco Hernández Guadarrama.

ÍNDICE:

Resumen	1
Introducción	3

CAPÍTULO 1. EL SUICIDIO.

Aspectos históricos y filosóficos.....	6
Consideraciones generales, definición y clasificación de los actos suicidas.....	8
Aproximaciones teóricas en torno al estudio del suicidio	
- El suicidio desde un enfoque social.....	11
- El suicidio desde un enfoque psiquiátrico.....	19
- El suicidio desde un enfoque psicoanalítico.....	24
Estudios recientes referentes al suicidio.....	33
Comentarios acerca del capítulo 1.....	36

CAPÍTULO 2. RELACIONES DE OBJETO.

Consideraciones generales.....	38
Freud y la teoría de las relaciones de objeto.....	40
La escuela inglesa de las relaciones de objeto	49
- Melanie Klein.....	49
- Ronald Fairbairn.....	60
- Michael Balint.....	64
- Donald W. Winnicott.....	66
La escuela americana de las relaciones de objeto	69
- Margaret Mahler.....	69
- Rene Spitz.....	75
- Edith Jacobson.....	78

Otras contribuciones a la teoría de las relaciones de objeto	80
- Otto Kernberg.....	80
- Heinz Kohut.....	83
- Herbert Phillipson y el test de relaciones objetales	87
Estudios acerca de las relaciones de objeto.....	89
Comentarios acerca del capítulo 2.....	91

CAPÍTULO 3. MÉTODO.

- Planteamiento del problema.....	92
- Objetivo.....	93
- Preguntas de investigación.....	93
- Hipótesis.....	93
- Definición de variables.....	93
- Tipo de Diseño.....	94
- Tipo de Estudio	95
Muestra.....	95
Instrumentos.....	96
- La entrevista.....	97
- El dibujo de la familia.....	97
- El test de relaciones objetales de Herbert Phillipson.....	98
Escenario.....	100
Procedimiento.....	101

CAPÍTULO 4. <u>RESULTADOS</u>	104
-------------------------------------	-----

CAPÍTULO 5. <u>DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES</u>	123
---	-----

CAPÍTULO 6. <u>LIMITACIONES Y SUGERENCIAS</u>	135
---	-----

BIBLIOGRAFÍA.....	137
-------------------	-----

ANEXOS.....	144
-------------	-----

RESUMEN

Tomando en cuenta la importancia de analizar desde diferentes perspectivas el fenómeno del suicidio, y que las personas que padecen trastornos psiquiátricos poseen un factor de riesgo para cometerlo, la presente investigación tuvo por objetivo comparar las relaciones objetales de pacientes psiquiátricos con intento de suicidio y pacientes psiquiátricos sin intento de suicidio, para poder establecer diferencias entre ellos, además de conocer cuáles son los factores de las relaciones objetales que están asociadas con el intento suicida, y de este modo aportar datos que puedan servir de apoyo para su manejo en esta población.

Para llegar al logro del propósito antes mencionado se realizó la comparación del tipo de relaciones de objeto entre dos grupos de pacientes psiquiátricos del Hospital de Psiquiatría "San Fernando", del I.M.S.S., 27 personas sin intento de suicidio y 25 con uno o más intentos a lo largo de su vida, a quienes se entrevistó y les fueron aplicados el test de la familia y el test de relaciones objetales (T.R.O.) de Phillipson.

Se realizó un análisis de los datos sociodemográficos en ambas muestras, encontrando que la mayor parte de los sujetos que conformaron los grupos fueron mujeres, entre los 20 y los 30 años, o bien entre 41 y 50. Con respecto a las diferencias más notables, se observó que los individuos no suicidas eran en su mayoría casados y con hijos, mientras que los individuos con intento suicida eran solteros y sin hijos; una gran parte de la muestra de no suicidas se dedicaba al hogar, lo cual tiene mucho que ver con el estado civil y el sexo

predominante de los sujetos, y la mayoría de los pacientes del grupo con intento suicida eran empleados. El diagnóstico de mayor frecuencia en el grupo no suicida fue el de tipo orgánico, y en el grupo con intento suicida, el de tipo afectivo; sin embargo, ambos grupos presentaban un gran porcentaje de pacientes con padecimientos de tipo afectivo.

Con respecto al área familiar, analizada a través de la entrevista y del dibujo de la familia, observamos que ambos grupos provenían de hogares nucleares integrados, es decir, con figuras paterna y materna presentes; sin embargo, en el momento de la investigación la mayoría de los individuos no suicidas formaban parte de un hogar conyugal, mientras que los individuos del grupo con intento suicida formaban parte de varios tipos de hogares. Este aspecto tiene mucho que ver con el dibujo de la familia, donde el grupo no suicida dibujó principalmente hogares conyugales y el grupo con intento suicida dibujó hogares con padre y madre, percibiendo los primeros como figura cercana a la pareja, y los segundos a los hermanos o a la madre. Como se puede deducir, hay elementos en el grupo de sujetos con intento suicida que sugieren la existencia de problemas para establecer una relación de pareja, que van ligados a la dependencia hacia las figuras significativas de la infancia, sobre todo a la materna.

De este modo, y con la información obtenida a través de los tres instrumentos utilizados, se concluyó que existen diferencias entre los grupos en lo referente a las relaciones de objeto, pues los pacientes no suicidas presentaron rasgos de negación del objeto o del vínculo objetal como una forma de control para evitar la ansiedad inherente a la culpa y a la ambivalencia depresivas. El grupo con intento suicida, por su parte, mostró dependencia hacia el objeto, frente al cual siente culpa y al cual teme.

Para ambos grupos se observaron vivencias distintas ante las ansiedades de la posición depresiva, lo cual genera recursos defensivos diferentes para enfrentarlas en cada tipo de paciente.

INTRODUCCIÓN

El suicidio es un problema que debe considerarse desde distintas perspectivas, cada una de las cuales contribuye con una parte al entendimiento de un fenómeno tan complejo. No se tendría una explicación completa si se recurriera a un solo enfoque, pues cada uno resalta una gama de importantes factores que intervienen en la producción de un acto suicida.

Si analizamos el suicidio desde una perspectiva estadística, se observa que actualmente constituye un problema de salud importante; según datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) en 1997 se presentaron 340 intentos de suicidio y 2459 suicidios en el país, sin contar los ocurridos en el Distrito Federal, lo cual indica un incremento importante si tomamos en cuenta que en 1980 el número de intentos de suicidio fue de 42 y 672 suicidios para todo el país. En este sentido, si observamos la cantidad de suicidios e intentos de suicidio a lo largo de los años, notamos que la tendencia es a incrementar las cifras. (*Anexo 1*).

El suicidio es la acción desesperada de descargar contra si mismo la agresión que pudiera estar dirigida hacia el exterior. Es un acto donde los impulsos agresivos contenidos y no depositados en el otro son dirigidos hacia si mismo.

Freud, en *Duelo y Melancolía* (1917), proponía como explicación acerca de la inclinación al suicidio, que el yo solo puede darse muerte si puede tratarse a si mismo como a un objeto, si puede dirigir contra si mismo esa hostilidad que recae sobre un objeto y subroga la reacción originaria del yo hacia objetos del mundo exterior (*Freud, 1917*).

El suicidio ha sido asociado con infinidad de eventos que fungen como factores desencadenantes, factores de riesgo o causales, entre los cuales destacan el desequilibrio en neurotransmisores, abuso de alcohol y drogas, depresión, conducta antisocial, pérdidas tempranas muy significativas, estrés, enfermedades médicas y bajo control de impulsos (*Gutiérrez, 1997*).

Se ha resaltado también como factor de riesgo el padecer algún tipo de problema psiquiátrico (*O'Connor, R. 1999; Soto, 1990*), y al respecto es importante señalar que gran parte de la población que recibe atención en hospitales psiquiátricos ha intentado suicidarse. En este sentido es de nuestro interés hacer una investigación acerca de por qué la población psiquiátrica constituye en sí misma un grupo de riesgo para que se dé el intento suicida.

El hospital psiquiátrico es un recurso para poder atender, entre otras situaciones, a las personas que padecen algún trastorno que los limita en la posibilidad de adaptarse al medio ambiente en que viven, por ejemplo aquellos que tienen dificultad para controlar sus impulsos, específicamente para aquellas cuyos impulsos de agresión hacia sí mismos son volcados de manera directa, y es responsabilidad del hospital y de los profesionistas de la salud en general contribuir para evitar que el intento suicida o el suicidio consumado se presenten. Una forma de contribuir a la prevención del suicidio, y al tratamiento de las personas que han intentado suicidarse, es averiguar qué existe en la vida del individuo que lo lleva al extremo de intentar suicidarse, y hasta qué grado se encuentra deteriorada su forma de vida. Es decir, qué posibilita que un individuo intente acabar con su vida. El psicoanálisis propone que el suicidio es un acto dirigido a un objeto amoroso significativo en la vida del suicida, y con base en esta afirmación la suposición de la cual parte esta investigación es que hay una relación objetal patológica entre el individuo que intenta suicidarse y sus figuras significativas, lo que promueve que este acto se lleve a cabo (*Navarro, 1995*).

Cuando el niño nace, su yo emprende la tarea difícil de adaptarse al mundo que lo rodea y de elaborar el trauma del nacimiento. La madre o su sustituta al alimentarlo le ofrece una primera versión del mundo externo, así el bebé irá construyendo desde ese momento una imagen del

mundo y de sí mismo. Todo lo referente a la primera relación con el hijo es fundamental para su desarrollo ulterior. Se ha visto que la boca es la zona más adecuada para que se establezca el primer contacto del niño con el mundo. Si bien esto último es cierto, no podemos descartar que en la relación del niño con el objeto intervienen otros factores como el calor de la madre, su voz, compañía y su contacto. Estos elementos hacen sentir que existe un objeto que le dará cuanto necesite y desee. El niño siente la necesidad de un pecho siempre presente que lo libre de la ansiedad persecutoria, lo cual no se da en la realidad, y es causa de frustración. Sin embargo, la imagen de un pecho real que lo satisfaga a intervalos regulares, aunque desaparezca por algunas horas lo ayuda a tolerar su ansiedad persecutoria. Esto llevará al niño a una elaboración de la pérdida, a saber esperar, introyectando un objeto total, permitiéndole así una buena estructuración yoica. (*González y Gryngberg, 1987*)

En cambio, se supone que este proceso no se realiza de manera adecuada en los sujetos que presentan un intento de suicidio, pues quizás no fueron capaces de librarse de la ansiedad persecutoria, estableciendo una relación defectuosa con su primer objeto, lo cual se relaciona con el hecho de tratarse a sí mismo como un objeto y volcar contra sí el instinto de muerte.

Para saber de que manera se lleva a cabo dicha relación patológica, el propósito de la presente investigación es conocer las relaciones objetales de dichos pacientes psiquiátricos con intento suicida y de los no suicidas y la repercusión de dichas relaciones en el intento suicida. Esto nos lleva a obtener datos importantes que ayudan a afinar el diagnóstico, y pronóstico, además de apoyar en la elaboración de programas de prevención y en el tratamiento.

CAPITULO 1

EL SUICIDIO

"...estremecerse a la mitad de un puente
y sonreír,
recorrer infatigables escaleras,
torres de babel,
notas muy altas;
enloquecer
sin razón y de improviso
como cambia la sal de las miradas.
Preparar hasta el mínimo detalle.
Los propios funerales,
hacer la música para un salto mortal,
ser invisible, ir sin regresar".

Manuel Nuñez Nava.

CAPITULO 1

EL SUICIDIO

ASPECTOS HISTÓRICOS Y FILOSÓFICOS

Se dice que el suicidio ha existido desde tiempos remotos, y que en todos los tiempos el hombre ha intentado ejercer sobre si mismo el derecho de vida y muerte; que el suicidio rebasa las fronteras y el tiempo, pues aparece prácticamente en todas las civilizaciones (Moron, Sarró y De la Cruz, Gómez y Borges). Pero se observa que las actitudes al respecto varían en cada época, dependiendo de las valoraciones que se den a nivel religioso, filosófico, intelectual o popular. Con esto se afirma que existe una "relativización moral" con respecto al suicidio (Sarró y De la Cruz, 1991).

Desde la antigüedad se valoraba al suicidio como resultado de los sistemas religiosos y filosóficos, además de las estructuras sociales, económicas, políticas y culturales de cada país. En oriente era visto como un acto indiferente o elogiado, pues se consideraba a la muerte únicamente como un cambio de forma. En **China** algunas formas de suicidio estaban semainstitucionalizadas o eran toleradas, por ejemplo los que eran posteriores a una derrota militar; además, las reacciones suicidas eran a veces masivas. En la **India** durante siglos se siguió la práctica en que la viuda era inmolada en la pira funeraria de su marido, hasta que en 1829 esta práctica fue declarada ilegal. Por otro lado, los sabios en su búsqueda del nirvana frecuentemente se suicidaban durante las fiestas religiosas.

En **África** el suicidio en la antigüedad era frecuente, llegando incluso a crearse, en la época de Cleopatra, una academia donde se investigaban los mejores métodos para morir sin dolor. En **Europa**, entre los celtas se glorificaba a quienes se daban muerte a si mismos.

Una forma de suicidio que los autores consideran institucionalizada, fue la de los antiguos habitantes de las islas Canarias, quienes en la festividad de su dios se precipitaban en los barrancos del monte sagrado para alcanzar la felicidad eterna.

Entre los **griegos** y **romanos**, había situaciones en que la muerte era vista como un deber, e incluso se contaba con lugares públicos para consumir la muerte. Existía, sin embargo, una doble moral, pues mientras por un lado se podía ver al suicidio como un deber, por otro se castigaba a quienes realizaban algún acto suicida para eludir un castigo; ejemplo de ello son los actos que se llevaban a cabo en Atenas donde al cadáver de los suicidas era privado de la sepultura, siendo su mano derecha amputada y enterrada en otro lugar, y en Roma, donde se castigaba severamente a los soldados que habían intentado suicidarse, pues se consideraba que estos pertenecían al estado y no podían disponer de sus vidas.

El **cristianismo** en los primeros siglos aceptó que el suicidio era admisible en algunas circunstancias; dicha opinión se fue modificando hasta volverse totalmente intransigente, posiblemente por la fascinación que se generó entre quienes aspiraban a alcanzar antes la vida eterna. San Agustín negó toda justificación a la muerte por suicidio, argumentando que estaba en contra de la ley natural. Se llegó a considerar que el suicidio estaba inspirado por el demonio, y se impusieron penas eclesiásticas para prevenirlo y castigarlo. En el siglo XIII Santo Tomás de Aquino consideró al suicidio como un pecado mortal contra Dios, aunque por otro lado introduce el concepto del suicidio patológico, disculpando este tipo de suicidio como excepción (Moron, 1987).

En la edad media lo usual ante la muerte por suicidio era la degradación del cadáver, impidiendo que fueran enterrados en tierra consagrada, además de la confiscación de bienes y el deshonor a la familia del suicida.

Durante el **Renacimiento** los movimientos en defensa del suicidio, en diversos países europeos, se manifestaron a través de la filosofía, el derecho y la literatura. Se consideraba que ciertas circunstancias

justificaban al suicidio, por ejemplo cuando se recurría a él para mitigar el dolor y el sufrimiento (Sarró y De la Cruz, 1991).

En la época actual, las opiniones y actitudes respecto del suicidio son variadas; a nivel popular se tiene una visión distinta de cada acto suicida, que tiene mucho que ver con el móvil de dicho acto. No es lo mismo quien recurre al suicidio por problemas económicos, por problemas mentales, que por autocastigo ante una situación determinada, o el adolescente que no encuentra otro modo de enfrentar la vida que a través de lo que comúnmente llamamos "la puerta falsa". Obviamente en la valoración que damos al suicidio entra en juego nuestra propia concepción de la muerte, además de las diversas teorías que encuentran auge actualmente. Principalmente vemos en el suicida a un loco, desde una perspectiva psiquiátrica, o a un individuo desesperado ante las circunstancias adversas y el medio ambiente, desde una perspectiva social, o simplemente a un sujeto que se autoagrede porque en el fondo no se tiene suficiente aprecio, un poco acorde con la visión psicodinámica. Parecería que en la actualidad la actitud asumida hacia el suicidio, en general, engloba todas las actitudes que se han venido teniendo a lo largo de los siglos.

Desde el punto de vista de Durkheim (1897) en las sociedades más antiguas era común que se recurriera al tipo de suicidio que él denominó *altruista*, mientras que en épocas más recientes ha proliferado el suicidio de tipo *egoísta y anómico*.

CONSIDERACIONES GENERALES, DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LOS ACTOS SUICIDAS

Como ya hemos mencionado al inicio de este trabajo, el suicidio ha sido asociado con infinidad de eventos que fungen como factores desencadenantes, factores de riesgo o causales, factores tan diversos que pueden localizarse en cada una de las áreas que conforman al individuo como un ser integral, las áreas biológica, psicológica y social. Pero para poder ahondar en cada uno de dichos factores, antes debemos hacer una distinción entre los conceptos con los cuales nos referimos a los actos suicidas, permitiéndonos con ello diferenciar, por ejemplo, al

suicidio consumado del intento de suicidio. Algunos autores prestan especial atención a las dificultades que giran en torno al calificativo "suicida" (Villardon, 1993), pues aseguran que este término se aplica a diferentes categorías de conducta: a la persona que ha pensado, intentado o cometido suicidio, y a las personas que intentaron o intentan suicidarse, sin tomar en cuenta si el acto se lleva a cabo en el presente o en el pasado; todo lo anterior puede llegar a generar problemas conceptuales si no especificamos a que nos referimos cuando hablamos de suicidio. De lo anterior se deriva que algunos autores prefieran utilizar el término *suicidios* y no *suicidio* cuando hablan del fenómeno en general (Garma, 1973).

A pesar de que existe una gran diversidad de autores que definen y clasifican al suicidio, hay puntos en los cuales todos o la mayoría coinciden, como es el asociar con el suicidio y el intento de suicidio la intencionalidad de morir, la cual es totalmente consciente, mientras que en el resto de los actos suicidas puede haber detrás la misma intención, pero de manera inconsciente.

El *suicidio* ha sido definido como: "Todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado." y el *intento de suicidio* como "el mismo acto que hemos definido, detenido en su camino, antes de que dé como resultado la muerte."¹ Otra concepción de suicidio es la de matarse voluntariamente a si mismo, resaltando que el suicidio, a diferencia de cualquier otra muerte, es el resultado de un acto voluntario. El *parasuicidio*, por su parte, "Supone un comportamiento autolesivo para el sujeto pero conscientemente no mortal, en tanto que el intento de suicidio es entendido como el suicidio fallido".²

En cuanto a la clasificación generalmente se distingue al suicidio del intento de suicidio (Durkheim, Stengel, Farberow, Schneider, Shneidman), aún cuando hay casos en los cuales se consideran como si se tratara de un solo evento, definido como *acto suicida* (Organización Mundial de la Salud. 1969)³. Además de la distinción entre suicidio e intento suicida, se incluye generalmente un tercer grupo: los actos

¹ DURKHEIM, El Suicidio. 1897. Pagina 16

² VILLARDON, El pensamiento del suicidio en la adolescencia. Página 30-31.

³ Citado en: SARRO y DE LA CRUZ. Los Suicidios. Página 31.

autodestructivos indirectos. Pokorny (Citado por Villardon, 1986) propone tres grandes categorías de conductas suicidas: El *suicidio consumado*, el *intento de suicidio* y las *ideas suicidas*; otros autores incluyen además el término *parasuicidio*.

Los elementos que podemos considerar comunes entre los diferentes autores, son el distinguir los actos suicidas totalmente intencionados de los aparentemente no intencionados, además de atribuir tanto al suicidio como al intento suicida la intencionalidad de morir. Para ambos casos —suicidio e intento suicida— se habla de que son actos conscientemente autodestructivos, y que son directos, mientras que el parasuicidio es de carácter insidioso y prolongado.

Aparentemente un punto de divergencia entre los teóricos, es que al considerar algunos al intento suicida como un suicidio frustrado, no toman en cuenta que "la tentativa de suicidio tiene aspectos propios, además de los que tiene en común con el suicidio consumado. Hay un elemento de autodestrucción, que puede estar latente o tener intenciones ambivalentes. Pero incluye otros significados: una demanda de ayuda, que en general no es consciente, un aspecto de juego con la vida y una agresión" (Stengel, 1965). Diekstra propone, incluso, "nominar al intento de suicidio como autolesión intencionada y conceptualizarla como una conducta de afrontamiento."⁴ Considera más apropiada esta expresión pues asegura que en el intento de suicidio más que la búsqueda de la muerte, se tiene como motivación el interrumpir una experiencia consciente y es asociado a una demanda de atención para modificar y movilizar el entorno.

En conclusión podemos decir que son cuatro las grandes categorías consideradas en la clasificación de las conductas suicidas:

1. **Suicidio** (suicidio consumado, muerte intencionada).
2. **Intento suicida** (tentativa de suicidio, suicidio frustrado).
3. **Ideación suicida**.
4. **Parasuicidio** (acto autodestructivo, conductas autodestructivas indirectas).

⁴ Citado en: SARRO y DE LA CRUZ. Op. Cit. Página 32.

A cada una de las categorías anteriores se les asignan más o menos los mismos elementos, aún cuando el término con el cual se les define puede variar un poco de autor en autor.

APROXIMACIONES TEÓRICAS EN TORNO AL ESTUDIO DEL SUICIDIO

Sabemos que el suicidio se ve influenciado de alguna forma por factores tanto internos como externos al individuo; a dichos factores se les atribuye mayor o menor importancia dependiendo de la teoría explicativa que los refiera. Se considera que existen dos vertientes principales con respecto al tema del suicidio: la social y la individual. En el enfoque social se incluye una visión estadística, histórica y demográfica del suicidio, en donde se le da importancia fundamental a cómo las características de los diferentes grupos humanos influyen en la realización del acto suicida. En la perspectiva individual se incluyen las explicaciones cognitivas, conductuales, psiquiátricas y psicoanalíticas, y todas aquellas que se caracterizan por considerar como principales factores asociados al suicidio las cuestiones internas del individuo, sobre todo en relación a la personalidad del ser humano.

Además de mencionar los diferentes factores que se han asociado con el suicidio, describiremos a continuación de una manera breve las principales teorías que se han esforzado en dar explicación al fenómeno o a una parte del mismo.

EL SUICIDIO DESDE UN ENFOQUE SOCIAL

E M I L E D U R K H E I M

A pesar del tiempo que ha pasado desde que Durkheim postuló su teoría acerca del suicidio, ésta se sigue considerando uno de los pilares en la concepción del fenómeno en su totalidad, pues sentó las bases para una comprensión más profunda y dio lugar a que algunos aspectos que hasta entonces no habían sido considerados, fueran tomados en cuenta: los factores sociales. De allí la importancia de describir a grandes rasgos

los principales postulados de dicha teoría, los cuales fueron tomados fundamentalmente de la obra titulada "El Suicidio" (Durkheim, 1897).

Durkheim definió al suicidio como toda muerte que resulta mediata o inmediatamente de un acto, positivo o negativo, ejecutado por la propia víctima a sabiendas de que tendría este resultado. Tanto si la muerte es aceptada como condición lamentable pero inevitable, (por ejemplo un soldado), como si es expresamente buscada y querida por sí misma, el sujeto RENUNCIA A LA EXISTENCIA, y lo que existe en común es que el acto que consagra esta renuncia a la existencia es cumplido con conocimiento de causa, es decir, el sujeto sabe cual será el resultado.

Si se consideran en conjunto los suicidios ocurridos en una sociedad dada durante una unidad de tiempo determinada, según Durkheim se comprueba que no se trata de una simple suma de unidades, con una naturaleza social. Cada sociedad tiene en cada momento de su historia una aptitud definida hacia el suicidio. La velocidad con que aumenta el suicidio es distinta para cada país; cada país tiene su coeficiente de aceleración propio, y toda sociedad esta predispuesta a suministrar un contingente determinado de muertes voluntarias.

El suicidio y los estados psicopáticos.

Para los alienistas, el suicidio se considera una alienación, además de una afección únicamente individual; defendían su teoría de dos maneras: primero considerando al suicidio como una demencia especial, y segundo, considerándolo como un episodio común a una o varias formas de alienación. Durkheim menciona al respecto que si el suicidio constituyera una forma de demencia, esta sería parcial, lo cual no es posible, pues siempre que una facultad está lesionada lo están las otras también. Por lo tanto el suicidio no es una forma distinta de locura.

Es posible que el suicidio solo tenga lugar en un estado de locura, pero existen suicidas alienados y suicidas que no lo son. Jousset y Moreau de Tours (citados en Durkheim 1897) clasifican los suicidios de los alienados en cuatro tipos:

1. *Suicidio Maníaco*: Se debe a alucinaciones o a concepciones delirantes; se matan por escapar a un peligro o a una vergüenza

imaginaria, o bien obedeciendo a una orden misteriosa. Esta alucinación o delirio es repentino.

2. *Suicidio Melancólico*: Se debe a depresión; a una tristeza exagerada. La vida le parece dolorosa o aburrida, y al igual que estos pensamientos las ideas de suicidio son constantes y perseverantes.

3. *Suicidio Obsesivo*: Es causado solo por la idea fija de muerte que sin razón aparente, se ha adueñado de la mente del enfermo; es una necesidad instintiva. El individuo se da cuenta de lo absurdo de su obsesión, y lucha contra ella, y durante la lucha se siente triste y ansioso, por lo que a veces se le ha denominado *Suicidio Ansioso*.

4. *Suicidio Impulsivo y Automático*. Resulta de un impulso brusco e irresistible en el momento. El impulso suicida irrumpe y produce sus efectos con automatismo, sin un precedente intelectual.

Los suicidios de los alienados no constituyen el género en su totalidad; entre la alienación y el equilibrio existen estados intermedios conocidos como *Neurastenia*. La neurastenia pudiera predisponer al suicidio, pues los neurasténicos están predestinados al sufrimiento, son muy sensibles - en su sistema nervioso - al exterior. En ocasiones pueden huir del mundo que les hace daño y buscar la soledad, y constituyen así un terreno predilecto de la idea de suicidio.

En una sociedad dotada de una organización definida, el individuo solo puede mantenerse a condición de poseer una constitución mental y moral igualmente definida, lo cual es justamente lo que le falta al neurópata. Se trata de sujetos a quienes las cosas siempre les toman por sorpresa, por lo que inventan formas originales de comportamiento, formas improvisadas que no funcionan cuando debe adaptarse a situaciones tradicionales. Por ello tienen más dificultad en adaptarse a cuanto más estabilidad tenga el sistema social.

Es muy probable que sea este tipo psicológico el más generalizado entre los suicidas. Podemos suponer que la neurastenia basta para provocar la producción de muertes voluntarias, o bien que vuelve a los individuos más susceptibles a la acción de las fuerzas externas a él, que constituyen por si solas las causas determinantes en la producción de muertes voluntarias.

Se ha tratado de establecer una relación estrecha entre el alcoholismo y el suicidio, o bien entre las enfermedades mentales causadas por el alcoholismo y el suicidio. En todos los casos se llega a la conclusión de que *no existe ningún estado psicopático que mantenga una relación regular con el suicidio*: no porque una sociedad tenga una mayor o menor cantidad de neurópatas o de alcohólicos se dan más o menos suicidas. Sin embargo, todos estos estados psicopáticos constituyen un terreno psicológico propicio a la acción de las causas que pueden empujar e un individuo a darse muerte, *sin ser en sí mismos una causa*. Esto significa que en idénticas circunstancias un individuo con problemas psicopáticos se mata más fácilmente que el individuo sano, pero no se mata necesariamente como respuesta a su estado; el acto no se llevaría a cabo sin la acción de otros factores.

Según Durkheim "para cada grupo social existe una tendencia específica al suicidio que no se explica ni con la constitución orgánico psíquica de los individuos ni con la naturaleza del medio físico...debe depender necesariamente de causas sociales y constituir por sí misma un fenómeno colectivo."⁵ Para este autor solo se puede clasificar al suicidio con base en las causas de que depende, es decir, se esforzó en proporcionar una clasificación de tipo etiológico, llegando a describir tres tipos de suicidio: El suicidio egoísta, el suicidio altruista y el suicidio anómico, que son descritos a continuación.

El suicidio egoísta.

Durkheim realizó un exhaustivo análisis de las estadísticas de suicidios, llegando a la conclusión de que el suicidio es inversamente proporcional al grado de integración de los grupos sociales de que forma parte el individuo. Definió como *suicidio egoísta* al tipo de suicidio que resulta de la individualización extrema, donde el yo individual se afirma con exceso frente al yo social como resultado de la debilitación de los grupos a que el sujeto pertenece, y ante lo cual tiene que depender menos de dichos grupos y remitirse a sí mismo, para no reconocer otras reglas de conducta que las fundadas en intereses particulares.

El suicidio egoísta se ve reducido cuando la sociedad está fuertemente integrada y tiene a los individuos bajo su dependencia,

⁵ DURKHEIM. El Suicidio. 1897. Página 107.

impidiéndoles de algún modo disponer de si mismos; los individuos tienen deberes con su grupo social, y el grupo se opone a que se sustraigan de dichos deberes mediante la muerte. Al suicida de tipo egoísta le falta una razón para soportar las miserias de la existencia, y en cambio cuando hay solidaridad con el grupo se obstinan en vivir para no faltar a los intereses sociales.

Según el autor, el individualismo excesivo es en si mismo una causa de suicidio, pues no se tiene otro objetivo que uno mismo y no se puede escapar a la idea de que el esfuerzo propio está destinado a perderse en la nada. El estado de egoísmo está en contradicción con la naturaleza humana, y cuanto más nos desligamos de la sociedad más también nos desligamos de esta vida.

El suicidio altruista.

En contraposición con el suicidio egoísta, el suicidio altruista se da cuando el individuo está fuertemente integrado con la sociedad. En esta categoría Durkheim incluye los suicidios tan frecuentes entre las sociedades primitivas, donde los individuos no se mataban por ejercer un derecho, sino por cumplir un deber; por una obligación que de no ser cumplida se paga con el deshonor o con castigos religiosos. En este tipo de suicidio se reconocen las tres categorías siguientes: a. Los hombres que llegan a la vejez y están enfermos, b. Las mujeres que se suicidan tras la muerte del esposo y c. Los servidores que se quitan la vida cuando mueren sus jefes. Dichos casos se incluyen dentro del *suicidio altruista obligatorio*, que se caracteriza por ser llevado a cabo como un deber, y es diferente del *suicidio altruista facultativo*, pues en este último el individuo se mata sin estar expresamente obligado a hacerlo, pero sí contando con la aprobación y actitud favorable de quienes están alrededor. Como ejemplo tenemos a quienes se dejan matar por vino o dinero, o los japoneses que competían entre ellos para mostrar quien era más hábil para abrirse el vientre. La diferencia entre los dos tipos de suicidio mencionados también radica en que en el obligatorio se llega al suicidio para escapar de la deshonor, mientras que en el facultativo se hace para alcanzar mayor estima, además de que la sociedad los exige menos expresamente que cuando son obligatorios.

Como un último tipo de suicidios altruistas, tenemos aquellos en que el individuo se sacrifica por el placer del sacrificio, donde según Durkheim el individuo aspira a despojarse de su ser personal para abismarse en otra cosa, que considera su verdadera esencia. En este caso el individuo actúa con esperanza, pues percibe perspectivas más bellas más allá de esta vida. Durkheim definió a esta categoría como *suicidio altruista agudo*, considerando como su máxima expresión al suicidio místico.

El suicidio anómico.

Como un tercer grupo de suicidios Durkheim incluyó a aquellos que ocurren cuando la sociedad se enfrenta a una crisis, ya sea afortunada o desafortunada. Es decir, consideró que toda ruptura de equilibrio, aún cuando resulte de ella un mayor bienestar y un aumento de la vitalidad general, impulsa a la muerte voluntaria; por ello tenemos que tanto las crisis económicas como un incremento en la prosperidad de un país pueden tener como resultado un incremento en la tasa de suicidios.

Para Durkheim la sociedad juega un papel regulador o moderador de las necesidades morales de los individuos; estos últimos reciben su ley no de un medio material impuesto, sino de una conciencia superior a la suya, cuya superioridad sienten: se encuentran bajo el yugo de la sociedad. Pero cuando la sociedad está perturbada por una crisis se muestra momentáneamente incapaz de ejercer esta acción. En el caso de las crisis económicas, el individuo se ve forzado a disminuir sus exigencias y a restringir sus necesidades, situación a la que no está acostumbrado, le resulta intolerable, y que explica de alguna forma el incremento en la tasa de suicidio.

En las crisis afortunadas, los deseos se exaltan, pues se pierde la noción de lo que es justo y lo que no lo es, es decir, se pierde toda reglamentación y los individuos ya no saben donde están los límites ante los cuales deben detenerse. Las exigencias se vuelven tan fuertes que resulta imposible satisfacerlas y la lucha se hace violenta por estar menos regulada.

La diferencia principal del suicidio anómico con respecto al egoísta y al altruista radica en que depende, no de la manera en que los individuos están ligados a la sociedad, sino de la manera en que ella los reglamenta. El suicidio egoísta proviene de que los hombres ya no vislumbran en la

vida una razón de ser; el suicidio altruista, de que dicha razón les parece hallarse fuera de la vida misma, la tercera clase de suicidio —el suicidio anómico— proviene de que su actividad está desorganizada y de que sufren por ello.

ASPECTOS SOCIALES DEL SUICIDIO EN LA ÉPOCA ACTUAL

Con base en una revisión de los estudios más recientes acerca del suicidio en México, se dice que la mayoría de las investigaciones se refieren sobre todo a *suicidio consumado* y tomando como base las estadísticas vitales. En este sentido, al ser el suicidio consumado un fenómeno poco frecuente en México según los registros oficiales, es muy poco estudiado. Sin embargo, se sabe que las estadísticas en este sentido son poco confiables debido a estrategias inadecuadas de investigación y a definiciones ambiguas, aunadas al tabú social acerca del suicidio. (Gómez y Borges, 1996).

Existen principalmente dos tipos de estudios referentes al suicidio, los de tipo epidemiológico y los de revisión bibliográfica, siendo más frecuentes las investigaciones epidemiológicas. Si a través de estas investigaciones tratamos de elaborar datos generales acerca del suicidio, encontramos que:

- El suicidio consumado es más común en hombres, mientras que el intento de suicidio se presenta más frecuentemente en mujeres.
- El tener un intento de suicidio es un factor de riesgo para cometer un suicidio, es decir, que la mayoría de las personas que cometen un suicidio presentan previamente un intento al menos.
- En la actualidad se observa una gran incidencia de casos de suicidio e intento suicida entre los adolescentes y adultos jóvenes, constituyendo una de las causas más importantes de muerte entre esta población. El rango de edad en que ocurre con mayor frecuencia un acto suicida (ya sea intento o suicidio consumado) es entre los 15 y los 49 años.

- El intento de suicidio se presenta con mayor frecuencia en solteros que en aquellas personas que tienen algún vínculo conyugal.
- El intento de suicidio se ha asociado en primer término con **problemas familiares**, seguido de problemas afectivos, enfermedades mentales e intoxicación por alcohol.
- Los hombres suelen emplear métodos violentos, como son las armas de fuego, el ahorcamiento, etc. Las mujeres, por su parte, emplean sobre todo los psicofármacos y las sustancias tóxicas.
- Una gran cantidad de investigaciones asocian el fenómeno del suicidio con el consumo de alcohol, la ansiedad y la depresión.
- Aún cuando en pocos estudios se reportan datos acerca de la escolaridad, en uno de ellos se encontró que de la muestra seleccionada constituida por personas que presentaron intento suicida la mayoría tenía una escolaridad de Educación Media (34.56%), y una gran proporción contaba con Preparatoria (27.16%) o con nivel profesional (20%).
- Hay pocas investigaciones en el país en general, pero la mayoría de ellas se han realizado en el D.F., o en Guadalajara. En el resto del país es poco o nada lo que se ha indagado acerca del tema.
- El fenómeno del suicidio aumenta año con año, calculándose un incremento del 156 % en la tasa de suicidios consumados entre 1970 y 1994, aumento que es más considerable en hombres que en mujeres (Borges, Rosovsky, Gómez y Gutiérrez. 1996).

EL SUICIDIO DESDE UN ENFOQUE PSIQUIÁTRICO

La psiquiatría es una rama de la medicina que se ocupa de las manifestaciones y tratamiento de las anomalías de la personalidad, pues estas anomalías afectan el mundo subjetivo del individuo así como su capacidad para relacionarse con los demás y por consiguiente para adaptarse a la vida en sociedad. Estas perturbaciones abarcan los trastornos notorios en la conducta y que influyen en los sentimientos y en el pensamiento; además se incluye el funcionamiento de diversos sistemas orgánicos, hechos que determinan que la psiquiatría se sirva en su práctica del estudio de las ciencias biológicas y las ciencias sociales, observando diversos procesos anatómicos, fisiológicos, y bioquímicos en el individuo; además de las experiencias vitales del sujeto dentro de la sociedad. La interacción de estos factores determinan la estructura que presenta la personalidad del individuo.

Es así como la psiquiatría clásica ha llegado a considerar al suicidio desde una postura radical una enfermedad mental perfectamente diferenciada de otras, o bien, desde una postura más flexible, como consecuencia de un trastorno mental.

Por otro lado, la psiquiatría se ha encargado de realizar una gran cantidad de estudios epidemiológicos con el fin de detectar factores de riesgo asociados a la conducta suicida. Dichos factores incluyen variables sociodemográficas, psicopatológicas y sociales.

Trastornos psiquiátricos asociados al suicidio.

Entre los factores de riesgo asociados al suicidio, la mayoría de los escritos al respecto mencionan que los sujetos que intentan suicidarse tienen altos índices de psicopatología, sobre todo de desórdenes afectivos, de abuso de sustancias, de ansiedad, de patrones alimenticios y antisociales.

"La enfermedad mental es el factor de riesgo más importante de suicidio y los pacientes psiquiátricos forman un grupo de elevado riesgo

en relación a la mortalidad y morbilidad por suicidio".⁶ Se han realizado una serie de estudios epidemiológicos que muestran una diferencia significativa de los actos suicidas entre las personas afectadas por un trastorno mental y la población en general. Se dice que el riesgo de suicidio es especialmente elevado en los pacientes con diagnóstico de depresión, esquizofrenia y alcoholismo, pero los actos de suicidio pueden ocurrir en la mayoría de los pacientes psiquiátricos.

En otros estudios, los datos encontrados refuerzan esta asociación entre el suicidio y los trastornos mentales, sobre todo con la depresión, el abuso de sustancias, y la impulsividad (O'Connor y Sheehy, 1999; Jiménez, Senties y Ortega, 1997; Terroba, Heman, Saltijeral y Martínez, 1986); ésta última no es precisamente un trastorno mental, pero sí la podemos considerar un rasgo que se presenta comúnmente en dichos trastornos.

Depresión y suicidio.

Se considera que un elemento presente en el suicidio es el *autosadismo* o la *autoagresión* intensa. Al respecto, aún cuando algunos autores clasifican al suicidio como un trastorno aparte, con rasgos propios que lo convierten en un cuadro nosológico independiente, otros lo asocian fuertemente a la depresión o melancolía donde el individuo muestra múltiples formas de autoagresión a modo de castigarse por sus culpas. De esta forma, cuando una persona en estado depresivo muestra una fuerte tendencia al suicidio esto representa la máxima expresión de esa tendencia autodestructiva.

La gran mayoría de los autores coinciden en que el padecimiento que mas se encuentra relacionado con el suicidio es precisamente la depresión, sin ser por ello el único trastorno donde podemos considerar que una persona corre un alto riesgo de suicidio. En cuanto al tipo de depresión mayormente asociada con el suicidio, se considera que es la depresión mayor, pero el riesgo es alto en todos los tipos de depresión. (Sarró y De la Cruz. 1991).

⁶ SARRO y DE LA CRUZ. Los Suicidios. 1991. Página 56.

Hablando específicamente de datos cuantitativos, es en la depresión donde se presenta el mayor porcentaje de suicidio; "se ha llegado a afirmar que la mitad de las muertes voluntarias tiene lugar entre víctimas de depresión. Existen estimaciones que afirman que el riesgo de cometer suicidio en una persona deprimida es cincuenta veces mayor que el de una persona no depresiva" (Villardón, 1993).

En un estudio realizado con el fin de clasificar el suicidio consumado en grupos, se encontró que, aún cuando pueden distinguirse tres niveles de patología en los suicidas, la depresión está presente en cada uno de ellos desde un grado moderado, hasta un grado severo (O'Connor y Scheehy, 1999).

En otro estudio se encontró no solo la existencia de depresión en personas que cometieron suicidio, sino también la presencia de una disfunción serotoninérgica subyacente al estado depresivo (Jiménez, Sentíes y Ortega, 1997).

Alcoholismo y suicidio.

La adicción al alcohol es sintomática de un trastorno de la personalidad. Es común que muchos alcohólicos aseguren que si dejaran de beber serían individuos normales, pero, rara vez se encuentra, aun durante los periodos de sobriedad que tengan una personalidad psicológicamente bien adaptada.

Los sujetos que abusan del alcohol enfrentan consecuencias adversas significativas y recurrentes relacionadas con su consumo. La actividad laboral o escolar pueden verse afectadas, se pueden tener problemas legales a causa de la adicción, también se tienen problemas sociales o interpersonales resultado del alcoholismo. Los sujetos alcohólicos pueden beber en situaciones peligrosas, por ejemplo al conducir automóviles.

Los síntomas de depresión, ansiedad e insomnio acompañan frecuentemente y en ocasiones preceden la dependencia al alcohol aunque también pueden estar presentes al suspender el consumo. Estos factores se asocian a un aumento significativo del riesgo de accidentes, violencia y suicidio.

En el caso del suicidio el alcoholismo contribuye a su realización porque durante la intoxicación alcohólica grave se desinhiben los sentimientos de tristeza o rasgos depresivos en el individuo, lo cual aunado a la irritabilidad no controlada contribuye a que se intente el suicidio y en los casos menos afortunados se logre consumar.

Esquizofrenia y suicidio.

La esquizofrenia tiene síntomas psicóticos como característica definitoria. Se puede entender al término psicótico como "una pérdida de las fronteras del ego o un grave deterioro de la evaluación de la realidad" (DSM-IV, P. 279). Estos síntomas psicóticos se refieren a las ideas delirantes, a cualquier alucinación manifiesta, al lenguaje desorganizado, al comportamiento desorganizado o al comportamiento catatónico.

Se puede reconocer una reacción esquizofrénica por la calidad poco común y extravagante de la conducta, que presenta al individuo con este trastorno, distante con el ambiente, con impulsividad destructiva y emociones expresadas de forma inmadura y exagerada, que pueden tener direcciones ambivalentes y parecen inapropiadas al ser observadas.

La esquizofrenia se asocia al suicidio porque aproximadamente el 10% de los sujetos esquizofrénicos se suicidan (DSM-IV, p. 283), todo esto sin mencionar el porcentaje de casos en los que el suicidio no es consumado y tal vez no sea registrado. Es necesario tener en cuenta todas las características pertenecientes al esquizofrénico pues lo llevan a tener una personalidad con vida social deficiente, además si se toma en cuenta que la falta de conciencia de la enfermedad es frecuente, esto nos lleva a predecir que habrá poco apego a los tratamientos empleados para su control y por lo tanto pocas probabilidades de reducir el riesgo suicida.

Impulsividad y suicidio.

Se dice que la impulsividad también juega un papel importante en el suicidio, específicamente en el intento de suicidio. En una interesante investigación realizada en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez (Jiménez, Senties y Ortega, 1997), se estudiaron 27 sujetos con

intento suicida y se compararon con 17 pacientes que no habían presentado intento suicida; se encontró una diferencia significativa entre los grupos en lo referente a la depresión y la impulsividad; una de las aportaciones del estudio es haber encontrado la presencia de mayor grado de impulsividad como estilo de vida en las pacientes que presentaron intento suicida en comparación con quienes no habían intentado suicidarse.

Los sujetos que presentan mayor grado de impulsividad se caracterizan por la intensidad explosiva de sus emociones, que experimentan en respuesta a estímulos externos relativamente ligeros; presentan un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad.

Las personas con este tipo de trastorno presentan un patrón de relaciones inestables e intensas; la tensión emocional en estos sujetos en la mayoría de los casos se encuentra en un punto casi extremo y puede, en forma repentina e inesperada, explotar en ira desatada u otra exhibición emocional desproporcionada. Se presentan entonces comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes. Estas acciones suicidas se pueden entender como una respuesta a la frustración o como un esfuerzo para aliviar una situación que el individuo considera intolerable, donde se refleja su inmadurez emocional al emplear defensas poco adecuadas para disminuir su malestar.

EL SUICIDIO DESDE UN ENFOQUE PSICOANALÍTICO

Duelo y Melancolía. Freud, S. 1917 (1915)

En este escrito, Freud establece una comparación entre el proceso de *duelo y la melancolía*, encontrando que los rasgos característicos son similares, solo que en la melancolía hay una disminución del sentimiento de sí, lo cual no se presenta en el duelo. En el duelo, Freud suponía que cuando el examen de realidad muestra que el objeto amado ya no existe, exhorta a quitar la libido de los enlaces de dicho objeto, a lo cual se opone una renuncia: el hombre no abandona de buena gana una posición libidinal.

La melancolía también puede ser una reacción frente a la pérdida de un objeto amado, no necesariamente por muerte, sino porque *se pierde como objeto de amor*, es decir, hay una pérdida sustraída de la conciencia, a diferencia del duelo, en que la pérdida es consciente. El melancólico muestra una rebaja de su sentimiento yoico; un enorme empobrecimiento del yo. Esto llama poderosamente la atención, pues el melancólico manifiesta una pérdida no de objeto, sino una *pérdida en el yo*, lo cual se hace evidente por la pérdida de respeto a sí mismo.

De lo anterior se deduce que una parte del yo se contrapone a la otra, la aprecia críticamente, la toma por objeto, es decir que se enferma una parte del yo, escindida del resto. Los autorreproches son hechos contra un objeto de amor, que han rebotado sobre el yo propio. Esto significa que lo que el melancólico dice de sí mismo, lo dice en realidad del otro.

Freud propone la siguiente reconstrucción del proceso: Después de una elección de objeto, ante una afrenta real o un desengaño, la investidura de objeto se cancela (por haber sido poco resistente); pero la libido no se desplazó a otro objeto, sino que se retiró sobre el yo, en donde se estableció una *identificación del yo con el objeto perdido*. A partir de ello el yo puede ser juzgado como el objeto abandonado, y la pérdida de objeto se convierte en una *pérdida en el yo*. El conflicto entre el yo y la persona amada se vuelve una *bipartición entre el yo crítico y el yo alterado por identificación*.

Para que se dé el proceso como lo propuso Freud, debe haber existido por un lado una fuerte fijación al objeto, y por otro lado - en contradicción - una escasa resistencia de la investidura de objeto. Además debió existir una *elección narcisista de objeto*, para que la investidura pueda regresar al narcisismo si tropieza con dificultades.

Freud nos dice que la identificación es la etapa previa a la elección, y el primer modo —ambivalente— como el yo distingue a un objeto. Querría devorarlo de acuerdo con la fase oral; a esto atribuye Abraham la repulsión al alimento en el deprimido.

La disposición a contraer melancolía se remite pues al predominio de tipo narcisista de la elección de objeto, regresión desde la investidura de objeto hasta la fase oral de la libido, que pertenece todavía al narcisismo.

LA MELANCOLÍA ES UNA IDENTIFICACIÓN CON EL OBJETO, UNA IDENTIFICACIÓN DE TIPO NARCISISTA. Toma una parte de las características del *duelo* y la otra de la *regresión* desde la elección narcisista de objeto hasta el narcisismo. La pérdida del objeto de amor es una ocasión privilegiada para que salga a la luz la ambivalencia de los vínculos de amor.

Los desencadenantes de la melancolía rebasan la pérdida por muerte, y abarcan todas las situaciones de afrenta, menosprecio y desengaño, por lo cual puede darse en el vínculo una oposición entre el odio y amor o reforzarse una ambivalencia preexistente.

Si el amor por el objeto se refugia en la identificación narcisista, el odio se ensaña con ese objeto sustitutivo a través de insultos y sufrimientos, ganando en ello una *satisfacción sádica*. Además, con la *autopunición* los melancólicos logran desquitarse de los objetos originarios y martirizar a sus amores por su condición de enfermos.

Así, la investidura de amor en relación con su objeto experimenta dos caminos:

1. Regresa a la identificación

2. Bajo la influencia del conflicto de la ambivalencia se traslada hacia atrás, hacia la etapa del sadismo

Con lo anterior se puede obtener una explicación de la inclinación al SUICIDIO: el yo solo puede darse muerte si puede tratarse a si mismo como un objeto, si puede dirigir contra si mismo esa hostilidad que recae sobre un objeto y subroga la reacción originaria del yo hacia objetos del mundo exterior.

Se dice que el duelo, pasado cierto tiempo, desaparece sin dejar secuelas; se necesita tiempo para ejecutar la orden que emana del examen de realidad, y cumplido esto, el yo ha liberado su libido del objeto perdido. Freud supuso la existencia de un trabajo análogo para la melancolía, pero falta la comprensión económica del proceso en ambos casos.

Además de mencionar aspectos relacionados con el suicidio en el texto de Duelo y Melancolía, Freud aporta elementos para su entendimiento en otros de sus escritos; al desarrollar su segunda teoría del instinto y postular la existencia del instinto de muerte además del impulso de conservación y el impulso de reproducción, considera que ya el mero hecho de vivir implica un estado de tensión, y el hombre se encuentra siempre en un impulso hacia la muerte, que es un alivio para la tensión. Freud consideraba que dicho impulso destructivo está dirigido primordialmente contra uno mismo, y solo de manera secundaria se vuelve contra otros en forma de agresión, siendo el *suicidio* precisamente el fracaso en el intento de volver hacia afuera el instinto de muerte (Thompson, 1950).

El suicidio y la relación con el objeto libidinal: pérdida y depresión.

Se dice que un suicidio asociado a una pérdida ocurre cuando el individuo vive dichas pérdidas como irreparables, y que además se observa una identificación con el objeto perdido. Retomando las ideas expresadas en el texto Duelo y Melancolía (1917), Freud proponía como explicación acerca de la inclinación al suicidio, que el yo solo puede darse muerte si puede tratarse a si mismo como a un objeto, si puede dirigir contra si mismo esa hostilidad que recae sobre un objeto y subroga la reacción originaria del yo hacia objetos del mundo exterior.

Además de la concepción de Freud con respecto a la melancolía, Moron (1992), hace una distinción entre el proceso implicado en el suicidio en la depresión neurótica y el suicidio en la melancolía. Según dicho autor en la *melancolía* y la *depresión neurótica* la principal característica que opera es la AMBIVALENCIA, y en el deprimido, dividido entre odio y amor, opera un compromiso entre sus impulsos contradictorios. En el caso de la melancolía tal ambivalencia se ubica en el nivel sádico-oral, donde el objeto no se puede amar sin ser destruido. También se encuentra implicada una pérdida de objeto, pues al desaparecer dicho objeto o alterarse su imagen ante el sujeto se producen difusiones libidinales y agresivas que no se dirigen al objeto, sino al Yo, dándose una *identificación agresiva* y una "recomposición estructural que caracteriza al yo de los melancólicos. Una parte del Yo va a identificarse con el objeto perdido, recuperándose de esta manera. Es lo que llamamos "introspección", mecanismo de defensa muy primitivo y diferente a la identificación normal, porque opera sobre un objeto parcial y mal distinguido por el sujeto (Moron, 1992). Por su parte el Superyó se colma - de manera inconsciente - de impulsos agresivos que originalmente estaban dirigidos en contra del objeto, de tal forma que el conflicto sujeto-objeto se interioriza, transformándose en un conflicto entre el Yo, modificado por el sujeto, y el Superyó, que ejercerá su sadismo sobre el Yo.

En resumen, en la melancolía se muestra una *desintegración de la relación con el objeto* y un *cambio estructural del Yo*, ante lo cual se realiza una introspección y el suicidio de los melancólicos toma su significado.

Según Moron puede darse el *SUICIDIO PASIVO* donde el Yo, al sentirse abandonado por el Superyó se deja morir, o bien el *SUICIDIO ACTIVO* donde el Yo se revela y a la vez se somete a las exigencias sádicas del Superyó. Desde el punto de vista de dicho autor el melancólico realiza una operación propiamente psicótica y delirante. Para el melancólico todo cae en el vacío. Además se da una introspección total; la relación objetai se desintegra de tal modo que el objeto solo existe interiormente y el sujeto ya no solo busca la destrucción del objeto incorporado, sino volver nuevamente al seno de este. Mediante el suicidio

el melancólico unifica su Yo, se integra con el objeto y unifica sus impulsos dispersos.

Dada esta situación, lo que puede resultar una mejor defensa ante el suicidio en el deprimido es la permanencia de la relación con un objeto exterior, lo cual constituye un vector y organizador de impulsos.

En cuanto a la depresión neurótica se plantea que, además de la ambivalencia, el *narcisismo* juega un papel fundamental en la personalidad del deprimido; en éste su estima se basa en la estima de los demás, el deprimido es dependiente de su objeto y está expuesto a la frustración. Aún cuando el mecanismo que desencadena todas las depresiones es semejante, lo que distingue a la depresión neurótica es la existencia de una introspección incompleta.

En la depresión neurótica se conserva la relación de objeto, y el conflicto no se interioriza, sino que se sitúa en el sujeto y sus objetos; es común que el suicidio en este tipo de personalidad quede a un nivel de amenaza a través de la cual el individuo intenta a la vez seducir y agredir al objeto.

El suicidio puede representar, específicamente en personas donde es frecuente la fantasía de suicidio (que "sueñan" con morir), el medio para alcanzar el amor del objeto. En un tipo de depresiones que Moron define como *reaccionales*, se observan suicidios asociados a una identificación erótica con una persona muerta, o intentos que son propiciados por la esperanza de reunirse nuevamente con el muerto. Así mismo, el suicidio puede representar la negación de una situación de abandono del objeto, en la cual el sujeto suicida desea mantener la iniciativa, es decir, decide abandonar para no vivir el abandono hacia él.

Factores inconscientes asociados al suicidio.

Karl Meninger (1972) resalta la idea de que es evidente que una buena parte de la destrucción que azota la tierra es la *autodestrucción*, y que es notable que el hombre tiene una extraña propensión a asociarse con las fuerzas externas para atacarse a si mismo. Es por ello que analiza al suicidio con base en el instinto de muerte, para dar explicación a las tendencias autodestructivas del ser humano. Sabemos que desde el

principio de la vida existen fuertes propensiones hacia la propia destrucción, las cuales solo conducen al suicidio en casos excepcionales, donde se conjugan diversos factores para hacerlo posible. Basado en la obra de Freud, Meninger considera que los instintos de vida y muerte (que él llama las tendencias constructivas y destructivas de la personalidad) se hallan en constante conflicto y acción recíproca. Dichas fuerzas, originalmente dirigidas al interior, finalmente llegan a ser encauzadas hacia otros objetos como resultado del desarrollo de la personalidad. Sin embargo, nadie queda completamente libre de las propias tendencias autodestructivas; se llega a una especie de equilibrio que es mantenido hasta que nuevos acontecimientos del ambiente lo alteran.

En congruencia con las ideas de Meninger, hay quien asegura que el deseo suicida se asocia siempre con autocastigo y autoreproche; que exterioriza la eficacia de un superyó regresivo como resultado de la pulsión de muerte, que se liga a una especie de "masoquismo moral" (Moreira, 2000). Para Moreira existe autodestrucción en una gran cantidad de individuos, aunque su manifestación en cada uno de ellos no sea necesariamente grave.

Para algunos autores, se considera suicidio todo tipo de acción donde el impulso a la muerte está implícito o explícito, es decir, incluyen como suicidio a cualquier tipo de conducta autodestructiva (Meninger, 1972; Moreira, 2000).

Meninger reconoce en el suicida motivos ocultos que determinan su elección, llegando a considerar tres componentes presentes en el acto del suicidio: *el deseo de matar, el deseo de ser matado y el deseo de morir.*

Para proporcionar una mejor comprensión de la psicodinámica profunda e inconsciente del suicidio, Abadi (1973) subraya un hecho que a menudo pasa inadvertido, y que él considera de suma importancia: la íntima relación causal del suicidio con las vivencias persecutorias y ansiedades paranoides, donde se incuba y toma cuerpo toda fantasía de suicidio.

Dicho autor afirma que para el psicoanálisis la intencionalidad de un acto es independiente de su toma de conciencia por parte del sujeto, es decir, considera tan voluntario un suicidio llevado a cabo

inconscientemente, como cuando se realiza de manera consciente. Considera que en la fantasía del paciente, el suicidio deseado, imaginado o frustrado tiene las mismas connotaciones que el suicidio realizado y logrado; para él no existe diferencia entre los suicidio fantaseados y reales en virtud de que, mientras los reales encuentran expresión a través de la motilidad y apelando al proceso secundario, los fantaseados se manifiestan solo en el mundo de la fantasía del paciente, en el plano del proceso primario, pero para ambos el contenido es el mismo.

Para Abadi son nucleares en la comprensión del suicidio las siguientes nociones:

- El predominio de las ansiedades paranoides y vivencias persecutorias.
- La noción de que el suicidio es resultante de mecanismos de defensa del yo.
- Su carácter de actuación psicótica.
- La intensa condición masoquista subyacente.
- La postulación del valor mágico del acto suicida.
- El nivel profundo de regresión.

Respecto a lo anterior menciona que todo paciente con tendencias suicidas es un individuo atemorizado, presa de pánico y poseído por un verdadero delirio de persecución, las más de las veces inconsciente. Al considerar que lo nuclear de todo suicidio es el trasfondo latente de vivencias persecutorias y ansiedades paranoides, supone que el suicidio es una **actuación defensiva**, basada en la fantasía inconsciente de escapar mágicamente del perseguidor.

Otra de sus consideraciones es que la fantasía subyacente en todo suicidio es la de agredir a un objeto interno o de satisfacer de forma masoquista el sentimiento de culpa y la ansiedad de castigo, lo cual constituye al suicidio como un mecanismo de defensa del yo frente a determinadas angustias paranoides, reactivadas por la regresión.

Puede considerarse al suicidio como el último medio para defenderse de la persecución, con la fantasía de escapar del perseguidor anteponiendo un abismo infranqueable entre éste y el sujeto.

Por lo tanto, para Abadi el suicida es "...un individuo que mágica y maníacamente se escapa, y que escapándose se defiende de la persecución, que la profunda regresión lo lleva a vivenciar inconscientemente."⁷

El sentimiento latente en el suicidio es el *miedo*. El suicidio constituye pues un momento en que emerge y se hace manifiesto el núcleo psicótico subyacente, ya que apela a los mecanismos de defensa más regresivos, basados en la omnipotencia infantil, en la negación maníaca de la muerte y en la disociación entre una parte del yo (identificada con el perseguidor) y otra, suicida.

Alfred Adler y su concepción del suicidio.

En su texto *El Carácter Neurótico*, Adler (1984) afirma que entre las formas de comportamiento neurótico dirigidas a asegurar la ficción masculina, se destacan impulsos autoagresivos, entre los cuales se incluye al suicidio. Considera a la neurosis como un acto para atormentarse a si mismo, que tiende a elevar el sentimiento de personalidad y a ejercer presión sobre el ambiente. Para este autor los más tempranos impulsos agresivos contra la propia persona se remontan hasta la infancia y se pueden observar en aquellos niños que pretenden provocar el dolor o la atención de los padres a través de sus defectos, de la vergüenza, la enfermedad y la muerte; esto es, los niños utilizan sus manifestaciones de inferioridad para elevar su sentimiento de personalidad y provocar un mayor cariño por parte de los padres. Además de estas vivencias infantiles, el neurótico asegura su superioridad sobre las personas que le rodean a través de un estado de salud deficiente, mismo que otorga al individuo una ventaja sobre todo el mundo, pues sobrepasa a todos —a través de la enfermedad— en dolor y heroísmo.

Para Adler, el mecanismo que subyace a la idea de suicidio es la idea de causar daño, lo cual se interpreta como un acto de rebelión contra los padres o contra la vida. En contradicción a la búsqueda de superioridad y de ejercer presión sobre el ambiente, el individuo advierte que la idea de suicidio trae como consecuencia el pensamiento de muerte, el no ser, el transformarse "en polvo", el perder por completo la

⁷ ABADI. La fascinación de la muerte. 1973. Página 119.

personalidad; todo esto produce una reacción psíquica antagónica, y evita que el suicidio llegue a realizarse.

Adler concibe el deseo de morir como "una reacción de defensa y venganza, sobrentendiéndose un sentimiento de inferioridad".⁸

⁸ MORON. ¿Qué se? El Suicidio. 1992. Página 57.

ESTUDIOS RECIENTES REFERENTES AL SUICIDIO

El suicidio es un tema que genera gran interés en todas las áreas del conocimiento; la psicología no es la excepción, y una gran cantidad de psicólogos esperan aportar estudios que sirvan para prevenir, dar tratamiento o simplemente entender el fenómeno del suicidio.

Una de las situaciones que llama la atención es el hecho de que se recurra mucho a estudios acerca del suicidio en los adolescentes y jóvenes; esto es entendible si recordamos que una de las poblaciones más vulnerables al suicidio es precisamente la población adolescente. Es por ello que contamos con una gran cantidad de investigaciones sobre suicidio realizados en población adolescente, mismos que abordan variables como las que a continuación se mencionan: Fantasías asociadas al suicidio (Navarro, 1995), Estrés y su relación con el suicidio (Gómez, 1996), Factores psicológicos y sociales del suicidio (Matus, 1990), y Rasgos de personalidad en adolescentes suicidas (Lagunes, 19 ; Martínez, 1996; Moreira, 2000).

La gran mayoría de los autores de las investigaciones antes mencionadas centraron su interés por conocer los *rasgos característicos del adolescente suicida*, así como las causas o *implicaciones etiológicas del suicidio en adolescentes*. Las conclusiones que se han podido obtener de dichos estudios son:

- Los estudiantes con bajo desempeño escolar y con padres con un nivel bajo de escolaridad presentan mayor índice de estrés psicosocial y de suicidio (Gómez, 1996).
- Hay una estrecha vinculación entre las tres esferas que intervienen en el desarrollo del adolescente y el suicidio, es decir, existen factores biológicos, sociales y psicológicos asociados al suicidio (Matus, 1990).
- El suicidio es un tema tabú y por ello se deja de lado el estudio de las causas principales (Lagunes, 19).
- Las adolescentes suicidas enfatizan sus problemas, sintiéndose incapaces para resolverlos; además tienen baja autoestima, impulsividad y baja tolerancia a la frustración; muestran poco compromiso en las relaciones interpersonales que las lleva a relaciones

poco duraderas, y tienen problemas con las figuras de autoridad (Martínez, 1996).

- En todo adolescente suicida el papel que juega la pulsión de muerte es fundamental; se concibe al intento de suicidio como una lucha entre el impulso suicida y las fuerzas que se oponen a él, donde triunfan las últimas (Moreira, 2000).

Otro de los aspectos del suicidio adolescente que ha generado interés en los psicólogos al elaborar sus investigaciones es conocer la importancia de las motivaciones inconscientes del suicidio y la depresión, lo que les ha permitido encontrar que los adolescentes no deprimidos se muestran más abiertos ante sí mismos y ante los demás, y muestran una mayor sensibilidad ante su problemática así como mayor disposición para resolverla; se dan cuenta de sus recursos tanto intelectuales como físicos, a diferencia de los adolescentes deprimidos, quienes presentan temor a la soledad, al rechazo y abandono por parte de sus seres queridos (Navarro, 1995).

En cuanto a otros estudios recientes acerca del suicidio, en poblaciones distintas a la adolescente, una de las variables de mayor interés para realizar investigación ha sido el padecer algún tipo de trastorno psiquiátrico o adicción. Las conclusiones que se han obtenido al respecto son:

- Existe una relación entre el intento de suicidio y la depresión en pacientes psiquiátricos hospitalizados (Soto, 1990), y en pacientes alcohólicos; estos últimos al ser sometidos a la deshabitación de la conducta adictiva presentan un cuadro depresivo con ideas definidas de suicidio, pues al perder su elemento de equilibrio existencial se ven en la necesidad de enfrentar el mundo por sus propios medios (González, ---).
- El alcoholismo desempeña un papel pseudocompensador; contrarresta los miedos al rechazo del medio, y lleva a la sobrevivencia y no a la destrucción. Para el alcohólico el mundo afectivo se experimenta como independiente del organismo, y es por ello que, aunque biológicamente el sujeto se destruye a través del consumo de alcohol, psicológicamente encuentra recursos para sobrellevar su existencia.
- Puede clasificarse al suicidio consumado en varios grupos, sin embargo una de las características que comparten todos estos grupos es la presencia (en mayor o menor escala) de la depresión, y en la mayoría

de ellos se puede observar la presencia de trastornos mentales asociados, así como una historia de autoagresión previa a la consumación del acto suicida (O'Connor y Sheehy, 1999).

En un estudio titulado *Los condicionantes psicosociales de la conducta suicida*, (1991) Alejandro Gómez, Fernando Lolas y Alvaro Barrera, revisaron los factores psicológicos involucrados en la conducta suicida a través del análisis de investigaciones sobre el tema, específicamente investigaciones acerca de los aspectos psicológicos del intento suicida. A partir de ello aseguran que:

- Hay una superposición entre el grupo de personas que intentan suicidarse y el que lo consuma, pues un gran porcentaje de los suicidas ya había intentado suicidarse con anterioridad.
- Hay una relación estrecha entre un componente de la depresión: *la desesperanza*, y la ideación y el intento suicida.
- La ideación suicida puede considerarse como una expresión temprana de vulnerabilidad al suicidio.
- El suicidio se encuentra relacionado con alteraciones de la personalidad; pueden presentar rasgos oral-dependientes, hostilidad dirigida hacia afuera, tendencia a la actuación de sus impulsos y abuso en el consumo de drogas.
- En una investigación con pacientes psiquiátricas suicidas y no suicidas se concluyó que hay diferencias en cuanto a sus rasgos de dependencia, inmadurez, agresividad e inadecuación.
- En su revisión de la teoría psicoanalítica, resaltan el señalamiento de Jacobson acerca de que "el suicidio puede interpretarse como sadismo invertido o como la destrucción masoquista de los aspectos disociados y odiados del *Self*"⁹
- Por último es importante señalar que los autores consideran que el mayor potencial suicida puede atribuirse a los trastornos limítrofes, sobre todo si el trastorno concurre con un trastorno afectivo o abuso de sustancias.

⁹ GÓMEZ, Alejandro y otros. "Los Condicionantes psicosociales de la conducta suicida". Página 27. En: Salud Mental. Vol. 14. No. 1. Marzo de 1991.

COMENTARIOS

Como podemos deducir de la información contenida en este capítulo, el suicidio ha despertado a lo largo del tiempo diversas actitudes que responden a la concepción social respecto al acto suicida. Sin embargo, podemos generalizar en ese sentido que:

1. El acto suicida es aceptado o no según la situación que motive al individuo a la realización de dicho acto.
2. En general la religión condena o rechaza a todos aquellos individuos que pretenden (o logran) decidir sobre su propia muerte.
3. La visión acerca del suicida tiene mucho que ver con la concepción de muerte que prevalezca. También juega un papel importante en esto el enfoque teórico con que se vea el suicidio, siendo los principales el social, el psiquiátrico y el psicoanalítico.

En todas las definiciones de los diferentes actos suicidas encontramos implícita o explícitamente los siguientes dos elementos: a) La intencionalidad de morir, de una manera consciente o no, y b) La distinción entre el suicidio, el intento suicida y el parasuicidio como tres tipos diferentes de acto suicida.

Desde la perspectiva social, sin duda podemos decir que la teoría de Durkheim, elaborada hace más de cien años, cuenta con elementos lo suficientemente sólidos para hacer de ella la teoría social vigente de suicidio, además de haber sido precursora en este campo, debido quizá a que pretende condensar tanto los factores sociales como los individuales.

Los autores recientes en el ámbito social se han interesado primordialmente en conocer el comportamiento del fenómeno del suicidio desde una visión estadística, sin que la mayoría intente hacer un análisis de los datos con respecto a la situación social actual. Es decir, pareciera que lo que pretenden en hacer una asociación de variables, sin buscar una relación de causalidad o correspondencia entre dichas variables, ni dar una explicación basada en fenómenos actuales, como lo hizo Durkheim.

La psiquiatría por su parte, con una visión más integral del fenómeno, aún cuando han logrado encontrar una estrecha relación del

suicidio con la psicopatología no dejan de tomar en cuenta otros factores de riesgo, como por ejemplo las variables sociales. Sin embargo, aún cuando sabemos que existe una fuerte asociación entre el suicidio en cualquiera de sus modalidades (intento o acto) y los trastornos psiquiátricos, esto solo se ha descrito a nivel cuantitativo, tomando como base estudios descriptivos de las personas que cometen o intentan un suicidio, quedando por describir la manera en que opera el fenómeno en esta población para así dar una explicación de por qué el padecer un trastorno psiquiátrico constituye un factor de riesgo.

El enfoque psicoanalítico, por último, desde Freud hasta los autores más recientes no deja de otorgar la importancia primordial en el suicidio a los siguientes factores:

- El modo en que actúa en el suicida el *instinto de muerte*.
- La relación del suicidio con la *pérdida* y la *depresión*.
- De una manera menos constante, se ha atribuido importancia al tipo de relaciones objetales establecidas entre el individuo y sus figuras significativas, mismas que conforman el tema central de esta investigación.

CAPITULO 2

RELACIONES DE OBJETO

"No poder vivir con los otros
es no poder soportar la imagen de sí,
hasta el punto de suprimirla
(suprimiéndonos)
por medio de la supresión de sí mismo".

Denis Vasse

CAPITULO 2

RELACIONES DE OBJETO

CONSIDERACIONES GENERALES

Dada la importancia de las relaciones de objeto en el desarrollo de la personalidad, y la asociación que existe entre dichas relaciones y el intento suicida a continuación se analizan las teorías más destacadas al respecto, tratando de describir su evolución y los puntos relevantes descritos por los principales autores que han hecho aportaciones sobre el tema. Consideramos necesario iniciar nuestro análisis hablando de Sigmund Freud, quien fundó de manera indirecta las bases para que diversos teóricos comenzaran a investigar respecto a las relaciones infantiles con los primeros objetos y la importancia de ello en el desarrollo de la patología.

Algunos autores actuales, interesados en analizar la teoría de las relaciones objetales en psicoanálisis, ven en dicha teoría una línea de investigación diferente a la clásica. Para Michaca la teoría de las relaciones de objeto y la del conflicto intrapsíquico están interrelacionadas, aún cuando parezcan ser dos opciones opuestas. Los autores que consideramos más representativos de la teoría de relaciones de objeto son: Melanie Klein, Ronald Fairbain, Michael Balint, y Donald W. Winnicott, quienes conforman la *ESCUELA INGLESA DE RELACIONES*

OBJETALES, además de Edith Jacobson, Rene Spitz, y Margaret Mahler, como parte de la *ESCUELA AMERICANA*. Es importante mencionar también la valiosa contribución que realizan en este tema Otto Kernberg y H. Kohut, quienes además de aportaciones netamente teóricas, proponen aplicaciones concretas al tratamiento de patologías severas y por lo tanto su explicación acerca del desarrollo de la personalidad va encaminada a dar respuesta a por qué se producen dichas patologías.

Se dará una descripción más amplia y detallada de la teoría de Melanie Klein al ser ella la base a Phillipson para la creación del Test de Relaciones Objetales, la prueba utilizada en esta investigación.

Es importante señalar que el capítulo no pretende ser una compilación de teorías, sino que más bien intenta dar un panorama general de las diversas concepciones del desarrollo de la personalidad a partir de las relaciones de objeto, y con base en ello tratar de encontrar elementos comunes que den explicación al desarrollo de la personalidad suicida, concretamente el intento de suicidio.

De este modo, el conocer diversas concepciones acerca de las relaciones de objeto nos permite entender de manera general las relaciones que el individuo con intento suicida, así como el no suicida, sostuvieron en la infancia y sostienen en la actualidad con sus figuras significativas, con el entorno, y consigo mismos. Además podemos saber de que forma el desarrollo de las relaciones de objeto puede llevar a establecer en la etapa adulta relaciones objetales patológicas, a tal grado que llega a presentarse un intento suicida.

A pesar de que como ya lo mencionamos, la teoría que sirve como base es la de Melanie Klein, consideramos necesario conocer todas las posturas que a continuación se mencionan porque dan explicación, al igual que Klein, a una parte importante del desarrollo de la personalidad, que complementa nuestra visión y nos permiten tener un panorama global del desarrollo de las relaciones de objeto.

FREUD Y LA TEORÍA DE LAS RELACIONES DE OBJETO

En la teoría de Freud, encontramos que hay básicamente tres escritos en los cuales desarrolla o menciona aspectos referentes a la relación objetal, y aunque en ellos no utilizó el término objetos internos como tal, sí utilizó algunos equivalentes, como son: huellas mnémicas, representaciones mentales, introyectos, identificaciones y estructuras psíquicas. Estos tres escritos son: **a) Tres ensayos de una teoría sexual** (1905) considerada por Strachey una de las contribuciones más trascendentes y originales de Freud, **b) Introducción del narcisismo** (1914) y **c) Psicología de las masas y análisis del yo** (1921). En el primero realiza más bien un acercamiento al tema, sin llegar a desarrollarlo de manera amplia, mientras que en los dos restantes escritos desarrolla la diferencia entre libido yoica y libido de objeto y la diferencia entre elección anaclítica y elección narcisista de objeto, respectivamente, entre otros aspectos de la relación objetal.

Tres ensayos de teoría sexual. 1905.

En el primero de los tres ensayos, Freud propone la división del instinto en un *objeto sexual* (la persona de la que parte la atracción sexual) y una *meta sexual* (la acción hacia la cual se dirige la pulsión), y a partir de estas distinción realiza un análisis de las perturbaciones sexuales, mismas que son resultado de una desviación en el objeto o bien en la meta. Como desviaciones con respecto al objeto sexual menciona: la inversión (homosexualidad) y el recurso de la bisexualidad, y el preferir niños o animales como objetos sexuales. En cuanto a las desviaciones con respecto a la meta sexual, describe al uso sexual del orificio anal, al fetichismo, y las fijaciones de metas sexuales provisionales: tocar y mirar, el sadismo y el masoquismo.

Desde el punto de vista de Freud, en ninguna persona sana faltará algún complemento de la meta sexual normal que podría llamarse perverso. Los actos mencionados como fijaciones de metas sexuales se encuentran presentes en el acto sexual normal, y solo a veces constituyen una aberración sexual, cuando algunas de ellas se alejan tanto de lo

normal por su contenido que no podemos menos que declararlas "patológicas", en particular aquellas en que la pulsión sexual ejecuta asombrosas operaciones (lamer excrementos, abusar de cadáveres) superando las resistencias (vergüenza, asco, horror, dolor). Con base en ello, Freud concluye que la pulsión sexual tiene que luchar contra algunos elementos anímicos como si estos fueran resistencias, y que consta de varios componentes que en las perversiones vuelven a separarse.

Al referirse a la manera como opera la pulsión sexual en las psiconeurosis asegura que estas últimas descansan en fuerzas pulsionales de carácter sexual, no porque la pulsión sexual contribuya a las fuerzas que sustentan los síntomas, sino por ser la única fuerza energética constante en ellas. Asegura al respecto que los síntomas son la práctica sexual de los enfermos, cuya vida sexual se exterioriza de manera parcial o completa en tales síntomas. El significado que tienen los síntomas neuróticos es precisamente el servir de descarga a una serie de procesos anímicos investidos de afecto, deseos y aspiraciones, que por la represión han sido relegados al inconsciente; dichos procesos anímicos toman su fuerza de la pulsión sexual. Es necesario hacer la aclaración de que para Freud los síntomas no nacen exclusivamente a expensas de la pulsión sexual normal, sino que constituyen la expresión de pulsiones que, si fueran exteriorizadas, serían consideradas como perversas.

Todo el análisis realizado alrededor de las perversiones lleva a Freud a definir a la *pulsión* como la representante psíquica de una fuente de estímulos en continuo fluir, y a distinguirla del *estímulo* en que este último es producido por excitaciones que provienen del exterior. Lo lleva además a hablar de *pulsiones parciales*, que se diferencian unas de otras por la relación con sus *fuentes* somáticas y con sus *metas*; entendemos como fuente de la pulsión a un proceso excitador en el interior de un órgano, y como su meta el cancelar ese estímulo de órgano. También este análisis lo lleva a considerar la importancia de la sexualidad infantil en el desarrollo de los seres humanos.

El segundo de los ensayos, es precisamente referente a *la sexualidad infantil*. En él Freud habla de la existencia de una amnesia infantil, y que ciertas impresiones infantiles se conservan alejadas de la conciencia por la represión. Dicha amnesia oculta al individuo los

comienzos de su propia vida sexual, y es por ello que se considera que en la infancia no existe tal.

Describe en primer término el chupeteo como una exteriorización sexual infantil, considerando que es una conducta que aparece en la lactancia y puede permanecer toda la vida, y cuyo fin no es la nutrición. El chupeteo es un acto *autoerótico* pues la pulsión no está dirigida a otra persona, sino que se satisface en el cuerpo propio, y se rige por la búsqueda del placer. La primera de las actividades del niño y la más importante para su vida, mamar del pecho materno, lo familiarizó con ese placer, y sus labios en ese momento se comportan como una zona erógena, la zona **ORAL**. Según Freud, esto explica la forma en que el quehacer sexual se apuntala primero en una de las funciones que sirven a la conservación de la vida, y solo más tarde se independiza de ella. El independizarse, se refiere a que la necesidad de repetir la satisfacción sexual se separa por completo de la necesidad de buscar alimento; así el niño ya no se sirve de un objeto ajeno para mamar, sino que utiliza una parte de su propio cuerpo porque le resulta más cómodo, pues se independiza del mundo exterior al cual no puede dominar y a la vez crea una segunda zona erógena.

En el chupeteo Freud encontró los tres caracteres esenciales de una exteriorización sexual infantil: *a) Nace apuntalándose en una función corporal importante para la vida, b) No conoce **objeto sexual**, pues es autoerótica, y su meta sexual se encuentra bajo el dominio de una **zona erógena**.*

Con referencia a la **meta** en la sexualidad infantil, Freud define a la zona erógena como "un sector de piel o de mucosa en el que estimulaciones de cierta clase provocan una sensación placentera de determinada cualidad", y aunque algunas de ellas se encuentran predestinadas cualquier otro sector de piel o de mucosa puede convertirse en una zona erógena, para lo cual es necesario un estímulo adecuado. La meta sexual de la pulsión infantil consiste entonces en producir las satisfacción mediante la estimulación apropiada de la zona erógena elegida.

Otra de las zonas que se elige como zona erógena es la **ANAL**. La estimulación de esta zona se obtiene al retener las heces hasta que estas

se acumulan provocando contracciones musculares y al pasar por el ano ejercen un poderoso estímulo sobre la mucosa. Las heces son tratadas por el lactante como una parte de su propio cuerpo, y a través de ellas el niño puede expresar su aceptación o desafío al mundo externo, es decir, que no solo se utiliza la retención con un fin masturbatorio, sino como un medio de control en la relación con las personas que cuidan al niño.

La siguiente zona erógena es constituida por los genitales; esta fase es llamada **FÁLICA** debido a que el pene es el objeto principal de interés para el niño y la niña. Posteriormente, y hasta antes de la adolescencia, el niño entra en una fase de **LATENCIA**, es decir, no muestra interés hacia las cuestiones sexuales, lo cual es motivado por la resolución del complejo de edipo y la existencia del complejo de castración. Posteriormente se inicia la fase **GENITAL**, que persiste a lo largo de la vida adulta, y cuyas zonas erógenas son precisamente los genitales.

Durante las fases antes descritas la catexia libidinal de un objeto de una fase previa disminuye al llegar la otra fase, pero aunque disminuida, la catexia persiste por algún tiempo después de haberse establecido la última fase, y de que los objetos acordes con ella - los órganos genitales - se hayan constituido en los principales de la catexia libidinal (Cueli, J.; De Aguilar, L.; Martí. C.; Lartigue, T.; y Michaca, P. 1994)

Introducción del narcisismo. 1914.

En 1914, en Introducción del narcisismo Freud aborda por primera vez el problema de las relaciones de objeto. Realiza la división entre *Neurosis narcisista*, donde el paciente es incapaz de establecer un vínculo emocional con el terapeuta y *Neurosis de Transferencia*, donde sí le es posible hacerlo. Este texto es considerado como uno de los más importantes pues en el, según Strachey, Freud incursiona en el problema más profundo de las relaciones entre el yo y los objetos externos, y traza la nueva distinción entre "libido yoica" y "libido de objeto". Por otro lado, antes de publicar este texto Freud declaró que el narcisismo es un estadio intermedio entre el autoerotismo y el amor de objeto.

Freud define al narcisismo como una conducta donde el individuo da a su cuerpo un trato similar al de un objeto sexual. Considera que el narcisismo podría tener cabida en el desarrollo sexual regular del hombre, y podría considerarse el complemento libidinal del egoísmo inherente a la pulsión de autoconservación que es parte de todo ser vivo.

Al hacer una revisión de como opera el narcisismo en ciertos estados patológicos (esquizofrenia, neurosis obsesiva e histeria) Freud encuentra que tanto en la neurosis obsesiva como en la histeria el sujeto cancela su vínculo erótico con personas y cosas, pero lo conserva en la fantasía, es decir, sustituye los objetos reales por objetos imaginarios, renunciando a conseguir sus fines directamente en esos objetos. En cuanto a la esquizofrenia o parafrenia el individuo parece retirar su libido de las personas y cosas del exterior, sin sustituirlas en la fantasía, por lo que la libido se conduce al yo, generándose el narcisismo. Sin embargo dicho narcisismo - el que surge por replegamiento de las investiduras de objeto - se concibe como un narcisismo secundario que se basa en otro: una originaria investidura libidinal del yo, cedida después a los objetos, es decir, que existe por un lado la *libido yoica* y por otro la *libido de objeto*. Inicialmente se encuentran juntas, en el estado de narcisismo, y solo con la investidura de objeto es posible diferenciar una energía sexual de una energía de las pulsiones yoicas.

Para esclarecer más el conocimiento del narcisismo, Freud plantea el estudio de tres situaciones: la enfermedad orgánica, la hipocondría y la

vida amorosa. En relación a la enfermedad orgánica considera que la persona que sufre una enfermedades se centra en dicho sufrimiento, dejando de interesarse por todas las cosas del mundo exterior y retirando de sus objetos de amor el interés libidinal, el cual es puesto en el yo mientras el individuo está en posibilidades de volver a enviar las investiduras libidinales a sus objetos. Esto mismo ocurre con el dormir, que implica un retiro narcisista de las posiciones libidinales sobre la persona propia; más precisamente, sobre el exclusivo deseo de dormir.

En el caso de la hipocondría, el individuo retira también su interés y libido de los objetos externos, concentrándolos en el órgano "enfermo", es decir, depende de la libido yoica. La única diferencia de la hipocondría con respecto a la enfermedad orgánica es que en esta última el sufrimiento tiene su fundamento en alteraciones orgánicas comprobables.

Con referencia a la vida amorosa, Freud distingue entre dos tipos de elección de objeto: la *elección anaclítica* y la *elección narcisista*. En la primera, el individuo toma como modelo para su elección a la persona que se encargó de nutrirlo y satisfacer sus necesidades (generalmente su madre), es decir, a su primer objeto sexual, mientras que en el segundo caso toma como modelo para su elección a su propia persona.

Psicología de las masas y análisis del yo. 1921.

En 1921, en *Psicología de las masas y análisis del yo*, Freud enfatiza la importancia de considerar al otro en la vida anímica del individuo, pues ese otro puede ser tomado como modelo, como objeto o como enemigo. Al realizar una descripción de las características de las masas, considera que en éstas las ideas opuestas pueden coexistir y tolerarse sin que su contradicción lógica dé por resultado un conflicto y que este mismo fenómeno ocurre en la vida inconsciente de todo individuo, donde la ambivalencia se da de manera natural, y cuando llega a generarse un conflicto entre las dos actitudes afectivas contrarias el niño desplaza una de ellas hacia otro objeto.

Por otro lado, en este mismo texto añade la diferencia entre la **elección de objeto** y la **identificación con un objeto**. La elección indica hacia cual de los padres orientará el niño sus necesidades instintivas,

mientras que la identificación nos indica de cual progenitor el niño va a adquirir su modelo de rol y su identidad sexual. Freud define la identificación como la más temprana exteriorización de una ligazón afectiva con otra persona. Describe la identificación del varón con el padre como un particular interés en ser como él, tomándolo como un ideal. A la par que esta identificación con el padre el niño presenta una investidura de objeto hacia la madre (una investidura sexual de objeto). Tales fenómenos preparan la aparición del complejo de Edipo, y una vez que éste se presenta la identificación con el padre se vuelve hostil y se presenta el deseo de sustituir al padre junto a la madre. En el caso de la niña ocurre lo mismo, solamente que en ella la identificación es con la madre y la investidura de objeto se da hacia el padre. La identificación es ambivalente, y puede expresarse como ternura o como un deseo de eliminación. Se puede presentar después una especie de inversión del complejo de Edipo, donde el niño toma por objeto al padre, esperando de él la satisfacción de las pulsiones sexuales.

Para Freud la diferencia entre la identificación con el objeto y la elección de objeto podría definirse de la siguiente manera: en la identificación el niño ve en el padre *lo que querría ser*, y aspira a configurar su propio yo a semejanza del otro, mientras que en la elección de objeto el padre representa lo que el niño *quisiera tener*.

Según Freud, con frecuencia sucede que la elección de objeto se vuelve a la identificación, y el yo toma sobre sí las propiedades del objeto. "En estas identificaciones el yo copia en un caso a la persona no amada, y en el otro a la persona amada"... "en los dos, la identificación es parcial, limitada en grado sumo, pues toma prestado un único rasgo de la persona objeto."¹⁰

En resumen, la identificación es la forma más originaria de ligazón afectiva con un objeto y puede sustituir una investidura libidinal de objeto mediante la regresión e introyección del objeto en el yo. Como ejemplo de la introyección de objeto en el yo tenemos la *melancolía*, donde hay una pérdida - real o afectiva - del objeto¹¹, y donde los reproches se dirigen en el fondo al objeto introyectado, y tenemos además a la *homosexualidad masculina*, donde el individuo no sigue el proceso de permutar a la madre

¹⁰ FREUD. "Psicología de las masas y análisis del yo". En: Obras completas. Amorrortu. Vol. 18. Página 101.

¹¹ Para mayor detalle acerca de la melancolía, consultar el Capítulo 1: Suicidio.

por otro objeto, sino que se identifica con ella y busca objetos que puedan sustituir al yo de él, a quienes pueda amar y cuidar tal como hizo su madre con él. En el caso de la melancolía se observa además como se divide el yo en dos fragmentos, uno de los cuales ataca al otro, quien es el alterado por la introyección y contiene al objeto perdido; el fragmento que ataca contiene a la conciencia moral, una instancia crítica que Freud llama *ideal del yo*.

Además de los aspectos ya mencionados con respecto a las relaciones de objeto, en el texto Freud define el enamoramiento como una investidura de objeto de parte de las pulsiones sexuales con el fin de alcanzar la satisfacción sexual directa, y describe el desarrollo del amor de la siguiente forma: El niño concluye máximo a la edad de cinco años una primera fase en la cual ha encontrado al primer objeto de amor en uno de sus progenitores al cual dirigía todas sus pulsiones sexuales; la represión de estos impulsos lo obliga a renunciar a la mayoría de estas metas y deja como secuela la modificación radical de las relaciones con los padres, pues aún cuando permanece ligado a ellos lo hace con pulsiones que Freud llamó *de meta inhibida*, por lo cual el niño ahora alberga hacia ellos sentimientos tiernos. Sin embargo, las pulsiones sexuales se conservan en el inconsciente, y por ello es común que en la adolescencia se logre cierto grado de unión entre el amor no sensual y el sensual, dirigidas a nuevos objetos; es decir, que se presenta una cooperación entre pulsiones no inhibidas y pulsiones de meta inhibida.

Otra característica del amor es el fenómeno de la sobrestimación sexual. Según Freud el objeto amado está en cierta medida exento de la crítica, y sus cualidades son apreciadas en mayor medida que en el resto de las personas; esto ocurre como resultado de la represión o posposición de las aspiraciones sensuales, y lleva al individuo a creer que ama sensualmente al objeto sólo en virtud de sus cualidades anímicas, cuando en realidad ocurre lo contrario: el hecho de que el objeto pueda satisfacer las pulsiones sensuales hace que se le confieran cualidades anímicas. Este fenómeno puede explicarse a través de la *idealización*, donde el **objeto es tratado como el propio yo**; incluso hay formas de elección en las cuales el objeto sirve para **sustituir un ideal del yo propio, no alcanzado**, y se ama al objeto en virtud de características a que se ha aspirado para el yo y que ahora el individuo se procura para satisfacer su narcisismo. Como consecuencia de la idealización *el objeto llega a*

ponerse en el lugar del ideal del yo, pues mientras el yo se vuelve cada vez más modesto, el objeto llega a poseer todo su amor.

Freud establece una diferencia determinante entre la identificación y el enamoramiento, pues en la identificación el yo se enriquece con las cualidades del objeto y lo introyecta; se pierde momentáneamente al objeto para recuperarlo y ponerlo en el lugar del yo. En el enamoramiento, por su parte, el yo se empobrece y se entrega al objeto, el cual se mantiene y es sobreinvertido y puesto en el lugar del ideal del yo.

Cabe mencionar que para Freud las aspiraciones sexuales de meta inhibida son precisamente las que logran vínculos más duraderos entre los seres humanos, pues no son susceptibles de una satisfacción plena, a diferencia de las aspiraciones sexuales no inhibidas, que experimentan una gran disminución cada vez que alcanzan su meta. El amor sensual está pues condenado a terminar si no se encuentra mezclado con componentes de meta inhibida.

LA ESCUELA INGLESA DE LAS RELACIONES DE OBJETO

Dentro de la escuela inglesa del psicoanálisis, Michaca (1987) distingue a tres grupos: uno encabezado por Melanie Klein, el segundo por Anna Freud y el tercero no comprometido con ninguno de los anteriores, y en el cual se incluye a autores como D. W. Fairbairn, Michael Balint y D. Winnicott. De los tres grupos, únicamente el de Anna Freud y sus seguidores se mantuvieron en la línea de la psicología del yo, pues el resto de autores se han ocupado del estudio de las relaciones objetales.

A continuación se describen los aspectos teóricos más relevantes de los autores que desarrollaron el tema de las relaciones de objeto.

MELANIE KLEIN

Melanie Klein, considerada una de las principales autoras acerca de relaciones de objeto, se ocupó principalmente de las relaciones de objeto internalizadas, viéndolas en todo momento como parte de una estructura intrapsíquica presente desde el nacimiento. Aborda el estudio del tema distinguiendo las siguientes dos posiciones: La posición esquizo-paranoide y la posición depresiva.

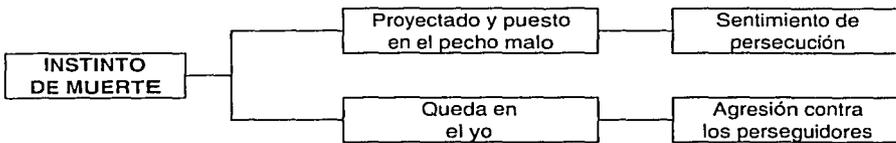
La posición esquizo-paranoide.

Según Melanie Klein, cuando el niño nace cuenta con suficiente yo como para sentir ansiedad, utilizar mecanismos de defensa y establecer primitivas relaciones objetales en la fantasía y en la realidad. Aún así, al principio el yo está muy desintegrado, pero tiende a integrarse; es lábil y se encuentra en constante fluencia, y su grado de integración varía de día en día y hasta de un momento a otro.

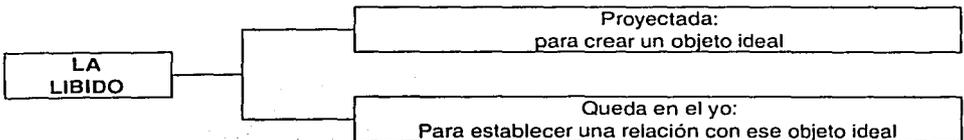
El yo inmaduro del bebé está expuesto desde el nacimiento a la ansiedad provocada por la innata polaridad de los instintos; está expuesto al impacto de la realidad externa, que le produce situaciones de ansiedad,

pero también de vida y amor, provenientes de la madre. Cuando el yo se enfrenta a la ansiedad que le produce el instinto de muerte, lo *deflexiona*, lo cual consiste en parte en una proyección y en parte en la conversión del instinto de muerte en agresión (Freud describe la *deflexión del instinto de muerte* como un mecanismo de defensa temprano, idea que retoma Klein).

El yo se escinde y proyecta fuera su parte que contiene el instinto de muerte poniéndola en el objeto externo original -el pecho- y es así como llega a percibir al pecho como malo, dando origen al sentimiento de *persecución*; es decir, que el miedo conduce a la deflexión del instinto de muerte convirtiéndolo así en miedo a un perseguidor. Sin embargo, parte del instinto de muerte que queda en el yo se convierte en agresión y se dirige contra los perseguidores (a veces el pecho es escindido en muchas partes, y se convierte a cada una de ellas en un perseguidor).



Además del instinto de muerte, la libido también es proyectada para crear un objeto ideal que satisfaga el impulso de conservación del yo; al igual que con el instinto de muerte, parte de la libido es proyectada, y parte queda en el yo para poder establecer la relación con ese objeto ideal.



Y es así como el yo llega a tener relación con dos objetos: el ideal y el persecutorio. La fantasía del objeto ideal se fusiona con experiencias gratificadoras de ser amado y amamentado por la madre externa real, confirmando dicha fantasía. La fantasía de persecución, a su vez, se fusiona con experiencias reales de privación y dolor atribuidas por el bebé a los objetos persecutorios. El objetivo del bebé es tratar de adquirir y guardar dentro de sí al objeto ideal e identificarse con este, manteniendo fuera al objeto malo y las partes del Yo que contienen parte del instinto de muerte.

Con base en lo anterior, tenemos que en la *Posición Esquizo-paranoide* la ansiedad predominante es que el objeto u objetos persecutorios se introduzcan en el yo y avasallen y aniquilen tanto al objeto ideal como al Yo. De allí proviene el nombre de dicha Posición, pues la ansiedad que predomina es de tipo paranoide, y el estado del yo y sus objetos es de escisión, característica esquizoide.

Contra esta ansiedad el yo desarrolla *Mecanismos de Defensa*, como son la **introyección** y la **proyección**. Como expresión de los instintos y además como recurso defensivo, el yo generalmente se esfuerza por introyectar lo bueno y proyectar lo malo; sin embargo, en ocasiones se proyecta lo bueno para mantenerlo a salvo de la "maldad interna" y se introyecta a los objetos malos (perseguidores) e incluso se identifica con ellos, en un intento por controlarlos.

En situaciones de ansiedad aumenta la disociación y se utilizan la proyección e introyección para alejar lo más posible los objetos persecutorios de los objetos ideales, y mantener a ambos bajo control. Se hace uso de la escisión para mantener al objeto ideal alejado del objeto persecutorio y hacerlo invulnerable. Cuando la persecución es muy intensa y se torna insoportable, se le puede negar completamente, a través de la **negación omnipotente**, la cual consiste en una fantasía de total aniquilación de los perseguidores, o bien en idealizar al perseguidor y tratarlo como ideal, llegando incluso el yo a identificarse con es perseguidor pseudo-ideal.

La **identificación proyectiva** surge de la proyección original del instinto de muerte; se escinden y apartan partes del Yo y objetos internos y son proyectados en el objeto externo; puede dirigirse al objeto ideal para

evitar la separación, o al objeto malo para controlar la fuente de peligro. Comienza cuando se instala la posición esquizo-paranoide pero persiste e incluso se intensifica cuando se percibe a la madre como objeto total.



Cuando la proyección, introyección, escisión, idealización, negación, e identificación proyectiva e introyectiva no alcanzan a dominar la ansiedad y esta invade al yo, puede surgir la **desintegración** como mecanismo defensivo. Este mecanismo es muy dañino para el yo y generalmente se combina con la identificación proyectiva, proyectándose las partes fragmentadas del yo.

La identificación proyectiva origina diversas ansiedades, siendo las más importantes el miedo de que el objeto atacado proyecte sobre uno la retaliación, y la ansiedad de tener partes de uno mismo aprisionadas y controladas por el objeto en que se han proyectado, sobre todo cuando se han proyectado partes buenas.

El bebé normal no pasa la mayor parte del tiempo en estado de ansiedad, pero sí tiene períodos de ansiedad, y las ansiedades y defensas que constituyen el núcleo de la posición esquizo-paranoide son parte normal del desarrollo humano. Hasta en el individuo con menos conflictos ciertas situaciones removerán las ansiedades tempranas y pondrán en funcionamiento los tempranos mecanismos de defensa. En una personalidad bien integrada todas las etapas quedan incluidas, ninguna está escindida y apartada o rechazada.

Ciertas conductas del yo en la posición esquizo-paranoide son muy importantes para el desarrollo posterior, del que sientan las bases:

- La **escisión** permite al yo emerger del caos y ordenar sus experiencias, es la base de la capacidad de discriminar, cuyo origen es la diferenciación entre lo bueno y lo malo, y de lo que más tarde será la represión.

- En cuanto a la *ansiedad persecutoria* y la *idealización*, cuando conservan su forma original distorsionan el juicio en la vida adulta, pero algunos de sus elementos están siempre presentes en las emociones de esta etapa. Es necesario cierto grado de ansiedad persecutoria para reconocer, evaluar y reaccionar ante circunstancias externas realmente peligrosas. Por otro lado, la creencia en la bondad de los objetos y de uno mismo se basa en la idealización, precursora de buenas relaciones objetales.
- La *identificación proyectiva* es la forma más temprana de empatía; en ella se basa la primera clase de formación de símbolos.

Los mecanismos defensivos de la posición esquizo-paranoide, pues, no solo protegen al yo de ansiedades inmediatas y abrumadoras, son también etapas progresivas del desarrollo.

Para que el individuo pase de la posición esquizo-paranoide a la depresiva, es necesario que las experiencias buenas predominen sobre las malas, a lo cual contribuyen factores internos y externos. Cuando es así, el yo llega a creer que el objeto ideal prevalece sobre los objetos persecutorios, y que su **instinto de vida predomina sobre el de muerte**; cree en la bondad del objeto y del yo.

El yo se identifica repetidamente con el objeto ideal y adquiere mayor fuerza y capacidad para enfrentar ansiedades sin recurrir a violentos mecanismos defensivos. Disminuye el miedo a los perseguidores y disminuye la escisión entre objetos persecutorios e ideales. Se permite a ambos que se aproximen más y esto los prepara para la integración. El yo se siente más fuerte y con mayor afluencia de la libido. Su relación con el objeto es más estrecha y le asusta menos su propia agresión y la ansiedad que esta le provoca. Sus partes buenas y malas pueden entrar en mayor contacto.

A medida que disminuye la escisión, disminuye la necesidad de proyectar y el yo puede tolerar más su propia agresión y sentirla como parte de sí. El yo se prepara para *integrar* sus objetos, para integrarse él mismo, y por la disminución de mecanismos proyectivos distingue mejor entre Yo y objeto. Con ello se prepara el terreno para la Posición Depresiva.

Si predominan las experiencias malas, surge la psicopatología característica de la posición esquizo-paranoide, la cual es el problema más oscuro y difícil de la investigación psicoanalítica, pues es la fase más alejada del momento en que se ve al paciente. En los primeros meses de la infancia yacen los puntos de fijación de la Psicosis, en la cual hay una regresión a una fase con perturbaciones ya presentes, que crean bloqueos del desarrollo y puntos de fijación, es decir, el psicótico hace una regresión a una fase que ya poseía rasgos patológicos.

El desarrollo normal de la posición esquizo-paranoide se caracteriza por la escisión entre objetos buenos y malos y el yo que ama y que odia, escisión en que las experiencias buenas predominan sobre las malas. Dichos procesos se perturban cuando por razones internas o externas - por lo general una combinación- las experiencias malas predominan sobre las buenas.

La Envidia.

El predominio de experiencias buenas no depende solo del exterior. Como ejemplo tenemos que la privación externa (física o mental) impide la gratificación, pero aún cuando el ambiente la proporcione, los factores internos las alteran o incluso la impiden; uno de esos factores internos es la *envidia*.

La *ENVIDIA* es diferente de los celos y de la voracidad. Es más temprana; una de las emociones más primitivas y una relación de dos partes, pues se envidia al objeto por una posesión o cualidad, sin la intervención de otro objeto. Está en función de objetos parciales, aunque persista en una relación de objeto total.

Los *CELOS* por su parte, se basan en el amor; su objetivo es poseer al objeto amado y excluir al rival. Corresponden a una relación triangular y por lo tanto a una época en que ya se diferencian los objetos, es decir, una relación de objeto total.

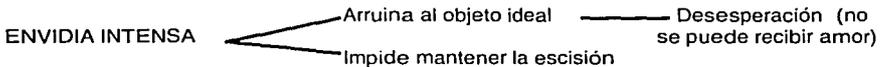
En cuanto a la *VORACIDAD* su objetivo es poseer todo lo bueno que posee el objeto, a toda costa.

En la envidia el objetivo es ser uno mismo tan bueno como el objeto, pero cuando esto se considera imposible, el objetivo se convierte en arruinar todo lo bueno que posee el objeto, para suprimir la fuente de envidia. La envidia impide la realización de buenas introyecciones. Surge del amor y admiración primitivos, tiene un componente libidinal menos intenso que la voracidad y está impregnada del instinto de muerte. Se le puede considerar la primera externalización directa del instinto de muerte.

Surge cuando el bebé reconoce en el pecho la fuente de vida y de experiencias buenas, y desea ser él mismo la fuente de semejante perfección. La envidia puede fusionarse con la voracidad. No se detiene en agotar al objeto externo; el alimento incorporado, en la medida que se le percibe como habiendo formado parte del pecho, es objeto de ataques envidiosos, que se dirigen entonces también al objeto interno. Actúa utilizando la proyección, que es a veces su principal mecanismo: Cuando el bebé se siente lleno de ansiedad y maldad y siente que el pecho es la fuente de todo lo bueno, quiere por envidia estropear al pecho proyectándole partes malas y dañinas de sí mismo. A lo largo del desarrollo continúan estos ataques dirigidos al cuerpo de la madre y a la relación entre los padres.

Si la envidia temprana es muy intensa, interfiere con el funcionamiento normal de mecanismos esquizoides, pues se ataca y arruina al objeto ideal y esto impide mantener la escisión en objeto ideal y objeto persecutorio, lo cual conduce a una confusión entre lo bueno y lo malo, quedando gravemente interferidas la introyección del objeto ideal y la identificación con él.

La envidia muy intensa lleva a la desesperación; no hay objeto ideal y por lo tanto ninguna esperanza de recibir amor ni ayuda alguna:



Dado que la envidia al primer objeto origina tan agudo sufrimiento y tanta desesperanza, se movilizan contra ella poderosas defensas: *Arruinar* al objeto no es solo uno de los propósitos de la envidia, sino en parte una defensa contra ella, pues un objeto arruinado no provoca envidia. Puede darse únicamente en el nivel de desvalorizar al objeto para

protegerlo, sin llegar a arruinarlo totalmente. Otra defensa que se utiliza es la *idealización rígida* como un intento de preservar un objeto ideal; se trata de una idealización muy precaria, pues si el objeto es más ideal, más intensa es la envidia. Todas estas defensas lesionan al yo.

En personas menos enfermas, las defensas contra la envidia pueden ser más exitosas; por ejemplo pueden escindir y apartar sentimientos y fantasías envidiosas. En casos aún más sanos la Gratitud supera la envidia. El pecho ideal se ha introyectado con amor, gratificación y gratitud; se hace parte del yo y el yo mismo se llena más de bondad. A mayor gratificación, disminuye la envidia, lo cual permite mayor gratificación y disminuye aún más la envidia.

Siempre subsisten sentimientos de envidia en relación con el primer objeto, aunque debilitados; algunos se desplazan del objeto primario al rival, y si el remanente de envidia hacia el objeto primario ya no es sentido como algo tan devastador y destructivo, puede estimular una competencia con él de carácter egosintónico y que no origina abrumadores sentimientos de culpa y persecución.

Cuando el desarrollo es patológico, la excesiva envidia temprana afecta fundamentalmente el curso de la posición esquizo-paranoide y es un factor determinante de la psicopatología en dicha posición.

La Posición Depresiva.

El manejo exitoso de las ansiedades de los primeros meses del desarrollo lleva al bebé a organizar gradualmente su universo; los procesos de escisión, proyección e introyección le ayudan a ordenar sus percepciones y a separar lo bueno de lo malo, encontrándose así ante dos objetos: un *objeto ideal* y un *objeto malo*. Al ideal lo ama, trata de adueñarse de él, conservarlo e identificarse con él. En el malo proyecta sus impulsos agresivos y lo siente como una amenaza para él y su objeto ideal.

Si el desarrollo se da en condiciones favorables, el bebé siente que sus impulsos libidinales y su objeto ideal son más fuertes que el objeto malo y que sus propios impulsos agresivos; se identifica cada vez más

con su objeto ideal, y esto aunado a su desarrollo fisiológico, hace que se sienta con la capacidad de defenderse a si mismo y a dicho objeto ideal. Le asustan menos sus impulsos "malos" y se ve menos impelido a proyectarlos afuera.

YO FUERTE, POSEEDOR DE
UN OBJETO IDEAL FUERTE



Disminuye la proyección de impulsos
agresivos y el poder atribuido al objeto malo

"El yo se fortifica, pues la proyección lo empobrece menos. El bebé tolera mejor dentro de si el instinto de muerte"...y decrecen los temores paranoides; disminuye la escisión y la proyección y gradualmente puede predominar el impulso a la integración del yo y del objeto."¹²

Cuando estos procesos integradores se hacen más estables, se dan las condiciones necesarias para el surgimiento de la posición depresiva, en la que según Klein el bebé reconoce un objeto total y es capaz de relacionarse con el; sabe que la madre puede ser a veces buena y a veces mala, estar presente o ausente y que él puede amarla y odiarla al mismo tiempo. Este reconocimiento de la madre como objeto total implica el reconocimiento de parte del bebé de que la madre es un individuo y por lo tanto tiene una vida propia y relaciones con otras personas.

Además del cambio en la percepción del objeto, se presenta un cambio en el yo: no solo la madre se convierte en un objeto total, también el bebé se convierte en un yo total. Con esta integración tanto de la madre como de él mismo, se presentan en el individuo los conflictos inherentes a su *ambivalencia*, y se observa un cambio con respecto a la ansiedad principal de la posición esquizo-paranoide; en ésta última la ansiedad es que el o los objetos malos lleguen a destruir al yo, mientras que en la posición depresiva la ansiedad brota de la ambivalencia: *el bebé teme que sus propios impulsos destructivos hayan destruido o lleguen a destruir al objeto amado, del cual depende por completo.*

Con la posición depresiva disminuyen los mecanismos proyectivos, pero se observa un aumento en los mecanismos de introyección por la necesidad del bebé de poseer al objeto dentro de si, pues depende de él. Klein supone que un bebé bien integrado puede evocar y conservar su amor por el objeto bueno, incluso mientras lo odia y esto trae consigo

¹² SEGAL. Introducción a la obra de Melanie Klein. 1975. Página 71.

nuevos sentimientos como la nostalgia y el duelo cuando se siente que el objeto bueno se ha perdido, y la **culpa** por considerar que perdió al objeto por su destructividad. Se presenta además una especie de regresión; el niño se siente perseguido como en la posición esquizo-paranoide debido a que percibe al objeto bueno destruido como una amenaza - tal vez por los sentimientos de pérdida y culpa que le produce - .

Otro sentimiento característico de la posición depresiva es el deseo de **reparación** como una compensación al daño producido en la fantasía, y el conflicto típico de la posición depresiva es una lucha entre la destructividad del bebé y sus impulsos amorosos y reparatorios. La resolución de las ansiedades depresivas se da gracias a la posibilidad de reparar a los objetos internos y externos en la realidad y la fantasía.

Como se puede observar, el bebé cambia radicalmente su concepción de la realidad al descubrirse y descubrir a sus objetos como seres distintos, además de distinguir entre fantasía y realidad, y entre realidad psíquica y realidad externa.

A lo largo del desarrollo y elaboración de la posición depresiva el yo se fortifica, gracias al crecimiento y a la asimilación de objetos buenos, introyectados en el yo y en el superyó (Segal, 1975). Se observa ya una relación con la realidad, donde el sentimiento de culpa posibilita que lleguen a controlarse los impulsos, cambiando los fines instintivos e inhibiéndolos.

En la posición depresiva la represión, inhibición y desplazamiento reemplazan de manera gradual a la escisión. Esto da por resultado la formación de símbolos.

Según Segal (1975), para Klein la posición depresiva nunca se elabora completamente. Siempre tenemos ansiedades relacionadas con la ambivalencia y la culpa y situaciones de pérdida que reavivan experiencias depresivas. Los objetos buenos externos de la vida adulta siempre simbolizan y contienen aspectos del primer objeto bueno, interno y externo, de modo que cualquier pérdida de la vida posterior reaviva la ansiedad de perder al objeto interno y bueno y con ella todas las ansiedades sentidas originalmente durante la posición depresiva.

Las defensas maniacas.

Las experiencias repetidas de depresión o desesperación que presenta el bebé cuando siente que ha destruido a su objeto se vuelven intolerables, y el yo hace uso de todas las defensas disponibles para evitarlas. Klein divide estas defensas en dos tipos: *las defensas maniacas y la reparación*.

Las defensas maniacas protegen al yo de la desesperación total, y aún cuando estas defensas incluyen el uso de la idealización, escisión, identificación proyectiva y negación, esto se lleva a cabo de una manera especial, que las distingue de las defensas usadas en la posición esquizoparanoide, pues están más organizadas y se dirigen a evitar la ansiedad depresiva y la culpa. Se enfocan a todo sentimiento de dependencia, el cual se evita, se niega e invierte.

La forma en que operan las defensas maniacas para combatir la ambivalencia es renovando la escisión del objeto y del yo; como la posición depresiva se vincula con la vivencia de dependencia del objeto, se utilizan estas defensas contra toda experiencia de tener un mundo interno y objetos internos muy valorados, y contra todo aspecto de la relación que signifique **dependencia, ambivalencia y culpa**.

La relación maniaca con los objetos se caracteriza por una tríada se sentimientos: **control, triunfo y desprecio**.

Controlar al objeto es una forma de negar la dependencia hacia el y a la vez el obligarlo a satisfacer necesidades de dependencia.

El triunfo implica la negación de sentimientos depresivos, ligados a la importancia afectiva del objeto; se relaciona con la omnipotencia. Es la forma de mantener a raya los sentimientos depresivos.

El desprecio es una forma de negar cuanto se valora al objeto, lo cual actúa contra la culpa, pues un objeto despreciable no merece que se sienta culpa por el, y así se justifica el seguir atacándolo. (Cueli, 1990)

Reparación.

Es la otra manera de evitar la culpa y desesperación por la sensación haber destruido a la madre, y se caracteriza por un deseo de restaurar al objeto, a fin de recuperarlo tanto interna como externamente. Las pulsiones reparatorias hacen progresar la integración; por otro lado el conflicto entre odio y amor se agudiza, y el amor se ocupa activamente de controlar la destructividad además de reparar y restaurar el daño realizado; de esto depende la capacidad del yo para conservar el amor y las relaciones por medio de conflictos y dificultades.

Las fantasías y actividades reparatorias resuelven las ansiedades de la posición depresiva; experiencias repetidas de pérdida y recuperación del objeto reducen la intensidad de la ansiedad depresiva. El hecho de que la madre reaparezca después de sus ausencias, que para el bebé equivalen a la muerte del objeto, junto con los cuidados y el amor de la madre, le hacen al bebé percibir a sus objetos como más resistentes, con lo cual teme menos de los efectos omnipotentes de sus fantasías destructivas

La reparación hace que al niño le aterre menos su propio odio, lo cual puede darse a partir de que aumenta la confianza en que su amor pueda restaurar lo que su odio ha destruido.

LA TEORÍA DE LAS RELACIONES DE OBJETO SEGÚN FAIRBAIN

Otro de los autores de mayor relevancia en el campo de las relaciones de objeto, es Roland W. Fairbain, quien forma parte de la Escuela inglesa y se ve influenciado de manera importante por Melanie Klein; sin embargo, se va separando paulatinamente del pensamiento kleiniano hasta formular una teoría basada en la estructura del yo (Cueli, 1990).

La concepción de Fairbain con respecto a algunos términos desarrollados por la teoría psicoanalítica clásica y que son útiles para la comprensión de las relaciones de objeto difiere en algunos casos. Por

ejemplo, una de las diferencias fundamentales de Fairbairn con respecto a Melanie Klein es su rechazo a la existencia de un instinto de muerte, lo cual queda en evidencia al revisar los conflictos subyacentes a la patología básica (depresión y esquizofrenia); para Fairbairn la libido es el único impulso que existe en el individuo; dicho impulso no es parte del ello, sino del yo, y su fin no es la gratificación sino la búsqueda del objeto.

Según Cueli (1990) y Michaca (1987), la teoría de Fairbairn es una teoría psicopatológica psicoanalítica, lo cual significa que trata de describir sus observaciones clínicas con pacientes más que describir el desarrollo normal del individuo; su interés principal es más bien entender qué hace el sujeto para enfrentar las partes "malas" de su relación objetal y poder conservar, pese a todo su relación de objeto.

Para manejar la patología básica, el individuo recurre a ciertas operaciones, como son: Internalizar la parte frustradora y agresiva de la relación con el objeto, disociarlo en un objeto excitante y otro repelente, y reprimirlos; escindir al yo en yo libidinoso (que se une al objeto malo excitante) y un saboteador interno (que se une al objeto malo repelente). Como consecuencia de las operaciones anteriores, se internaliza el conflicto y se presenta una lucha entre el yo libidinoso con su objeto excitante y el saboteador interno con su objeto repelente, lo cual implica una disociación del yo y el planteamiento de que en el fondo de toda patología hay una situación esquizoide (Cueli, 1990) a lo cual Fairbairn llama la *situación endopsíquica básica*.

Una de las propuestas de Fairbairn, que también se encuentra en contraposición con la teoría psicoanalítica clásica, es que el proceso secundario es desde el inicio el modo natural de actuar de la psique y que el proceso primario solo representa una forma de inmadurez o enfermedad, y no coincide con la idea de que lo natural es el proceso primario, que se ve sustituido por el secundario ante la influencia de la civilización.

Según Cueli entre los aspectos más importantes de la teoría de Fairbairn sobresale su **teoría del desarrollo de las relaciones de objeto basadas en el tipo de dependencia de objeto**, en la cual se distinguen tres fases: 1. Dependencia infantil, 2. Fase de transición y 3. Dependencia madura.

- **Dependencia infantil.**

Consta de la fase oral primaria y la fase oral secundaria, y se caracteriza principalmente por la dependencia total del niño hacia el cuidado de la madre, a través de la cual puede satisfacer sus necesidades básicas y psicológicas. La alternativa que tiene el niño ante esta dependencia es rechazar o aceptar al objeto. En esta etapa se presenta el narcisismo primario por la identificación con el objeto, que posteriormente da paso al narcisismo secundario, como resultado de la identificación con el objeto internalizado.

La diferencia entre la fase oral primaria y la secundaria es que inicialmente el objeto es parcial: el pecho, y se presenta una relación de objeto preambivalente; ya posteriormente, en la fase oral secundaria, pasa a ser un objeto total: la madre, presentándose una relación caracterizada por la ambivalencia (conflicto subyacente al estado depresivo).

Tal diferencia entre las dos fases explica la diferencia entre el conflicto esquizoide y el depresivo. El primero es producto de la fijación en la fase oral primaria, y el conflicto se explica por la tendencia del individuo a considerar su amor como destructivo. En el caso del segundo - el depresivo - el problema radica más bien en la cuestión del odio que del amor, y el dilema al que se enfrenta el individuo es a como puede amar sin destruir con su odio, pues la ambivalencia es muy fuerte

- **Transición.**

Una vez que el conflicto esta internalizado y reprimido surge la fase de transición, caracterizada por una tendencia a superar la dependencia infantil y a encaminarse hacia una dependencia madura. El conflicto que subyace a esta etapa según Fairbairn es la cuestión de como alejarse del objeto y al mismo tiempo lograr una unión con el, lo cual produce dos actitudes oscilantes acompañadas de angustia que se manifiesta como temor al aislamiento. Para resolver esta situación los individuos utilizan técnicas con el fin de mantener el equilibrio entre las estructuras

internalizadas y sus correspondientes objetos, mismas que para otros autores constituyen los cuadros neuróticos.

Michaca (1987) resume las técnicas utilizadas en el siguiente cuadro:

Técnica	Objeto aceptado	Objeto rechazado
Obsesiva	internalizado	internalizado
Paranoide	internalizado	externalizado
Fóbica	externalizado	externalizado
Histórica	externalizado	internalizado

Como se aprecia en el cuadro, las técnicas consisten en manejar el conflicto a través de poner uno de los objetos fuera y mantener al otro como objeto interno. En la *técnica obsesiva*, por ejemplo, ambos objetos permanecen en el interior del yo, dando origen a LA DUDA, el conflicto fundamental de la obsesión. En la *técnica paranoide* se exterioriza al objeto rechazado, y se mantiene en el interior al objeto aceptado, de allí proviene la idea de ser perseguido por sentir que su yo es bueno. En la *técnica fóbica*, por su parte, ambos objetos son exteriorizados, por lo cual el fóbico se acerca y se aleja del objeto al cual teme. En la *técnica histérica* el objeto bueno es externalizado y el malo se encuentra adentro, y es por ello que viven buscando seducir al objeto.

Según el autor, no siempre se logra llegar a la fase de dependencia madura, permaneciendo siempre en esta fase de transición.

- **Dependencia madura.**

Esta fase descrita por Fairbairn implica un abandono de las relaciones basadas en la identificación, dando inicio a las relaciones con objetos diferenciados, es decir, objetos independientes.

MICHAEL BALINT

Existe una diferencia crucial entre la teoría de Klein y la de Balint, y es que éste último rechaza la idea de que las relaciones de objeto dependen del desarrollo instintivo, sosteniendo que ambas se desarrollan de manera paralela y se influyen mutuamente, sin dejar por ello de ser dos desarrollos independientes.

Para Balint es muy importante en el desarrollo del niño el período fetal, y considera de suma importancia el narcisismo en esta fase; el autor retoma las ideas de Phyllis Greenacre, a quien describe como una autoridad en el campo de la investigación de la vida fetal, ideas que le son útiles para postular una hipótesis a favor de una interacción intensa y temprana entre el feto-bebé y su ambiente; plantea la importancia de que exista desde el período fetal una armonía entre el niño y su medio, y considera que "el nacimiento rompe esa armonía y encara una nueva forma de adaptación que incluye la separación entre el sujeto y el objeto, entre el individuo y su medio", y "significa una repentina interrupción de una relación hasta entonces gratificante con un ambiente en el que todavía no hay objetos y es una especie de "océano" no estructurado" (Balint, 1993).

En este sentido se describe la contribución más importante del autor, la falla básica, la cual surge como resultado de la disolución de la armonía entre el infante y su medio. Habla de una falla porque considera que no es algo que deba ser corregido (como en una deficiencia), sino algo que está faltando, y que probablemente faltó al sujeto toda su vida, cuya influencia se puede extender sobre toda la estructura psicobiológica del individuo.

Para Balint el origen de la falla básica se encuentra en las fases formativas tempranas del individuo, donde hubo discrepancia entre sus necesidades psicobiológicas y los cuidados psicológicos y materiales, atención y afecto disponibles en los períodos relevantes.

La falla básica existe en todos los seres humanos, pero su severidad depende de la calidad del cuidado en etapas tempranas; es la precursora de las relaciones objetales posteriores y determina las formas de

relaciones de objeto disponibles a cualquier individuo. En tanto más severa sea la falla básica, más complejas, rígidas y opresivas serán las relaciones objetales del infante con sus objetos de amor y de odio (Michaca, 1987).

Describe dos tipos de carácter: la **ocnofilia** y el **filobatismo**, que se desarrollan a partir de la **falla básica** y son dos estilos de relación con los objetos, y dos formas primitivas de estructuración del mundo, que se usan como intentos irreales para reconquistar la armonía inicial del individuo con el medio. Se trata de estilos alternativos, no opuestos.

El estilo ocnofílico se caracteriza por una tendencia a basar la seguridad en mantener una unión muy estrecha con los objetos, y en ver a la separación como la peor amenaza; este estilo puede estar relacionado con una buena simbiosis, donde el niño internaliza un modelo idealizado de acercamiento simbiótico con los objetos. El estilo filobático, por su parte, se caracteriza por la tendencia a separarse de los objetos y a vivir la cercanía como un peligro de ser atrapado; a partir de este estilo el individuo desarrolla formas de manipular a los objetos sin involucrarse con ellos. Este estilo tal vez se relaciona con una separación muy temprana que evito que el bebé encontrara la gratificación necesitada.

Todo individuo utiliza una combinación de ambos estilos, lo cual repercute en su relación externa con la gente así como en la experiencia interna. El dominio de una de las tendencias lleva a condiciones patológicas, y la salud se encuentra en una proporción adecuada de la dos. "En términos de relaciones objetales, una persona madura es aquella que puede aceptar que sus objetos sean amistosos e independientes, aunque nunca renuncia al deseo de volver a tener la armonía de sus tempranas experiencias; esta persona no les niega la libertad a sus objetos, ni adhiriéndose a ellos, ni devaluándolos" (Cueli, 1990).

Desde su perspectiva, el desarrollo de las relaciones objetales se lleva a cabo en dos fases: Amor primario y Amor maduro, las cuales se describen a continuación.

Amor primario.

Balint rechaza la idea de un narcisismo primario, pues la considera una teoría contradictoria e improductiva, cuya existencia no se comprueba ni siquiera en un estado antenatal. Por otro lado considera que desde el comienzo de la vida el individuo se relaciona con el ambiente - de manera primitiva - y que el niño puede tener conciencia de cualquier cambio importante producido en él. Es por ello que propone una teoría de la relación primaria con el ambiente, introduciendo el concepto de **amor primario**, el primer estadio de relaciones objetales, cuyo fin es la restauración de un estado armonioso. Cualquier problema es esta fase trae como consecuencia deficiencias en el desarrollo, pues el bebé tiende a ser amado siempre sin hacer ningún esfuerzo para lograrlo.

Amor maduro.

En términos de relaciones objetales, Balint concibe a una persona madura como aquella que puede aceptar que sus objetos sean amistosos e independientes, aún cuando nunca renuncia al deseo de volver a tener la armonía temprana. El amor maduro consiste en conceder libertad a los objetos, sin adherirse a ellos ni devaluarlos.

DONALD W. WINNICOTT

Las aportaciones de Winnicott a la teoría y técnica psicoanalíticas son muy extensas, sobre todo respecto al desarrollo infantil; para Michaca la originalidad y la importancia de su pensamiento radica en situarse en el punto de convergencia entre las variables del mundo interno y las del mundo externo, sin privilegiar unas o las otras como determinantes de la conducta.

En primer término, es importante mencionar el concepto de **self**, pues constituye el eje de la teoría de Winnicott; el término no tiene relevancia sino hasta el advenimiento de la consciencia, cuando es apropiado para definir al ser humano como tal. Un término asociado con el self, es el de "**realidad interna**"; la realidad interna emana de la fantasía del infante, inicialmente consistente en elaboraciones muy simples de

imaginaciones, sentimientos y funciones corporales primitivas, que no tienen acceso a la consciencia y que concurren después con experiencias más amplias. A partir de la fantasía inicial y las nuevas experiencias, junto con el desarrollo neurológico adecuado, emerge el mundo interno.

Otro de los postulados del autor es acerca de la **Dependencia**; considera que ante la gran desvalidez física real del bebé, su crecimiento depende de un ambiente facilitador o cuidado materno, que forma una unidad con el niño. Es por ello que no solo debe estudiarse el proceso psíquico del niño, sino también la función materna. Winnicott otorga una gran importancia al estudio de las cualidades y cambios en la madre, que se reúnen con las necesidades específicas del niño; es precisamente la capacidad de la madre de identificarse con su bebé la que le posibilita cumplir con la función que él describe como holding, y que consiste en proveer apoyo al yo antes del logro de la integración yoica. El establecimiento del desarrollo e integración de una relación sana del ego con los objetos, que lleve a una sensación de plenitud, descansa en un buen holding (Michaca, 1987).

Winnicott considera que la dependencia pasa por tres estadios:

- **Dependencia absoluta**: donde el bebé no tiene forma de saber sobre el cuidado materno ni puede controlar lo bien o lo mal que cuiden de él, solo se beneficia o sufre del tipo de cuidado.
- **Dependencia relativa**: Donde el niño tiene consciencia de la necesidad de detalles en el cuidado y puede relacionarlos a sus impulsos personales.
- **Hacia la independencia**: Donde el infante desarrolla medios para estar sin cuidados permanentes a través de la acumulación de recuerdos, y cuenta con confianza en el medio al proyectar necesidades personales e introyectar detalles de cuidados.

La fase de holding equivale al estadio de dependencia absoluta, sin embargo la necesidad de apoyo permanece en el resto de las etapas, incluso en el adulto cada vez que se presente una tensión que amenace confusión o desintegración.

Cuando se realiza un holding adecuado, es decir, se da una experiencia repetida de satisfacción de necesidades, el bebé puede

sentirse creador del mundo a través de las experiencias objetales de tipo omnipotente. Por el contrario, cuando una madre "no buena" no sea capaz de proporcionar el holding, el niño sufre un trauma, que es el resultado de una violación del ambiente, y se relaciona - al principio de la vida - con la amenaza de aniquilación y con las llamadas "agonías primitivas" o "ansiedades impensables": desintegrarse, caer para siempre, no tener relación con el cuerpo, estar desorientado, y el aislamiento completo por no haber forma de comunicación. Se dice que la violación y el trauma ocurren cuando en este período de dependencia absoluta la madre, debido a sus propias ansiedades, no se sensibiliza a los requerimientos de omnipotencia de su bebé, sino al contrario, trata de que el niño se someta a las necesidades de ella convirtiéndolo en su objeto de deseo.

LA ESCUELA AMERICANA DE LAS RELACIONES DE OBJETO

Dentro de la escuela americana de las relaciones de objeto se incluye a autores que, aún teniendo origen europeo, se asentaron en el continente americano, entre los cuales se destaca a Margaret Mahler, Edith Jacobson y Rene Spitz, cuya teoría acerca de las relaciones objetales se describe a continuación.

MARGARET MAHLER

Lo más característico de la obra de Mahler es su modelo de desarrollo emocional, en el cual describe el desarrollo normal y explica a partir de sus fallas las distintas patologías, y aún cuando en su época el único estado psicótico que se reconocía en la infancia era el *autismo*, ella describe la existencia de al menos otro cuadro que denomina *psicosis simbiótica*.

Autismo infantil.

Se caracteriza por la manera en que el niño establece contacto con el medio ambiente; se trata de niños con quienes desde el nacimiento no se puede establecer un vínculo emocional y que muestran total indiferencia hacia los seres humanos. Según Mahler todo esto obedece a que el niño autista "no puede utilizar las funciones yoicas ejecutivas auxiliares de la compañera simbiótica, la madre, para orientarse a sí mismo en el mundo externo e interno."¹³ La actitud del niño autista ante los seres humanos es explicada como una alucinación de ausencia, es decir, el niño alucina la ausencia de las personas que le rodean, como si pudiera ver a través de ellos, y únicamente se vincula "utilizando" a las personas como objetos inanimados o casi inanimados. En resumen, los niños autistas muestran un desapego emocional a los seres vivos, y tienen además una notable incapacidad para tolerar cambios en los objetos inanimados que le rodean.

¹³ Citado en: BLEICHMAR, N. y otros. El psicoanálisis después de Freud. Página 350.

Otra de sus características es que no existen en ellos catectización del objeto materno y del propio cuerpo, lo que hace que recurran a conductas autodestructivas como el único medio para sentirse vivos. Para Mahler todo este cortejo sintomático constituye una defensa por la intensa ansiedad que los niños autistas experimentan ante el contacto humano. Construyen una coraza para no verse enfrentados a la dificultad de percibir y organizar los estímulos tanto externos como internos. En este síndrome hay una debilidad congénita en el yo autónomo (Bleichmar y Leiberman, 1989).

Psicosis simbiótica.

Mahler considera que todo individuo atraviesa por una etapa de simbiosis con la madre, en la cual el niño percibe a su madre como una unidad con él, totalmente indiferenciados, y donde la energía libidinal catectiza la unidad madre-hijo. Partiendo de tales consideraciones describe la psicosis simbiótica como una fijación o una regresión a la etapa de simbiosis normal; los pacientes que presentan una psicosis simbiótica generalmente muestran indicios de diferenciación, pero en el momento que deben separarse de su madre irrumpe en ellos un cuadro de intensa angustia que evidencia una gran vulnerabilidad del yo ante cualquier frustración. Estos niños amplían sus límites corporales para incluir a la madre en ellos y catectizan el límite común entre ambos.

Frecuentemente, el factor que desencadena esta situación de psicosis simbiótica es el ingreso a la etapa edípica, donde hay de por sí un monto de ansiedad vinculado a la separación de la madre y a la angustia de castración.

La teoría del desarrollo de Mahler

La teoría del desarrollo de Mahler incluye tres fases; la tercera se divide en subfases y etapas. A continuación se enumeran cada una de ellas:

- **AUTISMO NORMAL.** Del nacimiento al primer mes.
- **SIMBIOSIS NORMAL.** Del primer mes hasta los cuatro o cinco meses.

• **SEPARACIÓN-INDIVIDUACIÓN.**

- * **Diferenciación:** Del mes 5 al 7-8.
- * **Ejercitación locomotriz:** Del mes 8 al 15. Incluye la ejercitación locomotriz temprana, y la ejercitación propiamente dicha.
- * **Acercamiento:** Del mes 15 al 24. Incluye el comienzo del acercamiento (mes 15 a 18), la crisis del acercamiento (mes 18 a 20), y el moldeamiento de la distancia óptima (mes 20 a 24).
- * **Logro de la constancia objetal** emocional y consolidación de la individuación. Mes 24 a 36.

Autismo normal.

Se da a partir del nacimiento y hasta la cuarta semana de vida y se caracteriza por el predominio de los fenómenos biológicos sobre los psicológicos; la investidura libidinal es visceral o interna, semejante a la de la vida intrauterina, lo cual implica que los estímulos del exterior carecen de importancia en comparación con las sensaciones que provienen de los órganos internos. En esta fase el niño no distingue si la satisfacción de sus necesidades proviene de actividades realizadas por el mismo o por su madre. Se trata, de una fase anobjetal pues no hay capacidad para percibir al objeto externo satisfactor, el cual simplemente no existe.

Bajo estas circunstancias lo que le permite al niño evolucionar es lo que Mahler denominó el *ser objetal*, consistente en una condición innata y genética en el ser humano que lo impulsa hacia el vínculo con el medio ambiente, y la *maternación*, es decir, la presencia de una madre que proporcione los cuidados que genéticamente el niño está preparado para recibir. Ambas condiciones permiten que las cargas libidinales se desplacen desde dentro del cuerpo hacia su periferia (el tacto, el olfato y la vista). En el caso del autismo patológico es precisamente la falta de una dotación innata o bien la carencia de cuidados efectivos lo que provoca la situación de no poder encaminar al exterior las cargas libidinales.

Simbiosis normal.

La palabra simbiosis, como ya se mencionó, es un término que proviene de la biología y se refiere al vínculo que establecen dos

organismos para obtener un beneficio mutuo, sin poder prescindir uno del otro. Este término aplicado a la relación entre madre e hijo es de cierta manera incorrecto, pues no hay una dependencia mutua, sino que el niño depende absolutamente de la madre mientras que la madre solo depende de él de manera relativa.

En cuanto a la etapa de simbiosis, se caracteriza porque el niño ya es capaz de percibir los estímulos provenientes del exterior, de manera particular los que se producen a partir del cuidado materno, y por ello puede sentirse como participante de una díada omnipotente, pero donde ya son dos los participantes: él y su madre. Esta etapa se da entre el primero y los cuatro meses de vida, durante los cuales el bebé vive una fusión ilusoria con la madre y empieza a clasificar los estímulos en placenteros y displacenteros; con el fin de mantener intacta la díada simbiótica, los estímulos displacenteros son proyectados fuera de la relación.

Al ser posible esta percepción de los estímulos del exterior se percibe a la madre como objeto productor de estos estímulos, y el niño logra catectizar a su madre al ser esta ahora un objeto, aunque parcial.

Durante esta fase, Mahler resalta la importancia de lo que Winnicott denominó *holding* en la constitución de una unidad madre-hijo lo suficientemente sólida como para poder impulsar al bebé a la siguiente fase.

Separación-individuación.

Para Mahler el objetivo del desarrollo es que el individuo constituya un ente independiente, separado y diferenciado de su madre y del medio, pero con una autoimagen unificada basada en identificaciones con los objetos parentales (Bleichmar y Leiberman, 1989), lo cual idealmente se logra en esta tercera fase.

La fase de separación-individuación inicia aproximadamente al quinto mes de vida y se subdivide en cuatro subfases, cada una de las cuales tiene una modalidad de vínculo objetal, y sus propias metas.

◆ Diferenciación.

Se da del quinto al séptimo u octavo mes, una vez que el niño está lo suficientemente familiarizado con la imagen materna, la reconoce y la ha catectizado como un objeto libidinal, además de haber adquirido ciertas habilidades motrices y un desarrollo neurofisiológico capaz de hacerlo expandir su sensorio más allá de la órbita simbiótica. En esta fase el bebé explora táctil y visualmente a su madre para identificarla, distinguir lo que es y lo que no es su madre y también distinguir entre ella y él mismo. En esta fase el niño hace uso de lo que Winnicott llamó objetos transicionales, y experimenta ansiedad ante la presencia de extraños; el grado de ansiedad es inversamente proporcional a la eficacia con que se estableció la simbiosis. El papel de la madre es fundamental en el sentido de inducir a una diferenciación precoz; una madre ansiosa por lograr que el niño logre la independencia o bien una madre envolvente pueden acelerar el proceso.

◆ Ejercitación locomotriz.

Transcurre de los ocho o nueve a los quince meses de edad, cuando los bebés comienzan a gatear y van adquiriendo las habilidades que les hacen posible separarse físicamente de su madre.

Mahler la divide a su vez en ***ejercitación temprana y ejercitación propiamente dicha***. La primera se observa cuando el niño empieza a gatear, y aún cuando se aleja de su madre, regresa continuamente a su lado para después alejarse nuevamente, como en una especie de "recarga emocional." El niño puede libidinizarse sus actividades motoras, y el éxito de esta subfase depende de ello y de la disponibilidad de la madre para aceptar la creciente autonomía de su hijo.

Cuando ya se ha logrado la libidinización de las actividades motrices el niño puede disfrutar de éstas, ejercitarse placenteramente y descubrir mucho gozo en el uso de su propio cuerpo. Las catexias se van desplazando de las actividades del cuerpo al yo autónomo. Tanto la capacidad de adquirir la posición erecta como la posibilidad de alejarse de la fusión simbiótica con la madre son fuente de placer, sin que ello signifique que no necesita del apoyo y cariño maternos.

◆ **Acercamiento.**

Durante esta subfase ya el niño es un ser separado, con la capacidad de la locomoción, el juego simbólico y el lenguaje. Sin embargo con la expansión de las áreas cognitivas y perceptuales nota que la omnipotencia experimentada en la subfase anterior era ilusoria, por lo cual intenta volverse a fusionar con la madre para recuperar de ella la omnipotencia que a él le falta. Esta actitud va acompañada de un intento o deseo de huir de la madre por el temor a perder la autonomía recién adquirida, es decir, se muestran sentimientos ambivalentes.

La subfase de acercamiento se realiza en tres fases: *comienzo del acercamiento*, *crisis de acercamiento* y *moldeamiento de la distancia óptima*.

El ***comienzo del acercamiento*** se caracteriza porque disminuyen los esfuerzos exploratorios del niño, quien regresa de manera más constante al lado de la madre y comparte con ella sus logros y hallazgos; la madre es percibida ya como un objeto separado, lo cual provoca ansiedad y temor, pero también refuerza el yo y el sentimiento de autonomía. El padre comienza a jugar un papel importante.

En la ***crisis del acercamiento*** se observa un deseo alternante entre alejar a la madre y aferrarse a ella; Mahler considera que aquí se presenta el uso de los mecanismos de escisión y proyección: el niño separa lo bueno de lo malo y proyecta de manera alternante a uno y otro objeto en la figura de la madre o de algún sustituto. Los sentimientos que se presentan en esta fase son relacionados al deseo de estar fundidos con la madre y al temor de esta fusión.

Para que se lleve a cabo la fase de ***moldeamiento de la distancia óptima*** es necesario que el niño pueda nombrar los objetos y a sí mismo, así como a sus familiares en una fotografía por ejemplo, lo cual le da una sensación de tener cierto control sobre el ambiente. Empiezan a darse los procesos de internalización de los objetos buenos y reglas, y hay un progreso en la capacidad de expresión de deseos mediante el juego simbólico; por otro lado se hacen patentes para los niños las diferencias entre los sexos. En el caso de los varones, la zona fálica queda investida de catexis libidinales, y como ya hacía tiempo que descubrieron la

existencia del pene se presenta muy poca ansiedad. Con respecto a la niña, al descubrir esta que carece de pene reacciona con cólera hacia su madre por no haberla provisto de ese órgano; los recursos de identificación de la niña se ven disminuidos en comparación con los del niño.

◆ Constancia objetal emocional.

Para que el niño pueda lograr la constancia e integración de los objetos libidinales, además de una dotación innata adecuada, necesita:

- ◇ Confianza en la madre simbiótica para el alivio de tensiones y necesidades vitales.
- ◇ Capacidad cognitiva para saber que el objeto existe aunque no lo perciba.

La constancia objetal se caracteriza porque el objeto, necesariamente catectizado de energía libidinal o neutralizada, está disponible para el niño intrapsíquicamente, esto es, lo puede evocar sin dificultad. Además de lo anterior, el objeto debe ser total, es decir, el yo no debe recurrir con facilidad a la escisión de las representaciones del objeto en bueno y malo.

RENE SPITZ

Sin seguir la línea de muchos autores que derivan su teoría a partir de sus observaciones con pacientes adultos, Rene Spitz utilizó como base la observación controlada de recién nacidos; con base en estas observaciones llega a establecer sus ideas acerca de las relaciones de objeto.

Como parte sustancial de su teoría establece una diferencia entre las relaciones de objeto propiamente dichas y las relaciones preobjetales; a estas últimas las considera relaciones únicamente de gratificación de necesidades. Aún cuando en esta etapa previa a la relaciones objetales se pueden presentar problemas o fallas, no es comparable con las

deficiencias que se dan cuando ya se establecieron las verdaderas relaciones de objeto. Desde su perspectiva "las relaciones de objeto propiamente dichas, fundan la inmediata gratificación de la necesidad, con un intercambio emocional y psicológico, que son la trama de lazos emotivos muy individuales. Estos no pueden reemplazarse cuando se quiebran. Deben formularse nuevos lazos, tarea sumamente difícil" (Spitz, 1972). Respecto a las relaciones preobjetales, comprenden elementos simples y fáciles de reproducir para la gratificación de necesidades.

En cuanto al desarrollo de las relaciones de objeto, Spitz lo concibe de la siguiente forma:

A los tres meses de vida el niño es establecido como una entidad *psicológicamente separada*, como tres meses antes se convirtió en una entidad *físicamente separada*; antes de que esto ocurra el narcisismo primario es dominante, sin existir el sentido de separación ni la capacidad de ideación, y es hasta los tres siguientes meses que el bebé elabora una conciencia del yo, una vez que ha podido diferenciar entre "yo" y "no yo", y con base en las acciones realizadas en su relación con dicho "no yo". A pesar de que a esta edad ya se tenga una conciencia de "no yo", es hasta los quince meses cuando el bebé desarrolla una conciencia de sí mismo, es decir el **self**. El self es la continuación del "yo" es un nivel más alto, y es el producto de procesos intrapsíquicos que se realizan como resultado de las vicisitudes de las relaciones de objeto. En la etapa preobjetal, el objeto era parte del "no yo", y va siendo segregado paulatinamente, primero como objeto parcial hasta convertirse en objeto amado como resultado de los intercambios emocionales que progresivamente se transforman en verdaderas relaciones de objeto.

Entre el sexto y el noveno mes de edad, cuando el niño es capaz de distinguir el objeto libidinal de los demás objetos, Spitz marca el comienzo de las **relaciones objetales propiamente dichas**. En esta etapa la madre es establecida como objeto de amor, y por lo tanto separada del sujeto. De alguna manera esta separación lleva a las formación de lazos emocionales, como una defensa por la conciencia de la separación, cuando los contactos epidérmicos y corporales con la madre son más escasos.

Durante los siguientes seis meses, el desarrollo progresivo de estos lazos emotivos, el proceso dinámico que sigue el niño y lo que Spitz llamó la identificación con el agresor, llevan al establecimiento del **self**. El niño ahora, después de constituirse como una entidad física separada (con el nacimiento), como una entidad psicológicamente separada (con la diferenciación entre "yo" y "no yo"), se convierte en una unidad *socialmente separada*, a través de la confrontación de sí mismo con el no-sí mismo, es decir, con los otros.

Tanto en el desarrollo del self como en la diferenciación entre "yo" y "no-yo", la **frustración** juega un papel determinante. Así como a los tres meses a partir de la frustración de sus deseos orales el niño es forzado a distinguir entre "yo" y "no-yo", a los quince meses es forzado a diferenciar entre sí mismo y los otros a causa de la frustración a su volición (decidir el curso de una acción o iniciarla) por el "No" del objeto libidinal.

Otro aspecto que juega un papel importante para la diferenciación entre el sí mismo y los otros es el **principio de realidad**, pues el niño se va enfrentando cada vez más con los hechos de la realidad, lo cual produce un cambio en sus percepciones. El principio de realidad es adquirido por el niño a los tres meses, y puede ser observado cuando pierde su tendencia a la gratificación inmediata de sus necesidades, y puede retardar la gratificación. En los doce meses siguientes, el niño debe realizar por sí mismo acciones que antes realizaba su madre; por ejemplo, cuando ya es capaz de caminar se ve enfrentado a su lentitud y a los golpes, cosa que no ocurría cuando su madre lo trasladaba, y por ello llega a evaluar las limitaciones de su ser físico. Paralelamente el pequeño desarrolla el uso del "No" contra el adulto, que para Spitz significa la indicación de un nuevo nivel de autonomía, de la conciencia de "otro" y de "sí mismo"; es el comienzo de la reestructuración de la acción mental en un nivel de complejidad mayor, inicia un extenso desarrollo del Yo en cuyo marco la preponderancia del principio de realidad sobre el principio del placer se establece crecientemente.

EDITH JACOBSON

Jacobson plantea un desarrollo metapsicológico de la estructura del yo desde la perspectiva del interjuego entre "relaciones objetales", "identificaciones" y "sentimientos de identidad" (Michaca, 1987).

Dentro de su planteamiento establece una diferencia entre objeto y representación de objeto, de manera paralela a los conceptos self y representación del self. Para Jacobson la diferencia entre estos últimos dos conceptos es que el objeto se encuentra en el mundo externo, mientras que la representación es parte de la realidad psíquica.

Establece un esquema del desarrollo donde relaciona los diversos estadios de estructuración energética y estructural, con la constitución y catectización de las representaciones del self y los objetos y su correspondiente desarrollo ideacional, afectivo y funcional, de la siguiente manera:

1. Es una condición primaria indiferenciada que opera con un self psicofisiológico primario no estructurado. Es una situación embrional. Se caracteriza por la indiferenciación entre el self y el objeto, entre la descarga interior o la exterior, y entre libido o agresión, y placer o displacer. Los procesos de descarga pulsional dirigidos hacia el interior del self son acciones puramente fisiológicas, en las cuales no interviene la conciencia, ni el objeto, pues aún no existen. Este estadio se representa por la unidad madre-hijo.

2. Con el nacimiento se establece el aparato motor y las zonas erógenas pregenitales, además de haber un crecimiento en la catexia de la percepción y memoria. Se comienzan a percibir sensaciones placenteras y displacenteras, que se ligan confusamente con percepciones que provienen del exterior. Se empieza a formar un lenguaje afectivo de los órganos, como una especie de descarga psicossomática.

3a. Es un estado de diferenciación estructural incipiente y formación del yo, en el que prevalece el principio del placer y el proceso primario. Se forman imágenes parciales de objetos de amor y de partes del cuerpo, que no son claramente distinguibles, pero sí cambian rápidamente. Estas imágenes se ligan con restos mnémicos de experiencias pasadas

placenteras y displacenteras, y se cargan con fuerzas libidinales y agresivas.

3b. Es un estadio más organizado, que se establece cuando el niño aprende a caminar y a hablar; crece la conciencia del self y los objetos, y las imágenes de objetos se extienden al mundo animado e inanimado circundante. Se desarrolla el lenguaje simbólico, la actividad motora funcional y la prueba de realidad. Inicialmente prevalece la fantasía animística, mágica y preverbal concentrada en la madre, hasta que las configuraciones preedípicas y edípicas se establecen. Se desarrolla la **constancia objetal**.

4. En esta fase la sexualidad infantil llega a su clímax; las pulsiones sexuales y agresivas se fusionan y neutralizan. Ya hay un control sobre las emociones y los instintos, y se dice que predomina la libido, por lo que se desarrollan investiduras libidinales duraderas. Crecen las ligas de ternura y los afectos ligados a las funciones yoicas, y la conciencia del self se expande a la conciencia de los procesos de pensamiento y emocionales, así como a las actitudes y funciones del yo. El principio de realidad y el proceso secundario predominan en esta etapa.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

OTRAS CONTRIBUCIONES A LA TEORÍA DE LAS RELACIONES OBJETALES

OTTO KERNBERG

En un intento por esclarecer la psicopatología, el diagnóstico y el tratamiento de pacientes fronterizos y narcisistas (de su particular interés), Kernberg desarrolla ciertas formulaciones referentes a la teoría psicoanalítica de las relaciones de objeto, misma que asegura ya se encontraba implícita en los trabajos de Freud.

Para Kernberg, como ya se mencionó en algún otro apartado de este trabajo, la teoría psicoanalítica de las relaciones de objeto "representa el estudio psicoanalítico de la naturaleza y el origen de las relaciones interpersonales y de la naturaleza y el origen de las estructuras intrapsíquicas que derivan de relaciones internalizadas del pasado, fijándolas, modificándolas y reactivándolas con otras en el contexto de las relaciones interpersonales presentes. La teoría psicoanalítica de las relaciones objetales enfoca la internalización de las relaciones interpersonales, su contribución al desarrollo normal y patológico del yo y del superyó y las recíprocas influencias de las relaciones objetales intrapsíquicas e interpersonales" (Kernberg, 1991).

La idea sustancial que el autor extrae de la definición anterior es que las relaciones objetales son representaciones intrapsíquicas diádicas o bipolares, imágenes del sí-mismo e imágenes objetales como reflejo de la primitiva relación madre-hijo, y su desarrollo posterior en relaciones externas interpersonales diádicas, triangulares y múltiples.

Al hablar de relaciones objetales Kernberg considera que sería más adecuado referirse a *objeto humano*, y no solo a *objeto*, pues objeto humano refleja el sentido tradicional que se da al término al usarlo para indicar las relaciones con los otros.

La teoría psicoanalítica de las relaciones de objeto se ocupa en especial del campo intrapsíquico y de las estructuras intrapsíquicas que representan la relación diádica primaria que después se extiende en

múltiples direcciones. Para Kernberg representa un marco fundamental de integración que permite vincular el abordaje psicosocial de la vida humana, con su naturaleza subjetiva y vivencial, por una parte, y con las estructuras intrapsíquicas abarcadas por la metapsicología en general, por la otra.

Desarrollo normal y patológico de las relaciones objetales internalizadas.

Otto Kernberg divide el desarrollo de las relaciones objetales internalizadas en cinco etapas que se describen a continuación a grandes rasgos.

Primera etapa: “Autismo” normal o período indiferenciado primario.

Abarca el primer mes de vida. Es la etapa anterior a la consolidación de la diferenciación entre sí-mismo y objeto, y se constituye bajo la influencia de experiencias gratificantes del lactante cuando interactúa con la madre. Cualquier problema que se presente en esta etapa (por ejemplo un fijación) tiene como resultado una falla en el desarrollo de la imagen diferenciada sí-mismo y objeto, y la incapacidad para establecer una relación simbiótica normal.

Segunda etapa: “Simbiosis” normal o período de representaciones primarias indiferenciadas sí-mismo—objeto.

Se desarrolla del segundo al sexto u octavo mes de vida. Kernberg lo considera el período de mayor importancia conceptual; en esta etapa se logra la consolidación de la imagen sí-mismo—objeto en un todo, y además, bajo la influencia de la madre, se forman dos tipos de imágenes: 1) imágenes “buenas de representaciones sí-mismo - objeto, indiferenciadas y que se dan por experiencias gratificantes, 2) imágenes “malas” de representaciones sí-mismo—objeto indiferenciadas, que surgen por experiencias frustrantes y dolorosas.

“Una detención o regresión a este estadio prevalece en la psicosis simbiótica infantil”, en la mayoría de las esquizofrenias y en las psicosis depresivas” (Michaca, 1987).

Una vez establecidas las imágenes buenas y malas, se hace un intento por expulsar la experiencia sí-mismo-objeto mala, y la experiencia sí-mismo-objeto buena se convierte en el núcleo del ego. Así se inicia la concepción de un "afuera".

Entre el sexto y noveno mes de vida inicia la diferenciación entre representaciones del sí-mismo y representaciones de objeto buenas y malas; las buenas se cargan de libido y las malas de agresión. La segunda etapa finaliza cuando las autoimágenes y las imágenes del objeto se han diferenciado de forma estable a partir de la representación buena sí-mismo-objeto.

Tercera etapa: Diferenciación entre las representaciones del sí-mismo y las representaciones objetales.

El objetivo de esta fase es que se complete la diferenciación de la representación del sí-mismo respecto a la representación del objeto, primero a partir de las imágenes buenas y posteriormente a partir también de las malas. Termina con la integración de las representaciones buenas y malas del sí-mismo en un sí-mismo total, y con la integración de las buenas y malas representaciones objetales en representaciones objetales totales, es decir, se alcanza la **constancia objetal**. Abarca desde el sexto u octavo mes a los tres años, y se caracteriza por relaciones objetales parciales, pues el sí-mismo aún no está integrado ni se tiene una concepción integrada de los otros seres humanos, a los cuales concibe como totalmente buenos o totalmente malos.

La fijación o regresión a esta etapa determina la organización de personalidad de tipo fronterizo. Por otro lado, en este estadio el reconocimiento de la madre marca el comienzo de la delimitación entre el sí-mismo y el no-sí-mismo, y entre el sí-mismo y los objetos externos. La separación de estas representaciones libidinal o agresivamente catectizadas se ve fortalecida por el uso de la escisión, la cual sirve para proteger a la relación ideal con la madre contra las malas representaciones del sí-mismo y del objeto materno.

Cuarta etapa: Integración de las representaciones del sí-mismo y las representaciones objetales y desarrollo de las estructuras intrapsíquicas superiores derivadas de relaciones objetales.

Comienza a finales del tercer año de vida, y se extiende durante todo el período edípico. En esta etapa se lleva a cabo la integración de las representaciones del sí-mismo con carga libidinal y con carga agresiva en un sistema definitivo del sí-mismo; de igual modo se da la integración de las imágenes objetales con carga libidinal y con carga agresiva en representaciones objetales totales. También se consolidan el yo, el superyó y el ello como definitivas estructuras intrapsíquicas generales.

Quinta etapa: Consolidación de la integración del superyó y el yo.

Su objetivo es la consolidación de la integración del yo y el superyó; se logra en esta fase la disminución de las tensiones entre ambas instancias, y ello permite al individuo responder con madurez ante las exigencias, fracasos y conflictos de la vida.

HEINZ KOHUT

A diferencia de los autores psicoanalíticos clásicos, Kohut desarrolla su teoría del narcisismo sin aceptar que la existencia de relaciones objetales excluye al narcisismo. Una de las mayores contribuciones de Kohut a la teoría psicoanalítica, es haber descrito el trastorno narcisista de la personalidad, el cual se distingue de las neurosis clásicas y se caracteriza por el establecimiento de una transferencia de tipo narcisista; es precisamente esta transferencia narcisista la que lo lleva a pensar que el narcisismo no constituye solo una etapa de desarrollo de la libido que después es reemplazada por el amor objetal, sino que coexisten a lo largo de toda la vida; "el narcisismo sufre una evolución paralela e independiente de la libido objetal" (Bleichmar y Leiberman, 1989). El resultado del desarrollo pulsional es la estructura tripartita de la mente, y el del desarrollo del narcisismo el *self*, para el logro de dicho desarrollo el self utiliza ciertos objetos del medio ambiente, que Kohut llamó objetos del self. Bajo esta perspectiva, el autor señala que así como "hay formas de

narcisismo primitivo, inmaduro o patológico” también “hay formas de narcisismo maduro, adaptativo y normal” (Michaca, 1987).

EL SELF.

Kohut define al self (tomando como base para realizar tal definición a Hartmann) como un contenido del aparato psíquico, que forma parte del yo, del ello y del superyó; se constituye por la internalización de cierto tipo de objetos con quienes el individuo establece un vínculo narcisista, a los que denominó objetos del self, ya mencionados en el apartado anterior. Estos son objetos externos (padre, madre, etc.) que el individuo internaliza.

Para Kohut el self constituye el núcleo de nuestra personalidad; “se forma a partir de la internalización de objetos del self arcaicos” que pueden ser: a) del self grandioso, que proporciona ambiciones y metas, o b) de imagos parentales idealizadas, de cuya internalización surgen los ideales del self. Como podemos observar, se trata de un self con estructura bipolar, pero al cual se le agrega un área intermedia: el espacio de las aptitudes y los talentos (Bleichmar y Leiberman, 1989).

Según Kohut la diferencia entre libido narcisista y libido de objeto es el tipo de objeto en que se deposita: la libido de objeto se deposita en los objetos del mundo externo y la narcisista en los objetos del self.

El desarrollo del self.

Para Kohut, la teoría del self es necesaria siempre que estudiemos los estados en los que una autoaceptación perturbada y/o la fragmentación del sí mismo ocupen el centro de la escena psicológica, como sucede en los trastornos narcisistas de la personalidad.

Con respecto a la manera en que se desarrolla el self, afirma que cuando el niño nace ya tiene un self rudimentario, el cual se empieza a desarrollar inmediatamente después del nacimiento a través de la interacción del niño con sus objetos del sí-mismo, cuyas funciones se internalizan a través de la *internalización transmutativa*, y con ello se hace posible la cristalización del **self nuclear**. Los padres responden con

empatía a ciertas potencialidades del niño, pero posteriormente la labor que emprenden es la de suministrar al niño frustraciones tolerables, que lo llevan a reemplazar a los objetos del self y sus funciones por un self propio, con sus respectivas funciones, es decir, se crea un **self autónomo**. Es decir que una vez que la relación con los objetos del self es suficientemente estable es necesaria una desilusión gradual respecto de la disponibilidad de estas figuras, de tal manera que sus representaciones sean internalizadas y pasen a formar parte de este self autónomo.

En todo este proceso son de vital importancia las expectativas de los padres, pues como resultado de ellas se realiza una estimulación selectiva de ciertos aspectos del self nuclear del niño; dicha estimulación y la capacidad empática de los padres obedece no a lo que hacen, sino a lo que son.

Aún cuando a lo largo del desarrollo el niño va descubriendo las debilidades y limitaciones de los objetos del self idealizados, así como las limitaciones respecto a su grandiosidad, la autoconfianza de los padres cuando lo sostenían, su seguridad y contacto permanecen como núcleo de la fortaleza de los ideales del niño. Por otro lado, cuando existe falla en alguno de los objetos del self, el pequeño tiene la opción de catectizar lo suficiente al otro objeto, cuyo éxito constituye una estructura compensatoria que puede ser lo suficientemente firme para dar al self la cohesión necesaria para seguir su desarrollo normal.

Con base en el desarrollo del self, Kohut sugiere que las enfermedades mentales pueden agruparse en:

1. Las alteraciones primarias del self, que son aquellas donde el self no logró un estado cohesivo. Incluye las psicosis, los estados fronterizos, las personalidades esquizoides y paranoides, los trastornos narcisistas de personalidad y los trastornos narcisistas de conducta.
2. Las alteraciones secundarias del self, que son reacciones agudas o crónicas de un self previamente establecido; generalmente ocurren ante situaciones de estrés y comprenden las psiconeurosis clásicas.

Los impulsos y la psicología del self.

Desde la perspectiva de Kohut, no existen trastornos debidos a las fijaciones orales o como consecuencia de una detención en el desarrollo del yo por gratificaciones a las que el yo inmaduro se ha vuelto adicto; la explicación que da es que el sí-mismo no se ha podido establecer con firmeza como consecuencia de la perturbación en las respuestas empáticas de los padres, y "es el sí-mismo debilitado y propenso a la fragmentación el que, en el intento de asegurarse que está vivo, incluso de que existe siquiera, se vuelca defensivamente hacia metas de placer a través de la estimulación de las zonas erógenas y luego, en forma secundaria, provoca la orientación de los impulsos orales (y anales) y el sometimiento del yo a las metas pulsionales correlacionadas con las zonas corporales estimuladas" (Kohut, 1990).

En cuanto al período anal, Kohut también considera que hay una explicación más satisfactoria que la que se centra en los impulsos, y es aquella que toma en consideración al sí-mismo del período anal, durante su etapa temprana de consolidación; la aceptación, rechazo o indiferencia hacia las heces que muestra una madre, no solo responde a un impulso, sino también al sí-mismo en formación del niño. El niño experimenta la actitud parental como la aceptación o rechazo de su sí-mismo creativo, productivo y activo, vulnerable y establecido solo en forma tentativa. Por lo tanto, una persona con carácter anal presenta, además de una fijación a esta etapa, un abandono del niño al intento de experimentar la autoafirmación, ante lo cual se refugia en los placeres que puede obtener de los fragmentos de su si-mismo corporal, todo ello como consecuencia al rechazo por parte de la madre.

Con base en sus apreciaciones respecto a los impulsos orales y anales, Kohut concluye que la aplicación del marco teórico de una psicología del sí-mismo constituye una necesidad si queremos apreciar la plena significación de las etapas para el desarrollo psicológico.

HERBERT PHILLIPSON Y EL TEST DE RELACIONES OBJETALES

El uso de técnicas proyectivas como método de exploración de la personalidad es muy extendido. Phillipson afirma que la utilización de los test proyectivos se debe a "...la importancia de entender la interacción de los motivos inconscientes y los esfuerzos conscientes, cuyas resultantes se advierten en la conducta manifiesta." (Phillipson, H. 1995. página 19). Su relación en la investigación se nota en que la personalidad se explora a partir de estímulos estándar que permiten la comparación con otros individuos y grupos – lo que ayuda a nutrir las teorías de la personalidad -, y también el estudio individual – clínica -.

Los métodos proyectivos son ideados o contruidos para obtener información acerca de los aspectos más profundos de la personalidad que no pueden ser revelados por el sujeto en un examen cara a cara; los creadores de las técnicas de Rorschah y T.A.T. vincularon claramente sus prácticas terapéuticas y de investigación con un enfoque psicoanalítico (Phillipson, H. 1995).

Sin embargo, dado que en ese momento el psicoanálisis se centraba básicamente en la relación transferencial, obviamente reducida al consultorio, no se había hecho un intento de proveer a las técnicas proyectivas de una fundamentación racional de los conceptos que definieran las dinámicas inconscientes que estos test se proponían revelar; a decir de Phillipson hasta antes de Melanie Klein y Ronald Fairbain el psicoanálisis no había podido consolidar una teoría más unificada de la personalidad.

En las bases teóricas de la técnica de Phillipson habla de dos sucesos importantes en la construcción de una teoría unificada en la personalidad: "primero, la teoría psicoanalítica de las relaciones objetales inconscientes; y segundo, su aplicación a la comprensión de la conducta en situaciones distintas a la de la tradicional relación terapéutica entre dos personas" (Phillipson, H. 1995. Página 21-22.)

Para la construcción del test Phillipson pone especial atención en Melanie Klein y Ronald Fairbain, pues en el momento de desarrollar el T.R.O. eran los principales teóricos en el campo de las relaciones de objeto. Sin embargo debemos considerar para el trabajo actual, que los autores posteriores son de vital importancia, y nos posibilitan enriquecer la interpretación que se pueda dar a la aplicación de la técnicas utilizadas.

La importancia de las técnicas proyectivas como método de investigación de la personalidad bajo el enfoque psicoanalítico, de manera específica la importancia del test de relaciones de objeto (T.R.O.) de Herbert Phillipson, estriba en que se puede realizar la comprensión de la personalidad y la conducta en un ámbito distinto a la situación terapéutica. Esto es, que para Phillipson "las relaciones objetales existen dentro de la personalidad tanto como entre la personalidad y el mundo externo, y que el mundo interior de las relaciones objetales determina de modo fundamental las relaciones del individuo con las personas del mundo externo" (Phillipson, H. 1995. Página 23).

ESTUDIOS ACERCA DE LAS RELACIONES DE OBJETO

Aún cuando día con día se realiza una mayor cantidad de estudios referentes a las relaciones de objeto, muy pocos de ellos se vinculan con el tema del suicidio o el de los trastornos psiquiátricos. Existe una investigación que se menciona a continuación por haber sido realizada con población de jóvenes consumidores de drogas (González y Grynberg, 1987), los cuales de alguna manera puede llegar a compartir características con pacientes psiquiátricos, o incluso ser uno de ellos; se incluye además la única investigación encontrada en la cual se estudian de manera conjunta las relaciones de objeto y el suicidio (Mondellini y Vieyra, 1989).

González y Grynberg (1987), realizaron una comparación de dos grupos de entre 16 y 21 años en cuanto a sus relaciones de objeto y características psicológicas. El grupo control corresponde a NO USUARIOS de droga, es decir, personas que nunca hubieran probado, ni en forma experimental, alguna droga, y que el uso de tabaco o alcohol no fuese excesivo. El grupo experimental corresponde a USUARIOS de droga, que según las autoras son de grado 3, es decir, funcionales. Son los que necesitan droga para funcionar en sociedad, personas que han creado una dependencia tal a una droga que no pueden realizar ninguna actividad si no la consumen, y que a pesar de su dependencia funcionan en sociedad.

A través de este trabajo de investigación se concluyó que el farmacodependiente funcional posee un yo deficiente que lo lleva a tener características psicológicas distintas que el adolescente del grupo control. En las historias de los sujetos farmacodependientes se detectó una ausencia o inconstancia de la figura materna. La falta de madre no les permitió manejar la ansiedad persecutoria, por lo que no lograron la unificación del objeto total, quedando así fijados a objetos parciales. Esto último les impidió elaborar la pérdida y por lo mismo no les permitió independizarse de los objetos parciales. Esta dependencia explica su dificultad. La droga sirve para eliminar cualquier esbozo de ansiedad; ayuda a un yo muy débil a realizar una disociación especial. Le permite en cierta forma unir sensaciones que representen vínculos con un objeto de una manera más organizada y total. La droga funciona como un

organizador precario, un mal adhesivo que sirve al farmacodependiente como último recurso en su esfuerzo extremo de estructurarse.

Por otro lado, con el fin de saber cuál es la relación que existe entre la introyección de la agresión con el intento suicida, Mondellini y Vieyra (1989) realizaron un estudio tomando como muestra a 3 hombres y 2 mujeres de entre 18 y 26 años, quienes habían cometido un intento suicida y como consecuencia se encontraban en un hospital de urgencias. Utilizaron como instrumentos la entrevista, el MMPI y el TRO de Phillipson.

Según sus resultados, es factible proponer como factor precipitante de los sujetos con intento suicida, las inadecuadas relaciones objetales tempranas; más concretamente, las conclusiones del estudio indican que el intento suicida es la introyección de la agresión dirigida hacia el padre vivenciado como objeto malo, quien fue introyectado debido a la ambivalencia del individuo hacia los progenitores y por ser vivenciado como frustrante y rechazante.

También se concluyó que los sujetos con intento suicida provienen de un ambiente objetal que ha sido frustrante, mismo que fue internalizado del mismo modo y creado de igual manera en su mundo interno.

COMENTARIOS

En este capítulo se han revisado los diferentes postulados acerca de las relaciones infantiles con los primeros objetos. Para ello se inició con Freud que como ya se mencionó es el autor que fundó las bases para el posterior desarrollo de la teoría de relaciones de objeto; luego se revisaron los autores de la escuela inglesa y finalmente los de la escuela americana.

Este orden parece tener como fin hacer un recorrido histórico, y tal vez así sea, pues al leer el capítulo se puede notar como a través del tiempo las investigaciones acerca de las relaciones de objeto han llevado a la teoría desde un simple acercamiento, cuando apenas se trabajaba con ideas que hacían referencia al tema; por ejemplo los primeros ensayos de Freud al iniciar el siglo XX; hasta las investigaciones más recientes donde la teoría de relaciones de objeto puede aplicarse de manera específica en ciertas psicopatologías, modificando para ello las técnicas psicoanalíticas propuestas por Freud en los inicios del psicoanálisis, y dando paso a los nuevos postulados elaborados por los investigadores subsecuentes.

La revisión de las propuestas de los numerosos autores contenidos en el capítulo, muestra que existe la continuidad de ideas de uno a otro, y también hasta rechazo dependiendo los temas que se aborden; sería difícil precisar los alcances y limitaciones de los trabajos de los diferentes autores, y este no es el fin de la presente investigación.

La necesidad de revisar a los más brillantes autores de las relaciones de objeto es tener un panorama amplio del tema desde los orígenes hasta sus últimos adelantos y de este modo poder entender el fenómeno que esta tesis se propone estudiar: La relevancia que tiene para el desarrollo de la personalidad, la forma en que desarrollaron las relaciones objetales tempranas; y cómo la huella de estos objetos se nota en cualquier situación que el sujeto enfrente; dando como resultado a personas bien adaptadas, o en casos menos afortunados aquellos sujetos que en la etapa adulta presentan un trastorno psiquiátrico y llamaron la atención para realizar el presente estudio, tratando de descubrir la relación objetal patológica que podría ser la causa del intento suicida.

CAPITULO 3

MÉTODO

"Ojalá pase algo que te borre de pronto
una luz cegadora, un disparo de nieve.
Ojalá cuando menos que me lleve la muerte
para no verte tanto, para no verte siempre.
En todos los segundos... en todas las visiones."

Silvio Rodríguez

CAPITULO 3 MÉTODO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Tomando en cuenta el aumento en la incidencia del suicidio, además de que la población psiquiátrica por si misma representa un grupo con un riesgo más alto de cometer un acto suicida que el resto de la población, es de suma importancia investigar los medios que nos permitan conocer el problema del intento de suicidio a fondo.

Aún cuando los temas suicidio y relaciones de objeto son de gran interés para los investigadores recientes, son pocos los estudios que vinculan las dos variables, y menor aún el número de personas interesadas en encontrar un denominador común en las relaciones de objeto de personas que además de presentar uno o varios intentos de suicidio sufren algún tipo de trastorno psiquiátrico.

De lo anterior se deriva la importancia de una investigación como esta, donde se pretende no solo un conocimiento profundo acerca de las variables de estudio, sino además una visión del problema que permita despertar el interés de las personas que trabajan en el área de salud mental y proporcionar herramientas de utilidad para el manejo del suicidio, ya sea a nivel preventivo o de intervención.

De este modo la presente investigación pretende contribuir al conocimiento de una de las variables que se considera de importancia en la génesis del intento suicida en pacientes psiquiátricos: las relaciones de objeto, y así poder determinar si existe un patrón específico de relaciones objetales en pacientes que han presentado al menos un intento de suicidio, que pueda actuar como un factor desencadenante del mismo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

OBJETIVO

Comparar las relaciones objetales de pacientes psiquiátricos que hayan tenido intento de suicidio y pacientes psiquiátricos sin intento de suicidio, para poder establecer entre ellos diferencias, además de conocer cuales son los factores de las relaciones objetales que están asociadas con el intento suicida, y de este modo aportar datos que puedan servir de apoyo para el diagnóstico, tratamiento, y prevención del intento de suicidio.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo se manifiestan las relaciones objetales en pacientes psiquiátricos que han intentado suicidarse y en pacientes psiquiátricos que no han intentado suicidarse?

¿Existe un patrón o patrones específicos de relaciones objetales en los pacientes que han presentado intento de suicidio?

¿Existen diferencias estadísticamente significativas en las relaciones objetales entre pacientes psiquiátricos con intento de suicidio y pacientes psiquiátricos sin intento de suicidio?

HIPÓTESIS

Ha: Existen diferencias significativas en las relaciones objetales de pacientes psiquiátricos con intento de suicidio y sin intento de suicidio.

Ho: No existen diferencias significativas entre las relaciones objetales de pacientes psiquiátricos con intento de suicidio y sin intento de suicidio.

VARIABLES

Variable dependiente:

Modalidad de expresión de las relaciones objetales, obtenida a través de los instrumentos.

Variable independiente:

Pertenecer al grupo de pacientes con intento suicida.

Definición Conceptual.

Intento de Suicidio: Durkheim definió el suicidio como “todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado.” y el intento de suicidio como “el mismo acto que hemos definido, detenido en su camino, antes de que dé como resultado la muerte.” (*Durkheim, 1897, p. 16*). El intento de suicidio es entendido también como el suicidio fallido, es decir, como una falla en el intento de matarse voluntariamente a si mismo. (*Villardón, 1993, p. 31*).

Relaciones Objetales: “La teoría psicoanalítica de las relaciones objetales representa el estudio psicoanalítico de la naturaleza y el origen de las relaciones interpersonales y de la naturaleza y el origen de las estructuras intrapsíquicas que derivan de relaciones internalizadas del pasado, fijándolas, modificándolas y reactivándolas con otras en el contexto de las relaciones interpersonales presentes.” (*Kernberg, 1976, p. 47*). Es decir, la manera en que el sujeto percibe las relaciones humanas y el papel que juega en ellas.

Definición Operacional.

Intento de suicidio. Tener registrado en el expediente o historial clínico que al menos en una ocasión el sujeto haya intentado suicidarse.

Relaciones objetales. Interpretación de las historias generadas por el sujeto a partir de la aplicación del Test de Relaciones Objetales, complementada por la interpretación del dibujo de la Familia y el análisis de los datos obtenidos a través de la entrevista estructurada.

TIPO DE DISEÑO

Se trata de un diseño **no experimental**, pues no se realizó manipulación de las variables, y solo se hizo medición y análisis de ellas en su contexto natural. Además es un estudio **transversal** al ser una investigación realizada en un solo momento, y **correlacional de dos grupos independientes** porque trata de describir la relación entre dos variables (intento suicida y relaciones de objeto) en un momento determinado, habiendo trabajado con dos grupos independientes.

TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio *ex post facto*, pues se analizó el fenómeno después de su ocurrencia, y sin intervenir de manera alguna en las variables. Además es un estudio *de campo* porque se realizó en una estructura social real, en este caso, el hospital de psiquiatría.

MUESTRA

El tipo de muestra fue Intencional por cuota, es decir, que se entrevistó a todos los sujetos hospitalizados que hubieran presentado al menos una vez en su vida un intento suicida, para conformar el grupo suicida, y a todos aquellos que no hubieran presentado algún intento de suicidio en su vida, para conformar el grupo no suicida. Se consideró a las personas hospitalizadas entre Junio y Diciembre de 1998.

Así se constituyó una muestra conformada por 52 pacientes de ambos sexos, que recibían atención en el Hospital de Psiquiatría San Fernando, del Instituto Mexicano del Seguro Social, que contaron con la aprobación de su médico para poder formar parte del grupo de sujetos de investigación sin que esto interviniera en su tratamiento, así como la decisión por parte de ellos de participar y cooperar en la entrevista y aplicación de pruebas. Al respecto es importante mencionar que de la totalidad de sujetos a los cuales se les pidió participar por cumplir con los criterios de inclusión, ninguno se negó a ser entrevistado o a la aplicación de instrumentos, sabiendo todos de antemano que esto no formaba parte de su tratamiento y que se la evaluación era únicamente con fines de investigación.

Los pacientes seleccionados formaron dos grupos de adultos principalmente, con algunos casos de adolescentes, todos ellos con las siguientes características:

A) Intento suicida: 10 hombres y 15 mujeres que habían presentado al menos un intento de suicidio en su vida, lo cual se encontraba registrado en su expediente.

B) No Suicidas: 9 hombres y 18 mujeres que nunca habían presentado a lo largo de su vida un intento de suicidio.

Para ambos grupos se cumplieron los siguientes **criterios de inclusión**:

- Recibir tratamiento en el hospital de psiquiatría como pacientes internos, es decir, encontrarse hospitalizados en el momento de entrevistarlos.
- No presentar sintomatología aguda en el momento de la entrevista que pudiera impedir el entendimiento de las preguntas e instrucciones que se les dieron.
- Aceptar ser entrevistado y evaluado, sabiendo que el objetivo de la evaluación no era parte de su tratamiento, sino de una investigación.

Por otra parte, se tomaron los siguientes **criterios de exclusión**:

- Presentar síntomas agudos en el momento de la entrevista.
- Tener deficiencia intelectual
- Tener problemas visuales, auditivos o de lenguaje que lo imposibilitaran para responder a la entrevista o a la prueba.

En resumen, la muestra quedó conformada de la siguiente forma:

SEXO/GRUPO	Intento suicida	No suicidas	Total
Masculino	10	09	19
Femenino	15	18	33
Total:	25	27	52

INSTRUMENTOS

Para el logro del objetivo de investigación, se empleó como prueba principal el Test de relaciones objetales (TRO) de Herbert Phillipson, complementado por el uso de una entrevista estructurada (*Anexo 2*), diseñada específicamente para la investigación con base en los aspectos que deben considerarse en una historia clínica, además de explorar cuestiones de sus relaciones de objeto. Se utilizó también el dibujo de la figura humana, el cual nos aporta elementos de suma importancia con respecto a la percepción de la estructura familiar.

A continuación se describen los instrumentos utilizados para la investigación reiterando que el principal de ellos fue el Test de relaciones objetales (T.R.O.) de Phillipson.

Entrevista

La entrevista fue elaborada especialmente para la investigación, y se compone de los siguientes apartados:

1. Ficha de identificación, integrada por 10 reactivos.
2. Padecimiento actual, integrado por 5 reactivos.
3. Dinámica familiar, que se compone por el familiograma, 9 reactivos acerca de su familia de origen y 6 reactivos acerca de la familia actual.
4. Área interpersonal, que se compone de 3 reactivos.
5. Área laboral, integrada por 4 reactivos.
6. Un apartado sobre el intento de suicidio, el cual solo fue aplicado a los sujetos del grupo con tentativa suicida, y que se compone de 5 reactivos.

Dibujo de la familia

Siguiendo la hipótesis de la proyección gráfica, se hizo uso del dibujo de la familia como un complemento a la prueba de relaciones de objeto, con la idea de obtener datos acerca de como percibe el individuo su entorno familiar y a cada una de las figuras que la conforman. Dicho dibujo fue evaluado tomando en cuenta las cuestiones significativas de la interpretación de dibujos proyectivos de figuras humanas (tamaño, posición, etc.) del texto de Hammer.¹⁴

La instrucción dada a los pacientes de la muestra fue: "*dibuje a su familia completa*", con el fin de que el dibujo fuera un reflejo de lo cada individuo percibe como su familia, de manera directa.

¹⁴ HAMMER, Emanuel. Test proyectivos gráficos.

Test de relaciones objetales (T.R.O.) de Herbert Phillipson

Se eligió el test de Phillipson porque al estar diseñado especialmente para determinar la estructura de las relaciones de objeto, su material pictórico y la producción de las historias están directamente vinculados con las relaciones entre personas, lo cual provee de un medio de conocimiento de como el sujeto percibe las relaciones humanas y el papel que juega en ellas, como en el Test de Apercepción Temática, de Murray. Por otro lado, esta técnica es susceptible de un análisis formal de la estructura de las historias, similar a como se hace con el Rorschach. (Phillipson. 1995).

El TRO fue construido en 1955 para individuos de 11 años en adelante. Como ya se mencionó es en gran parte un desarrollo del Test de Apercepción Temática (T.A.T.), con algunos elementos del método de Rorschach, encontrándose en un nivel intermedio entre ambos.

El test se compone de tres series de cuatro láminas cada una, más una lámina en blanco. En cada una de las series se muestran:

- Situaciones unipersonales (Grupo 1)
- Situaciones bipersonales (Grupo 2)
- Situaciones tripersonales (Grupo 3)
- Situaciones Grupales (Grupo G)

Las figuras humanas fueron dibujadas en forma tal que resultan ambiguas en cuanto al sexo, el movimiento entre ellas, la expresión de la cara u otras actitudes, y el grado de ambigüedad provee un amplio margen para la adjudicación de edades, vestimentas u otros atributos físicos, movimiento, expresión, etc. (*Anexo 3*)

La experiencia con el material del test y los estudios normativos muestran que cada lámina tiende a evocar temas de relaciones humanas conflictivas, pese a que en las láminas no se enfatizan claves que sugieran posibles conflictos.

SERIE A. Las figuras humanas están vagamente delineadas. El ambiente y las figuras están dibujadas en sombreado claro. Hay pocos o ningún elemento ambiental identificable que proporcionen un escenario para las situaciones de relaciones humanas presentadas en la lámina.

SERIE B. Las figuras y el marco ambiental han sido dibujados con trazos definidos y silueta muy oscura, enfatizando el contraste blanco-negro. El ambiente contiene objetos del mundo físico de estructura definida y permite muy poco o ningún margen para su interpretación.

SERIE C. Las relaciones de situaciones humanas son presentadas aquí en forma algo más realista que en las series A y B. El marco ambiental es considerablemente más rico en detalle que en la serie B y la presentación es mucho menos definida, como para ofrecer bastante libertad en el uso e interpretación de los detalles. La forma de presentación incluye el uso del color.

ADMINISTRACIÓN.

Las instrucciones que dadas a los examinados, fueron semejantes a las siguientes, adaptándolas a la situación particular del individuo y a su edad.

“Voy a mostrarle unas cuantas figuras impresas en láminas, como ésta. Deseo que las vea una por una e imagine que pueden representar. Trate de imaginar que representa alguna situación y luego procure darle vida en su mente, de modo que usted imagine qué podría estar ocurriendo, de qué personas se trata, qué sienten y piensan los personajes, qué están haciendo, y qué pasará luego. Primero haremos una como ejemplo, luego seguirá usted haciendo las restantes”.

El orden de presentación sugerido en el manual de la prueba es el siguiente, y es el que se siguió para su aplicación en las personas que participaron como sujetos de investigación:

Lámina 1 (A1)	Lámina 5 (AG)	Lámina 9 (B2)	Lámina 13
Lámina 2 (A2)	Lámina 6 (B1)	Lámina 10 (BG)	(lámina en
Lámina 3 (C3)	Lámina 7 (CG)	Lámina 11 (C2)	blanco)
Lámina 4 (B3)	Lámina 8 (A3)	Lámina 12 (C1)	

INTERPRETACIÓN.

Existen dos métodos de interpretación y análisis del Test de Relaciones Objetales: El estudio de caso detallado y la versión abreviada;

esta última fue la que se utilizó en la presente investigación, y en esta versión se obtienen las siguientes variables para cada una de las láminas: número de personajes, edad, sexo, papel o rol activo, tipo de relación, características de la relación, ansiedad, defensas, desenlace de la historia y superficie.

FUNDAMENTACIÓN DEL TEST.

La suposición básica del instrumento, es que la forma característica en la que una persona percibe el mundo que la rodea, tiene congruencia dinámica con su forma de manejar las relaciones humanas en cualquier situación con que se enfrente, y que la resultante o producto de cualquier interacción con su medio (como la producción de una historia para una lámina del TRO), reflejará también los procesos dinámicos por medio de los cuales expresa y regula las fuerzas conscientes e inconscientes, que operan en su manejo de los temas de relaciones objetales inherentes a esa situación.

Este supuesto deriva en gran parte de la teoría psicoanalítica, en particular de la teoría de las relaciones objetales tal como la describen Klein y Fairbairn y otros analistas británicos. De acuerdo con esta teoría, la forma como una persona maneja su relación con las otras es el producto de una larga historia de aprender a manejar relaciones, lo cual se deriva de sus relaciones con sus objetos más tempranos, de los que dependía para la satisfacción de sus necesidades biológicas y psicológicas primarias. El mantenimiento y desarrollo de estas relaciones tempranas son de importancia tal para el individuo que su forma de relacionarse con el mundo está en gran medida directamente influida por ellas.

ESCENARIO

La entrevista y la aplicación de las pruebas se llevó a cabo en uno de los consultorios del Hospital de Psiquiatría "San Fernando", del Instituto Mexicano del Seguro Social, generalmente en el departamento clínico. Dicho espacio cuenta con privacidad, iluminación adecuada y el ruido que se logra filtrar es muy poco, por lo cual se consideró el lugar adecuado para poder llevar a cabo la investigación.

El hospital Psiquiátrico "San Fernando" se caracteriza por ser un espacio de atención a pacientes con trastornos psiquiátricos, derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social que padecen de algún trastorno psiquiátrico que requiere de manejo hospitalario. Muchos de los pacientes son canalizados de sus Unidades de medicina familiar o de Hospitales que no cuentan con la atención psiquiátrica en hospitalización, es decir, la mayoría de los hospitales del Seguro social, a excepción de la Clínica 10.

La atención que se brinda no solo se dirige a personas que habitan el Distrito Federal, sino también a personas que viven en otras entidades, en las cuales no se cuenta con el servicio de hospitalización psiquiátrica, como por ejemplo Guerrero, Morelos y el Estado de México, por mencionar algunas.

Este hospital cuenta con una sección de hombres y una de mujeres; además existen diferentes modalidades de atención, que pueden clasificarse en:

1. Consulta externa
2. Hospitalización parcial
3. Hospitalización

Se cuenta con la mayoría de los servicios necesarios para la atención de la salud mental, como son: Trabajo social, Enfermería psiquiátrica, Psicología, Laboratorio y por supuesto Psiquiatría.

PROCEDIMIENTO

Una vez definida la muestra, se procedió a realizar la entrevista estructurada, después de la cual se la pidió a cada uno de los sujetos que realizaran un dibujo de su familia y les fue aplicado el Test de Relaciones Objetales de Phillipson. Ambos procedimientos se realizaron de manera individual, y posteriores a una breve explicación de la razón por la cual se les entrevistó y valoró mediante las pruebas. Cabe destacar que no se les hizo mención de la razón por la cual fueron seleccionados, sino únicamente que se requería su participación con fines de investigación.

La evaluación se dividió en dos sesiones:

Sesión 1. Entrevista y Dibujo de la familia.

Sesión 2. Test de Relaciones Objetales de Phillipson.

Al concluir todas las aplicaciones, se llevó a cabo la interpretación de cada una de las pruebas y el análisis de la entrevista, con lo cual fue posible establecer como son las relaciones objetales de cada uno de los pacientes que participaron en la investigación; es decir, se obtuvieron resultados cualitativos a partir de la interpretación clínica de los datos, lo que permitió buscar los elementos en común entre los miembros de cada uno de los grupos. Se hizo uso del formato para el breve análisis esquemático de las historias, según el modelo de Phillipson (*Anexo 4*).

El formato expuesto en el Anexo 4 facilita la interpretación del TRO, pues contiene en una sola hoja todos los datos relevantes para la interpretación de las historias. Incluye una área para datos de identificación, conductas y actitudes durante la prueba, además de espacio para vaciar la información referente a cada lámina, clasificándolas por la serie a la cual pertenecen, así como el tipo de situación que evocan (unipersonal, bipersonal, tripersonal o grupal).

Respecto a cada lámina, se toman en cuenta las siguientes variables:

- Personajes (número, sexo, edad, papel o rol activo)
- Ansiedad
- Defensas
- Superficie o tono emocional en que se desarrolla la historia
- Desenlace

Por otro lado, y para dar respuesta a las preguntas de investigación, se llevó a cabo el análisis estadístico de los datos obtenidos a través de la entrevista y las pruebas. En primer lugar se realizó un *análisis descriptivo* para conocer el patrón de relaciones de objeto de cada grupo y las características generales de la muestra.

Para poder responder a la pregunta de investigación referente a la existencia de diferencias significativas entre los grupos, se aplicó la prueba estadística U de Mann Wittney, que es una prueba no paramétrica utilizada para encontrar diferencias entre grupos independientes, con un nivel de medición nominal. Dicha prueba es adecuada para aplicarse en muestras pequeñas, donde el tamaño de los grupos es diferente.

La presentación de los resultados será a través de tablas y gráficas, así como un análisis cualitativo de algunas de las variables.

CAPITULO 4

RESULTADOS

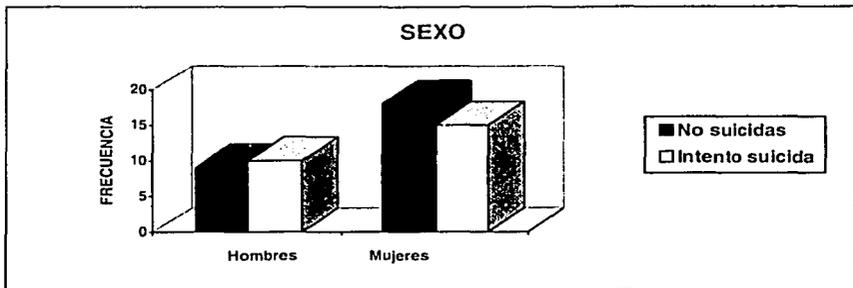
"Si a nuestros ojos
lo real y lo imaginario se confunden,
esto puede ser
la muerte de nosotros mismos".

CAPITULO 4 RESULTADOS

Al tener la presenta investigación como finalidad el comparar las relaciones de objeto de pacientes psiquiátricos con intento suicida y pacientes psiquiátricos sin intento suicida, y establecer semejanzas y diferencias entre los grupos, además de saber cuáles son los factores de las relaciones de objeto que están asociados con el intento suicida, el análisis de resultados se presenta en dos partes.

La primera parte comprende la descripción de las características generales de los datos obtenidos en los dos grupos de investigación; dicha descripción incluye aspectos sociodemográficos (*Anexo 5*) y clínicos captados a través de la entrevista y el dibujo de la familia.

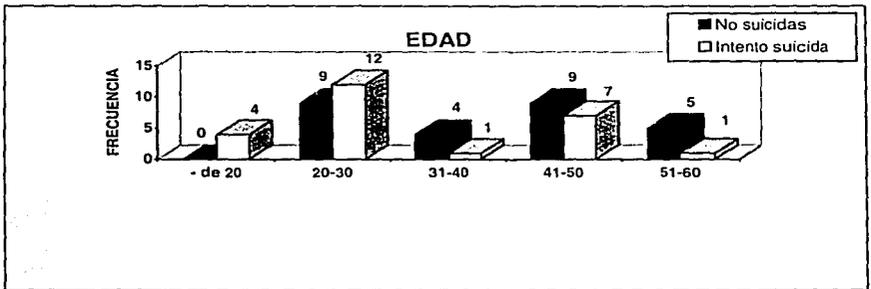
En lo referente al sexo, como podemos observar en la Gráfica 1, del total de pacientes que cumplieron los criterios de inclusión a una u otra muestra entre junio y diciembre de 1998, la mayor parte fueron mujeres.



GRÁFICA 1

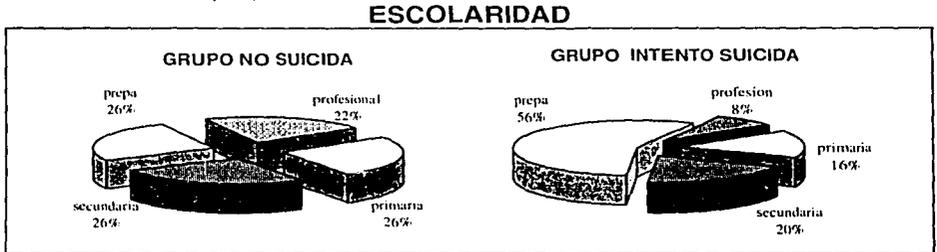
En cuanto a la edad de los sujetos, la Gráfica 2 especifica la frecuencia para cada rango de edad. El mayor número de pacientes no suicidas se ubicaron entre los 20 y los 30 años, o entre los 41 y 50; en cuanto a los pacientes con intento suicida la mayoría se encontraba entre los 20 y los 30 años.

Como dato adicional, tenemos que el sujeto de menor edad fue de 17 años, y el de mayor edad de 59; ambos formaron parte del grupo de pacientes con intento suicida. El promedio de edad fue de 41 años para el grupo no suicida, y de 27 años para el grupo de intento suicida.



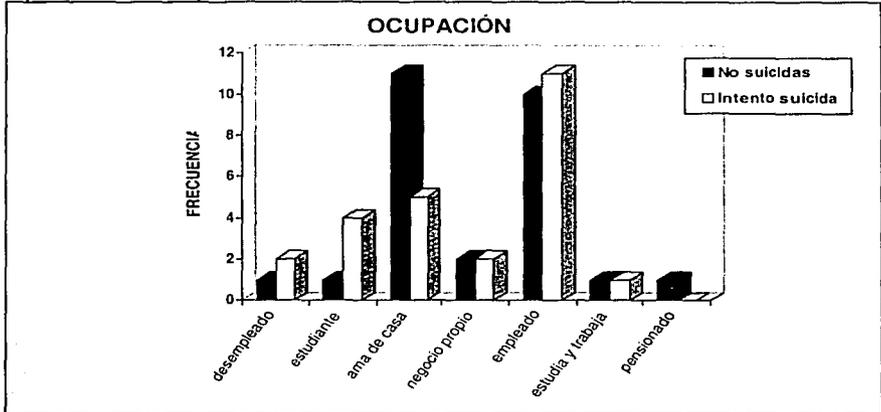
GRÁFICA 2

La Gráfica 3 representa el nivel de escolaridad para cada uno de los grupos. El grupo no suicida muestra uniformidad respecto a todos los niveles, y en el grupo con intento suicida predominan los individuos con nivel escolar de preparatoria.



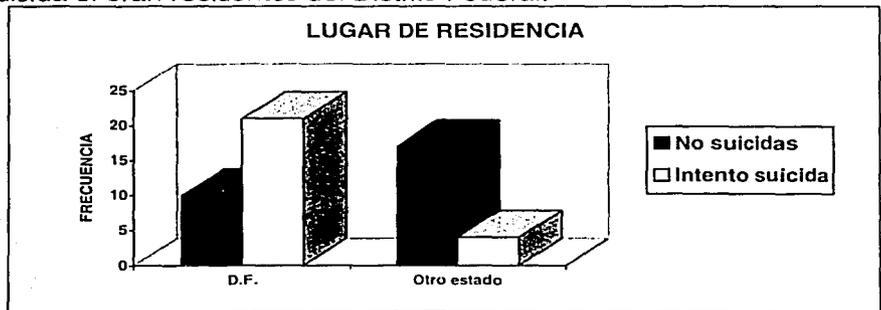
GRÁFICA 3

La Gráfica 4, presenta el tipo de ocupación de los pacientes. En el grupo de no suicidas la ocupación más frecuente fue ama de casa, seguida por empleado, y en el grupo de intento suicida predominó la ocupación de empleado.



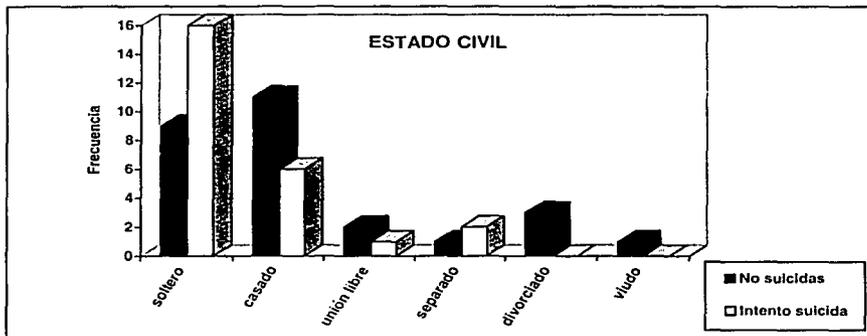
GRÁFICA 4

La Gráfica siguiente, nos muestra el predominio de personas del grupo no suicida que viven en otro estado; de igual modo podemos observar que la mayor parte de la muestra de personas con intento suicida sí eran residentes del Distrito Federal.



GRÁFICA 5

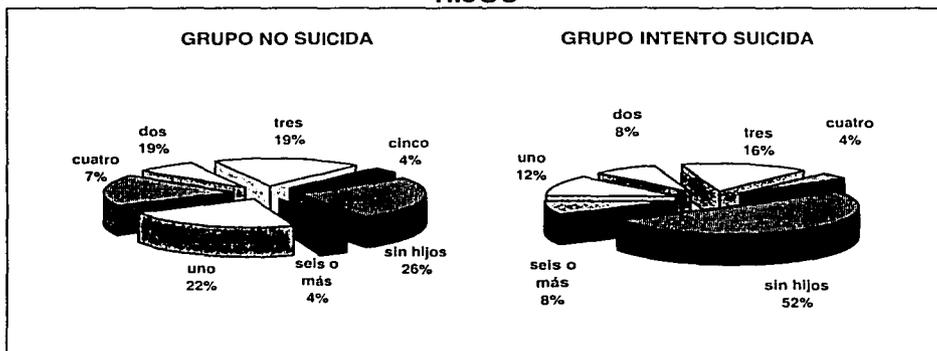
En cuanto al estado civil, en el grupo de no suicidas la mayoría de los sujetos era casado, mientras que los pacientes con intento suicida eran, en su mayoría, solteros.



GRÁFICA 6

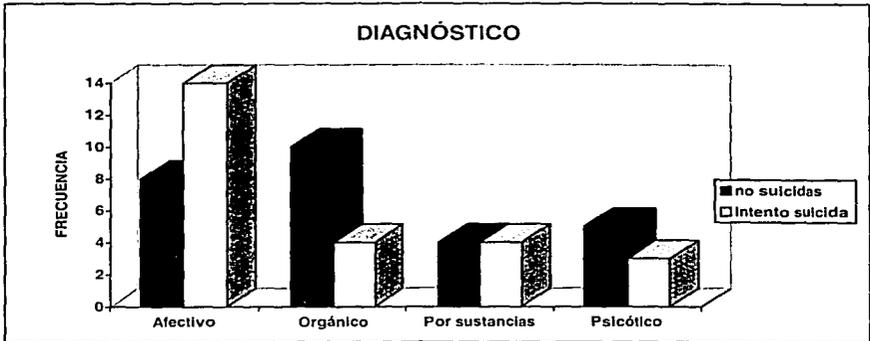
Respecto al número de hijos, es notable el hecho de que más de la mitad de los pacientes con intento suicida (52 %) *no tenían hijos*, en contraste con los pacientes no suicidas, quienes en su mayoría (74 %) tenían al menos uno.

HIJOS



GRÁFICA 7

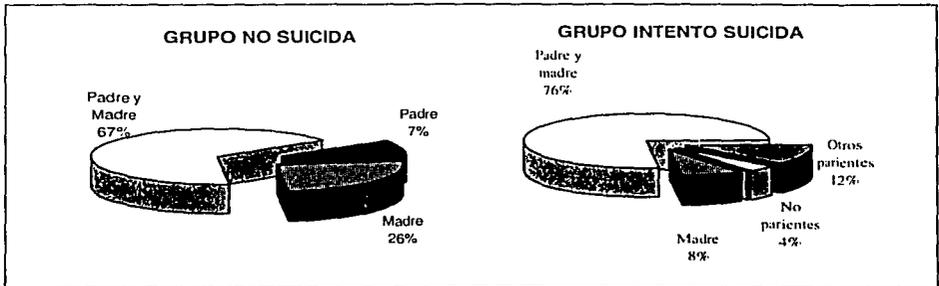
La Gráfica 8, representa el tipo de diagnóstico de mayor prevalencia en cada uno de los grupos; para el no suicida el tipo de trastorno que padecían la mayoría de los pacientes fue el orgánico, mientras que en el grupo de intento suicida se presentaron con mayor frecuencia trastornos de tipo afectivo.



GRÁFICA 8

Con respecto al hogar de origen, es decir, el tipo de hogar en el que vivieron los pacientes la mayor parte de su infancia, el siguiente gráfico muestra la prevalencia del hogar nuclear con la presencia de ambos padres para los dos grupos (67 % para los no suicidas y 76 % para los de intento suicida).

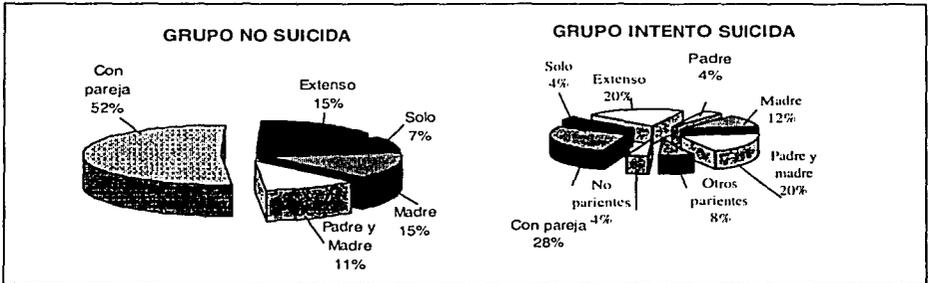
HOGAR DE ORIGEN



GRÁFICA 9

La Gráfica siguiente representa como se distribuye el tipo de hogar actual en cada una de las muestras; para la muestra de no suicidas más de la mitad de los pacientes (52%) pertenecía a un hogar nuclear con su pareja. En la muestra de pacientes con intento suicida, en cambio, aunque el porcentaje más alto es de pacientes casados y que viven con su pareja (28%), existe una mayor variedad de hogares.

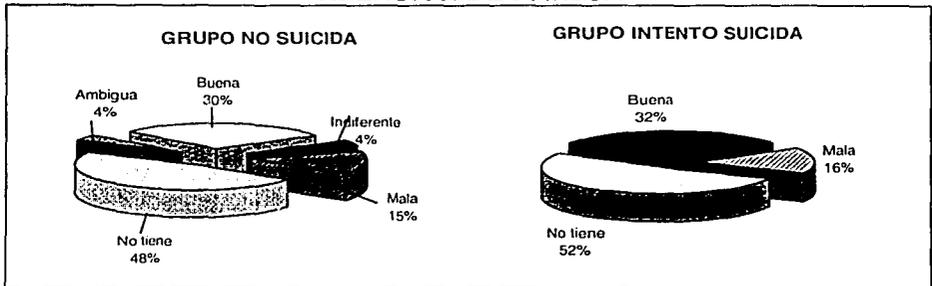
HOGAR ACTUAL



GRÁFICA 10

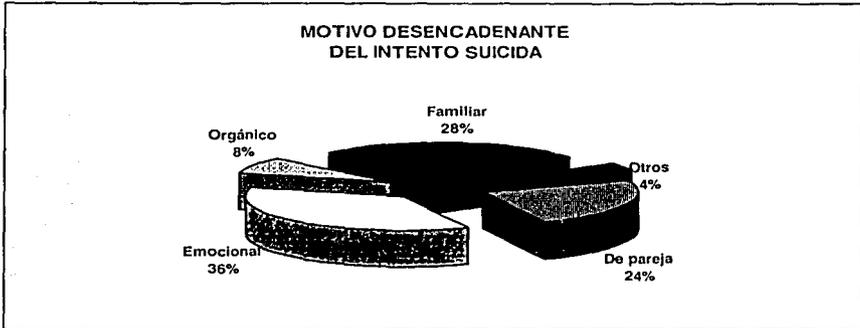
Como podemos apreciar en la Gráfica 11, en ambos grupos prácticamente la mitad de los sujetos tenían pareja y la mitad restante no tenían. De la proporción de individuos con pareja (48% y 52 %) es notable que, en la mayoría de los casos, dicha relación es percibida como buena.

RELACIÓN DE PAREJA



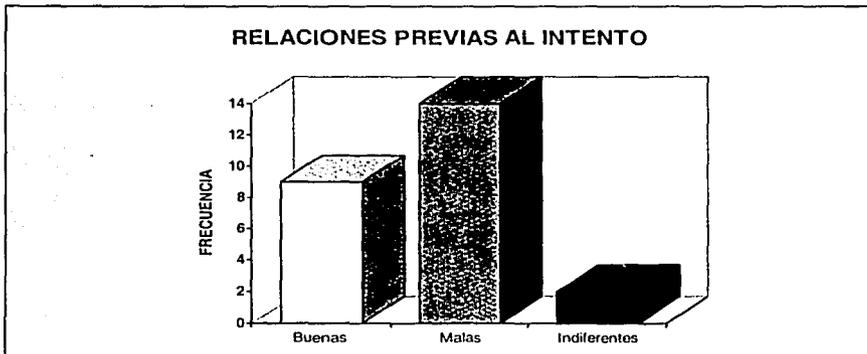
GRÁFICA 11

A continuación se muestran aspectos referentes al intento suicida, obviamente existentes únicamente en el grupo de pacientes con intento suicida. La Gráfica 12, representa los porcentajes encontrados para el Motivo desencadenante del último intento, concentrándose en su mayoría en problemas emocionales (36%).



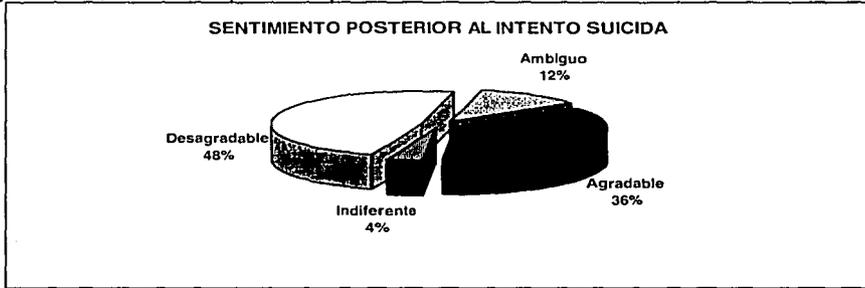
GRÁFICA 12

Para representar como percibían los sujetos sus relaciones antes de cometer el intento suicida, tenemos el Gráfico siguiente. En la mayoría de los casos (56%) dichas relaciones eran percibidas como malas.



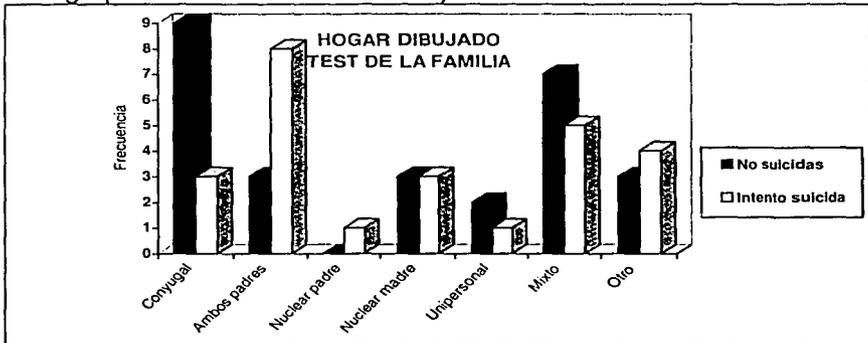
GRÁFICA 13

Al preguntarle a los sujetos con intento suicida sobre su sensación actual, posterior al evento, casi la mitad dijo tener un sentimiento desagradable, y un porcentaje alto también expresó tener un sentimiento agradable, como se puede apreciar en la Gráfica 14.



GRÁFICA 14

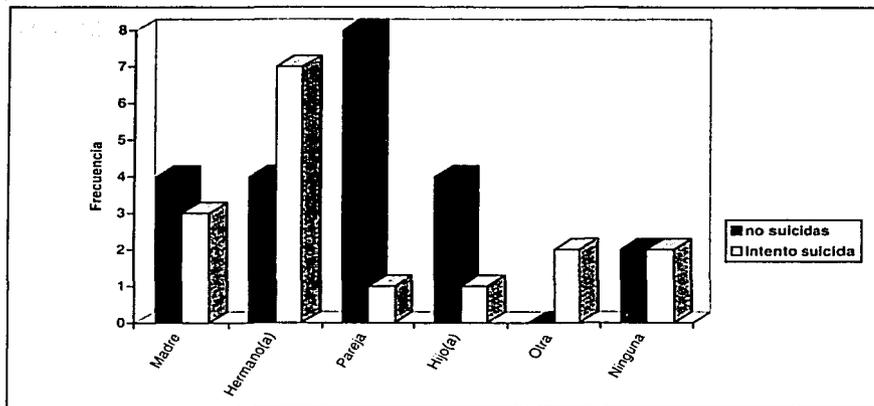
Para presentar el tipo de hogar dibujado con mayor frecuencia en el Test de la Familia, tenemos la siguiente Gráfica, donde es posible observar la gran diversidad de hogares dibujados. No obstante, se nota el predominio del hogar conyugal en los individuos del grupo no suicida (33%), a diferencia del predominio del hogar nuclear con ambos padres, en el grupo con intento suicida (32%)



GRÁFICA 15

Como último dato referente al dibujo de la Familia, se muestra la Gráfica 16. De los sujetos que sí se dibujaron, se observa que en el grupo no suicida la mayoría de las veces el individuo se dibujó junto a su pareja, y en el grupo con intento suicida se dibujaron con más frecuencia junto a un hermano o junto a la madre.

FIGURAS CERCANAS EN EL DIBUJO DE LA FAMILIA



GRÁFICA 16

Una vez concluido el análisis descriptivo de los resultados, y con el fin de dar respuesta a la pregunta de investigación, se realizó una comparación entre los grupos de estudio a través de la prueba estadística no paramétrica U de Mann Whitney. El empleo de esta prueba obedece a las características de las muestras y al tipo de estudio, pues se trató de grupos independientes, con un nivel de medición nominal y un tamaño de muestra distinto para cada grupo.

Como segunda parte se reportan los resultados obtenidos a través de dicha comparación entre los grupos.

Como ya se mencionó en el método, el instrumento principal que se aplicó a ambos grupos, el Test de Relaciones Objetales, consta de tres series de cuatro láminas cada una, más una lámina en blanco, es decir, un total de 13 láminas. En cada serie se muestran: situaciones unipersonales, bipersonales, tripersonales o grupales. La actividad que se desarrolla para este instrumento, es la narración de una historia por cada una de las láminas, y es en tales narraciones donde se obtienen los elementos necesarios para la interpretación de las características de la relación objetal.

Se sometieron a comparación las variables obtenidas en cada una de las trece historias: número de personajes, edad, sexo, papel o rol activo, tipo de relación, características de la relación, ansiedad, defensas, desenlace de la historia y superficie. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas solo en algunas de estas variables; la siguiente tabla presenta el valor de U de Mann Whitney y la significancia únicamente de aquellas variables donde se encontraron tales diferencias estadísticamente significativas.

TABLA 1
COMPARACIÓN ENTRE LOS GRUPOS
RELACIÓN OBJETAL

Lámina	Variable	Medias No suicidas	Medias Suicidas	Valor U de Mann Whitney	Significancia
1 A1	Superficie de la historia	32.20	20.34	183.5	.0045
3 C3	Tipo de relación	22.50	30.82	229.5	.0457
3 C3	Características de la relación	22.39	30.94	226.5	.0367
5 AG	Número de personajes	23.61	29.62	259.5	.0375
5 AG	Sexo de los personajes	22.74	30.56	236.0	.0506
5 AG	Edad de los personajes	22.48	30.84	229.0	.0354
6 B1	Ansiedad	31.19	21.44	211.0	.0192
6 B1	Defensas	20.91	32.52	186.5	.0051
8 A3	Edad de los personajes	21.56	31.84	204.0	.0062
11 C2	Número de personajes	22.50	30.82	229.5	.0288
11 C2	Desenlace	28.35	24.50	287.5	.0475
11 C2	Superficie	32.19	20.36	184.0	.0033
13 Blanca	Edad de los personajes	22.63	30.68	233.0	.0471

Como se puede observar en la tabla, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en 7 de las 13 láminas, de las cuales 3 pertenecen a la serie A, 1 al grupo B y 2 al grupo C, además de la lámina blanca. Esto nos lleva a **aceptar la hipótesis alterna (ha)**, que afirma la existencia de diferencias significativas en la relaciones objetales de pacientes psiquiátricos con intento de suicidio y pacientes sin intento de

suicidio. A continuación se analizan de manera detallada las láminas en las cuales se pudieron encontrar diferencias, y de manera específica las variables donde dichas diferencias fueron significativas.

Lámina 1 (A1).

La lámina 1 "representa claramente una persona con la posibilidad de establecer una relación con otro objeto" (Frank, página 28) y esto evoca sentimientos de dependencia y sensaciones de incertidumbre, además de manifestar necesidades de afecto y seguridad y cómo el sujeto enfrenta estas ansiedades primitivas.

En esta lámina los pacientes del grupo No suicida narraron historias con superficies indiferentes, estáticas e inexpressivas, o de esperanza y ayuda. Los sujetos del grupo con intento suicida presentaron con mayor frecuencia en sus historias, superficies depresivas y de baja autoestima, pasivas, o de necesidad de escape.

Si se toman en cuenta los sentimientos y necesidades que se expresan en esta lámina, tenemos que el grupo de no suicidas no muestra intención alguna de establecer el vínculo objetal, además esto no les genera a los sujetos sentimientos de pérdida, pues no interponen las emociones en la situación objetal, ni se comprometen en ella. Por otro lado existe un ambiente de esperanza o ayuda, que lleva implícita la necesidad de que sean satisfechos los requerimientos de afecto y seguridad sin emprender acciones para lograrlo.

Ahora bien, los sujetos del grupo con intento suicida, en su forma de establecer el vínculo objetal muestran una dependencia en la relación, donde se espera que las necesidades primitivas sean satisfechas. También es visible la condición de pasividad respecto de la situación, y por consecuencia la poca actividad para encontrar satisfacción desde el individuo mismo.

En concreto la diferencia entre un grupo y otro radica en la dependencia evidente en el grupo con intento suicida, que nos habla de la

necesidad de establecer un vínculo, lo que contrasta con la falta de interés del grupo no suicida por establecer el vínculo objetal.

Lámina 2 (A2).

No se encontraron diferencias significativas.

Lámina 3 (C3).

El tipo de relación representada en esta lámina evoca conflictos triangulares o edípicos, y la forma como el sujeto enfrenta las emociones inherentes a tal situación.

Para el grupo de no suicidas, en lo referente al tipo de relación, sus historias mostraron como relación predominante la fraterna, seguida por la ausencia de relación, y en lo que se refiere a las características de la relación, se presentaron en primer lugar relaciones afectuosas, y en segundo lugar indiferentes. Con respecto al grupo con intento suicida predominó el tipo de relación no definida o especificada, además de la relación de tipo familiar; en cuanto a las características relaciones indiferentes o narraciones trágicas y violentas.

De acuerdo con el tipo de respuestas que presentaron los sujetos no suicidas, se puede afirmar que hay una evasión ante la posibilidad de expresar el conflicto edípico, manifestada por la descripción de historias de tipo fraterno y no de tipo parental o triangular; esto sumado a la indiferencia, tono afectuoso, o a la inexistencia de interacción entre los personajes, muestra la aparición de elementos defensivos que reprimen el acceso directo a la expresión de la triangulación edípica, o tal vez las emociones que puede evocar la lámina no causan ansiedad en estos sujetos.

Por otra parte, las historias del grupo con intento suicida muestran un tipo de relación donde la indiferencia puede traducirse como una respuesta ante la sensación de pérdida del objeto, pues viven la sensación de abandono de los objetos y ansiedad por la separación,

además de temor al objeto manifestado por sus historias con tintes trágicos o violentos.

La diferencia fundamental entre los grupos, es la clara negación de la existencia del conflicto edípico en el grupo no suicida, contra la sensación de pérdida o amenaza en el grupo con intento suicida al ser evidenciada la triangulación.

Lámina 4 (B3).

No se encontraron diferencias significativas.

Lámina 5 (AG).

Esta lámina muestra una situación generalmente conceptuada como deprimente, fría, y que genera la evocación del sentimiento de pérdida. Además, al narrar la historia, los sujetos evidencian sus defensas contra la culpa y la pérdida de objeto.

Los sujetos del grupo no suicida visualizaron más frecuentemente una situación de grupo, o bien la ausencia total de personajes. Los sujetos con intento suicidas representaron casi en su totalidad una situación grupal.

En cuanto al **sexo** y la **edad** de los personajes, el grupo no suicida, en los casos donde sí vio personajes, no definió si estos eran hombres o mujeres, niños o adultos, y el grupo con intento suicida, aún cuando tampoco definió sexo ni edad en un porcentaje alto, en muchos casos pobló sus historias con personajes no humanos.

Aún cuando un buen número de sujetos no suicidas visualiza en esta lámina una situación de grupo con personajes indefinidos, otro gran porcentaje omite la existencia de personajes en su historia. Los pacientes con intento suicida, por su parte, siempre perciben la situación de grupo, pero en su mayoría no definen el sexo y la edad de los personajes, incluso llegan a desplazar la situación hacia personajes no humanos.

Los pacientes del grupo con intento suicida se muestran de lleno como parte de la relación de objeto, donde el objeto no se alcanza a visualizar ni a definir claramente, o incluso se idealiza y fantasea como una figura no humana. En los pacientes no suicidas se presenta la opción de negar al objeto como una forma de negación omnipotente con el fin de evitar la pérdida. En este grupo, quienes logran percibir la presencia del objeto, no definen si se trata de hombres, mujeres o ambos, pero casi siempre los objetos son percibidos como figuras adultas.

Lámina 6 (B1).

La lámina 6 presenta una situación unipersonal, y cómo el sujeto enfrenta la soledad y la falta de comodidad física.

El grupo no suicida presenta ansiedad provocada por la sensación de soledad, abandono y vacío o por situaciones de unión o compromiso con los objetos. Las defensas que con mayor frecuencia utilizó este grupo fueron el aislamiento y la represión, o bien no mostraron elementos defensivos.

El grupo de pacientes con intento suicida muestra también ansiedad provocada por la sensación de soledad, abandono y vacío, y en cuanto a las defensas que principalmente utilizaron fueron la evasión, aislamiento, solución mágica, y represión.

Cabe mencionar que en el grupo no suicida existió la tendencia a presentar ansiedad ante situaciones relacionadas con el medio ambiente, mientras que en el grupo de intento suicida la ansiedad que tienden a presentar es ante aspectos propios de autodevaluación exaltados por la lámina.

Si bien en esta lámina notamos que ambos grupos comparten la ansiedad ante la soledad y el abandono, hay ciertas tendencias que los diferencian. Para los no suicidas la situación que plantea la lámina genera además ansiedad ante la posibilidad de unión o compromiso en la relación con el objeto, llevando a los sujetos a evitar el vínculo a través del aislamiento y la represión, o bien negando la existencia de ese vínculo.

Para el grupo con intento suicida, en cambio, la sensación de soledad y abandono es vivida a través del sujeto mismo como una situación de pobreza emocional extrema y escasas capacidades de soportar la posibilidad de pérdida del objeto, o la hostilidad ambiental. Sus defensas ante tales sensaciones de incapacidad, nos muestran a sujetos que no tienen elementos adecuados para resolver de manera directa estas situaciones, pues evitan el contacto con la posibilidad de pérdida; en el caso de haber un acercamiento a dicha situación el sujeto acude a la fantasía para resolverla. Con esto se demuestra que los individuos suicidas están ubicados en condiciones más primitivas que los no suicidas en lo referente a las situaciones que presenta esta lámina.

Lámina 7 (CG).

No se encontraron diferencias significativas.

Lámina 8 (A3).

La lámina representa una situación tripersonal, y las historias se relacionan con el hecho de ser separado de los padres o de ser dejado de lado en la tríada familiar. En ocasiones esta lámina provoca la evasión a la existencia de la interacción; representa además la forma en la que el individuo se maneja como rival frente a la autoridad.

Los sujetos del grupo no suicida, en su mayoría, reportan en sus historias a personajes adultos, y los del grupo suicida reportan personajes sin edad definida.

Al tomar en cuenta la triangulación edípica a la que hace alusión la lámina, podemos ver que los individuos no suicidas se muestran con suficiente capacidad para enfrentar y resolver dicho conflicto, asumiéndose como seres adultos y sin mostrar ansiedad ante la separación ni ante la autoridad. En cambio, el grupo con intento suicida presenta una mayor dificultad para asumir un papel definido en su

enfrentamiento con el conflicto edípico, indefinición que los conduce a no percibir de manera clara al objeto.

Lámina 9 (B2).

No se encontraron diferencias significativas.

Lámina 10 (B6).

No se encontraron diferencias significativas.

Lámina 11 (C2).

La lámina 11 es vista casi siempre como una situación bipersonal; comúnmente evoca historias relacionadas con enfermedad, accidente o vejez, y temas que presentan de manera implícita daño, responsabilidad y esfuerzos de reparación.

Los sujetos del grupo no suicida presentaron en su mayoría situaciones unipersonales, sin desenlace, pero con una tendencia a finales negativos o inciertos, con una superficie predominantemente pasiva.

Los sujetos del grupo con intento suicida presentaron también situaciones unipersonales, pero con una fuerte tendencia a narrar situaciones de tipo bipersonal, triangular, o no definidas. El cien por ciento de los individuos de este grupo omitió el desenlace de la historia, misma que fue narrada en un tono emocional depresivo.

En el grupo de no suicidas, la superficie o tono emocional pasivo en el que son narradas las historias nos indica que esta muestra no está dispuesta a establecer un vínculo, pues no hay acciones encaminadas a enfrentar la situación de abandono, lo cual se ve reflejado en las narraciones unipersonales.

El grupo de personas con intento suicida tiende a nutrir sus historias con más personajes que los no suicidas; le es importante establecer el vínculo objetal aún cuando esto represente una situación depresiva ocasionada por la sensación de enfermedad y daño que evoca la lámina. Es importante resaltar los esfuerzos de los sujetos por proveerse de objetos gratificantes de necesidades, pero que no sean capaces de generar un daño o pérdida. Hay un gran temor a ser víctima de daño y se percibe un objeto potencialmente agresivo, por lo cual se evita en todos los casos ver más allá en la relación objetal, evitando de esta forma, y a toda costa, el desenlace en todas las historias, pues se anticipa o fantasea un final trágico.

Lámina 12 (C1).

No se encontraron diferencias significativas.

Lámina 13 (Blanca).

La lámina en blanco representa para el sujeto el mundo que puede crear para si mismo, el cual le permita evitar la frustración y angustia, y generar el máximo de satisfacción y gratificación en sus relaciones objetales.

El grupo no suicida reportó personajes adultos con mayor frecuencia, sin embargo, en un porcentaje considerable de sujetos se omitió la presencia de personas en la historia.

El grupo con intento suicida, por su parte, aún cuando también tiende a crear personajes adultos, muy frecuentemente no especifica la edad, pero siempre existen personas en su historia.

Para los sujetos no suicidas se observa la negación de la existencia del objeto, muy probablemente porque percibe la relación como amenazante, y en esta situación prefiere evitar al objeto antes que verse amenazado por el. Sin embargo, un buen número de sujetos presenta la facilidad para relacionarse con objetos bien definidos, y el entablar

relaciones adultas es lo que le permite lograr el mayor grado de satisfacción a sus necesidades, por ello es capaz de rodear su mundo objetual de figuras adultas.

En cuanto a los sujetos con intento suicida, siempre hacen rodear su mundo de personas, lo cual indica su dependencia hacia los objetos. Sin embargo, aún cuando depende por completo del objeto para poder satisfacer sus necesidades y lograr la gratificación, no define claramente con que tipo de objetos se relacionaría de manera ideal, pues por lo menos en lo referente a la edad presenta objetos difusos.

CAPITULO 5

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

*"Lo que se llama razón para vivir,
es al mismo tiempo una excelente
razón para morir".*

Albert Camus

CAPITULO 5

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La importancia fundamental de investigar el problema del intento de suicidio a fondo, sobre todo en aquellas personas que forman parte de un grupo de riesgo alto, como es el caso de los pacientes psiquiátricos, es que el intento de suicidio constituye un factor de riesgo para consumarlo, es decir, una gran cantidad de personas que cometen suicidio han presentado al menos un intento con anterioridad.

Por otro lado, el intento suicida por si mismo habla de serios problemas en el individuo, que abarcan el ámbito biológico y social, pero sobre todo involucran una situación psicológica grave. Esta situación, en los casos menos afortunados puede llevar a la muerte; en la gran mayoría de los individuos muestra que hay una búsqueda de solución a los problemas, pero en todos es un estado de sufrimiento constante. sufrimiento que se ve matizado por el hecho de padecer un trastorno psiquiátrico.

El individuo con intento suicida libra una batalla contra la muerte, pero no una batalla común, sino una batalla además contra él mismo, en su lucha por no perderse en el deseo absoluto de morir. Es él mismo su adversario y su verdugo; él mismo es quien tiene que luchar por vencer aquello que lo arroja al abismo de la desesperanza, y de la desesperación.

Otro de los factores asociados con el suicidio, además del padecimiento psiquiátrico, es el tipo de relación objetal establecida por

cada paciente, que nos da a conocer la forma en que el individuo percibe las relaciones humanas y el papel que juega en ellas, con base en el tipo de relación que estableció con las figuras significativas en su infancia. Dichas relaciones de objeto determinan la forma en que el individuo se relaciona con el mundo que le rodea, consigo mismo, y como reacciona frente a las situaciones relevantes de su vida; por consecuencia las relaciones de objeto juegan un papel muy importante en el desarrollo del intento de suicidio, al representar este último una forma peculiar de manifestar su sentir hacia el mundo, y su forma de relacionarse con los otros y consigo mismo.

El conocimiento de la conjunción de las variables intento suicida, padecimientos psiquiátricos y relaciones de objeto, nos permite detectar aquellas áreas donde la relación objetal influyó en la personalidad de tal modo que da por resultado el intento suicida al conjugarse con otras variables, y que nos da elementos de conocimiento para emprender el trabajo clínico con las áreas específicas asociadas al suicidio; nos permite intervenir en el tratamiento de pacientes que han tenido intento suicida, resolviendo las situaciones que están asociadas con dicho intento, e incluso podemos observar elementos de las relaciones objetales que nos permitan detectar a una persona cuando está en riesgo de suicidio. En resumen, estudios como este nos permiten conocer aspectos relevantes para la intervención con pacientes psiquiátricos que cometen intento suicida o están en riesgo de cometerlo.

En nuestra labor de comparar las relaciones objetales de pacientes psiquiátricos con intento suicida y pacientes psiquiátricos sin intento suicida para establecer diferencias entre los grupos, además de conocer cuáles son los factores de las relaciones objetales que están asociados con el intento suicida, con el fin de aportar elementos que sirvan a la detección de riesgo de intento suicida, tratamiento y prevención del mismo, se realizó el análisis de la información obtenida, el cual arrojó las conclusiones desglosadas a continuación.

Como primer punto, observamos algunos datos sobresalientes derivados de comparar la situación sociodemográfica de los grupos.

Iniciando con la variable sexo, se observa un mayor porcentaje de mujeres que de hombres en ambos grupos; en el caso de los sujetos con

intento suicida este dato coincide con todos los estudios previos (*Gómez C. Y Borges, 1996; Gómez A. 1991; Hajar, y cols. 1997; Terroba, y cols. 1986*), donde se ha encontrado una prevalencia mayor de mujeres que intentan suicidarse. Esta situación puede ser explicada en gran parte por el tipo de método empleado por las mujeres, que es generalmente menos violento que el empleado por los hombres.

En la edad de los sujetos, la mayoría de los miembros del grupo con intento suicida se encontraban entre los 20 y los 30 años, y la mayoría de los no suicidas se ubica en ese rango o bien entre los 41 y los 50. A este respecto las investigaciones especifican un rango de edad bastante amplio en que se presenta con mayor frecuencia el suicidio (15 a 49 años), y el grupo de personas con intento suicida de esta investigación se ubica perfectamente en ese rango (*Gómez y Borges. 1996*).

Aún cuando en las investigaciones y trabajos anteriores no se da una explicación a por qué los sujetos que intentan suicidarse se ubican en el rango de edad ya mencionado, si observamos detalladamente la distribución de las edades, encontramos para los dos grupos que conformaron este estudio un crecimiento significativo de las frecuencias en la década de 20 a 30 y en la de 41 a 50 (*Gráfica 2*); la explicación que se podría dar de esta situación es que al existir la predisposición a desarrollar algún padecimiento psiquiátrico, las crisis de vida a que se enfrenta el individuo puede hacer patente dicho trastorno, acelerando su aparición; dichas crisis son por ejemplo el inicio de la etapa adulta, donde se deben asumir plenamente las responsabilidades, y por otro lado la situación presentada alrededor de los 40 años, donde los seres humanos comienzan a sufrir la pérdida de los hijos, se ven enfrentados al inicio de su envejecimiento y sufren la disminución en sus capacidades tanto físicas como mentales.

Con respecto a la escolaridad, en la mayoría de los pacientes con intento suicida fue preparatoria, y para el grupo no suicida los grados escolares se distribuyen de manera homogénea, y muestran porcentajes similares para todos los niveles. Si consideramos que en uno de los pocos estudios donde se reporten datos sobre la escolaridad se encontró que una gran proporción de sujetos que con intento suicida contaba con nivel de escolaridad media o media superior, podemos decir que también en esta variable sigue habiendo concordancia con los estudios anteriores

respecto a las características sociodemográficas de los suicidas (*citado en Gómez y Borges, 1996*).

Por otro lado, la ocupación de mayor frecuencia fue la de empleado en el grupo con intento suicida, y ama de casa para el grupo no suicida. Ambos grupos se diferencian mucho respecto al porcentaje de amas de casa, pues en el grupo suicida la frecuencia de amas de casa fue más bien baja; tal diferencia no es rara si recordamos que la mayor parte de pacientes no suicidas eran casados y con hijos, a diferencia de los que habían intentado suicidarse, casi todos ellos solteros y sin hijos (*Gráficas 6 y 7*). La comparación entre los grupos respecto a estas variables es susceptible de realizarse debido a que para ambas muestras (suicida y no suicida) el rango de edad de los sujetos fue el mismo.

Casi todos los sujetos provenían de un hogar nuclear integrado, con figuras paterna y materna presentes; en cuanto al hogar actual es sumamente notorio el hecho de que los pacientes no suicidas, en su mayoría, viven en un hogar establecido con pareja e hijos, lo cual se confirma con el estado civil, y nos presenta, en contraposición, a un grupo de individuos tendientes al suicidio con problemas para establecer una relación formal, lo cual refleja cierta pasividad del individuo al respecto, manifestada también en las historias del Phillipson; aún cuando el sujeto con intento suicida depende del objeto no hace ningún esfuerzo por alcanzarlo, ni llega a establecer una relación de mayor compromiso por el temor a la pérdida, y porque se percibe poco capaz para enfrentarla.

Casi todos los pacientes psiquiátricos con tendencia suicida padecían de un trastorno afectivo, y la mayoría de los no suicidas presentaban trastornos de tipo orgánico, pero también estaban diagnosticados frecuentemente con algún trastorno de tipo afectivo. Al revisar las características comunes a los sujetos con intento suicida, sabemos con certeza que la depresión, como síntoma o como cuadro nosológico, juega un papel trascendental en los actos suicidas. Es por ello que observamos el predominio de trastornos de tipo afectivo en los pacientes con intento suicida, quienes mostraron rasgos depresivos a lo largo de toda la investigación.

El motivo desencadenante del intento suicida que los individuos percibieron de manera consciente, gira en torno a la relación con los

otros, ya sea a nivel familia o pareja, o bien a la situación propia; es decir que la motivación del acto que reportan los individuos, tal como estaba previsto, es remitida a la relación consigo mismo o con los otros, y la situación no solo se evidencia a través de las pruebas, sino también en la entrevista, lo cual indica que el conocimiento de las motivaciones no solo se ubica en el plano inconsciente, sino también, en cierto modo, a nivel consciente (*Gráfica 12*).

Las relaciones que se sostenían con personas significativas para los pacientes previamente al intento, o eran percibidas como malas o como buenas desde la perspectiva del sujeto, pero nunca o muy pocas veces se percibieron indiferentes o ambivalentes, al igual que el sentimiento actual, en la mayoría de los casos reportado como desagradable. Este hecho habla de la dificultad de los sujetos para integrar a las personas importantes de su alrededor como objetos totales, pues tal como lo expresan en la relación, o se trata de objetos "totalmente buenos" o "totalmente malos", sin presentar en ningún caso una situación que sugiera la existencia de un mayor desarrollo en su forma de relacionarse con sus objetos. Esto nos habla de sujetos que experimentan con gran intensidad sus sentimientos en las relaciones humanas que viven cotidianamente, y que tienen dificultad para permitirse saber que los objetos tienen partes positivas y negativas, dando mayor importancia a las situaciones negativas y a las respuestas extremas ante estas situaciones.

La aplicación del dibujo de la familia permitió reafirmar algunos elementos encontrados a partir de las diferencias entre grupos en el Phillipson, como es la dependencia de los pacientes con intento suicida hacia los objetos, específicamente los padres. Es muy notorio como los sujetos no suicidas, muy acorde a su realidad y apegados por completo a la instrucción que les fue dada, dibujaron su hogar actual, en la mayoría de los casos con pareja, y ubicándose ellos cercanos a la pareja y a los hijos. Los pacientes con intento suicida por su parte, aún cuando pocos viven actualmente en un hogar nuclear con padre y madre, dibujaron en mayor porcentaje este tipo de hogar, teniendo como figuras cercanas a los hermanos o a la madre.

Aún cuando entre los grupos no hay gran diferencia entre los porcentajes de individuos que se dibujaron y los que no, sí podemos notar que un mayor porcentaje de individuos que habían presentado tentativa

de suicidio no se dibujó, situación que se explica por sí misma al ser los suicidas personas que viven una pérdida del objeto, que a esas alturas ya ha sido traspasada a una pérdida en el yo (*Freud, S. 1917; Abadi, 1973*); se encuentran tan identificados con ese objeto perdido que se conciben a ellos mismos como inexistentes.

Antes de abordar directamente el tema de las relaciones objetales, es conveniente retomar lo siguiente. Si bien se realizó el estudio con dos grupos perfectamente definidos o seleccionados, no debemos olvidar que tienen una característica común, que los hace semejantes uno del otro: el hecho de ser pacientes psiquiátricos. Esto significa que a simple vista son grupos similares, y en realidad lo son, es más, pertenecen a una misma población; pero la circunstancia de que en algunos se haya presentado el intento suicida nos llevó a buscar la posibilidad de descubrir aquellas partes inconscientes que impulsan esta acción autodestructiva.

La presente investigación ya arrojó resultados que responden a la interrogante de el tipo de relación objetal de los pacientes psiquiátricos con intento suicida y de los no suicidas, ahora corresponde discutir acerca de las peculiaridades que se observan en aquellos sujetos que intentaron suicidarse y sus motivaciones para hacerlo, no sin antes describir también las características objetales del grupo no suicida.

Los pacientes no suicidas se muestran poco atraídos a participar en situaciones que los hagan dependientes del objeto o de la relación objetal; se muestran indiferentes y sin emociones ante la posibilidad de establecer un vínculo de tal naturaleza o características. Esto se nota en la lámina 1 (A1), donde los elementos de dependencia que evoca el grabado no parecen ser percibidos por los sujetos y se esfuerzan por mostrar su desprecio hacia los objetos.

Para las situaciones donde se pueden manifestar conflictos por triangulación en las relaciones, se dejan ver controlando la situación al desviar su atención hacia circunstancias menos angustiantes, por ejemplo elaborar historias de tipo fraterno y no de tipo triangular, controlando la ansiedad de separación (lámina 3. C3).

Se trata de un grupo que domina su temor ante la posibilidad evocada por el TRO de pérdida del objeto; no hay ansiedad manifiesta

que los sujetos experimenten por la pérdida latente; ante las situaciones de soledad o desamparo se muestran pasivos, sin emprender acciones para evitar atmósferas solitarias; es como si no se vieran afectados o tuvieran un enorme control del objeto y del vínculo que establecen.

Todo esto nos lleva a afirmar, de acuerdo con la teoría de Klein, la cual sirve como base a la prueba, que los sujetos del grupo no suicida prefieren evitar la ansiedad que generaría la pérdida del objeto devaluándolo y sometiéndolo, y con un ambiente de indiferencia. Controlan las ansiedades inherentes a la pérdida como una forma de acción defensiva para devaluar al objeto y que en consecuencia sea menos dolorosa dicha pérdida evocada por las situaciones representadas en las láminas del TRO.

A partir de las afirmaciones anteriores, podemos notar la presencia de elementos defensivos de tipo maniaco, lo que implica alguna dificultad relacionada a la posición depresiva, y que durante ella los sujetos no suicidas experimentaron como intolerables las sensaciones de depresión y desesperación generadas a partir de la creencia de haber destruido o dañado a su objeto, pues en la etapa adulta siguen usando este tipo de defensas que debieron haber disminuido para dar acceso a la reparación, tal como lo sugiere Klein; no han logrado una buena adaptación ni mejorado sus relaciones humanas, pues a pesar de aparentar una supuesta independencia viven una condición de condición comprobable por su estancia en el hospital psiquiátrico.

Con respecto al grupo de individuos con intento suicida, este se caracteriza por su necesidad de establecer vínculos en todo momento, no son capaces de soportar la sensación de soledad o de abandono; como lo muestran sus respuestas, por ejemplo en la lámina 1 del TRO, son dependientes de los objetos. Buscan con vehemencia su cercanía a pesar de que le temen; en el fondo existe la necesidad del vínculo. Perciben al objeto como posible causante de daño y viven con el temor de perderlo.

Los sujetos con intento suicida expresaron mucha ansiedad ante las láminas del instrumento que evocan la triangulación edípica. En sus historias no asumían un rol concreto en la triangulación, y a los objetos ni siquiera los percibían claramente; era como si estuvieran totalmente indefensos ante la posibilidad de la separación, lo cual impedía la

realización de cualquier acción encaminada a evitar la pérdida en las historias, lo que derivó en sensaciones de menosprecio y autodevaluación en ellos, además de la sensación de indefensión. El individuo con intento suicida mostró vivir las situaciones de soledad y abandono con sensaciones de pobreza emocional extrema.

De acuerdo a las características ya mencionadas del grupo con intento suicida, podemos sugerir que la ansiedad persistente ante la posibilidad de pérdida del objeto y el uso de mecanismos característicos de la posición depresiva, específicamente la introyección, llevaron al sujeto a empobrecer al objeto, y por consecuencia a si mismo.

Por otro lado habría que confirmar si en este grupo existen vivencias persecutorias y ansiedades paranoides que fueron reactivadas por la regresión, tal como lo afirma Abadi (1973), como único recurso para enfrentar las ansiedades propias de la posición depresiva.

Finalmente, y tomando en cuenta que la teoría de las relaciones objetales es una posición desde la cual se puede abordar el tema del suicidio, podemos afirmar desde esta perspectiva, que hay repercusiones inherentes a la relación objetal para que se desencadene el evento suicida.

Ya descubrimos que los sujetos sufren un enorme temor ante la posibilidad de pérdida, pues son totalmente dependientes de la relación de objeto, además de que no son capaces de satisfacerse y viven al objeto como potencialmente agresivo. Todo esto les impide la posibilidad de establecer relaciones satisfactorias.

Es como si al estar cerca del objeto los pacientes con intento suicida se sintieran seguros y protegidos, pero al mismo tiempo no confiaran en que esta protección fuera genuina, es decir, el objeto en el fondo es percibido como una amenaza y esto les genera una gran ansiedad que los mantiene muy vulnerables ante la paradoja de necesitar la protección y a la vez sentir que dicho objeto puede causarles daño.

Esta condición es realmente ambivalente, y genera por supuesto mucha ansiedad, que quizá podemos definir como paranoide, sobre todo si pensamos que los individuos se ven en la necesidad de tener que

~~El individuo con intento suicida...~~

~~El individuo con intento suicida...~~

~~El individuo con intento suicida...~~

Este concepto es muy llamativo, pues tiene visto en la vida de
algunos de estos sujetos es muy importante establecer un vínculo con
los seres queridos que para ellos implica, recordemos que en la vida
de una persona a menudo se provoca la sensación de soledad y
abandono, pero en el caso de los individuos no suicidas, si se establece la
relación que genera el establecer el vínculo, y prefieren evitarlo sin que
esto les cause aflicción, a diferencia de los individuos con intento suicida,
para quienes representa, como ya mencionamos, algo trágico el tener que
renunciar a lo que necesitan, y lo cual es un aspecto importante a
considerar dentro de los factores asociados al intento suicida.

Al tener el individuo con intento suicida tal problemática en su forma
de relacionarse, se ve afectada su adaptación a la vida cotidiana, y por
ello la sensación de los sujetos de vivir situaciones insalvables, lo que se
refleja de manera clara en su diagnóstico, y en el intento de acabar con su
vida.

La existencia de una gran cantidad de personas solteras entre los sujetos tendientes al suicidio, y el hecho de que quienes tenían pareja percibían con ella una mala relación, lo podemos explicar por el temor a establecer el vínculo y la percepción de las personas significativas como amenazantes, o a quienes se puede perder en cualquier momento, hechos mencionados repetidas veces en los hallazgos obtenidos a través de esta investigación.

Al analizar de manera detallada las diferencias entre los grupos de pacientes psiquiátricos, es decir, entre el grupo de intento suicida y el de no suicidas, con respecto al grupo de láminas, se encuentra una mayor cantidad de diferencias en aquellas historias donde las situaciones y los objetos no están definidos o son difusos; cuando no hay la suficiente claridad en las láminas, y por lo tanto el margen de interpretación del dibujo es mayor, es donde los sujetos no suicidas y los que intentaron suicidarse responden de manera distinta, mostrando defensas, ansiedades y percepciones diferentes de su relación consigo mismo y con su entorno.

Por otro lado, las situaciones donde también se responde de manera distinta en cada grupo, son aquellas que representan o una relación con otro, es decir, una relación de dos, o aquellas que implican una relación de grupo.

Sin embargo, además de las diferencias encontradas, y al tratarse de individuos muy parecidos debido a su condición de pacientes psiquiátricos, los grupos muestran también semejanzas notables en lo referente a sus relaciones y a la percepción del entorno y de sí mismos. Por un lado se muestra claramente que la forma de responder ante las ansiedades tempranas es precisamente la patología, ya a partir de ella se consolidó cierta relación de dependencia hacia la permanencia en el hospital, o lo que es lo mismo, la dependencia hacia su padecimiento como un puente para seguir conservando tal relación con el ambiente, caracterizada por no haber un compromiso pleno.

En este sentido, si nos remitimos a los instrumentos utilizados, confirmamos que, por lo menos en las situaciones triangulares, que evocan las emociones inherentes a tales situaciones edípicas, la manera indiferente de responder confirma dicha evasión de la responsabilidad

ante este tipo de relación. De igual modo, en las situaciones de grupo con personajes y ambiente indefinidos, que evocan sentimientos de pérdida y manifiestan las defensas contra la culpa y la pérdida de objeto, ambos grupos de pacientes psiquiátricos prefieren no definir a sus objetos de manera clara, tal vez con el afán de negar la pérdida, o disminuir su importancia afectiva; pero para ambos grupos es notable la ansiedad ante la soledad y el abandono cuando el estímulo presentado evoca en ellos la posibilidad de verse frente a situaciones de soledad y falta de confort en el ambiente.

Para ambos grupos es claro que no lograron la constancia objetal emocional de acuerdo a lo planteado por Margaret Mahler (1975). Esto es fácil de notar, pues en las historias no se tiene un objeto disponible de forma integral; se tiene un objeto difuso al ser evocado. Tal situación une a los grupos, pero lo que marca la diferencia crucial en cuanto a las relaciones de objeto es su peculiar manera de expresar y enfrentar la ausencia o falta de constancia emocional del objeto, lo que quedó manifestado a lo largo de toda la investigación.

Tales diferencias podrían expresarse de acuerdo a Sigmund Freud, en que los pacientes con intento suicida cancelan su vínculo erótico con personas del exterior, lo cual se manifiesta en la dificultad antes mencionada de establecer una relación de pareja. Pero tal vínculo es conservado en la fantasía; es decir que sustituyen objetos reales por imaginarios, los cuales son creados como objetos amenazantes. Los pacientes no suicidas por su parte, también cancelan de alguna manera su vínculo con las personas del exterior, pero no lo sustituyen en la fantasía, y de allí que su manera de control del objeto se manifiesta a través de la negación del mismo.

Por otro lado, es notable el conflicto por ambivalencia que siguiendo de cerca los conceptos de Freud y Klein se presenta en los pacientes con intento suicida, quienes como respuesta parecen desplazar hacia el objeto los impulsos agresivos, y por consecuencia posteriormente lo introyecten como una figura agresiva que ejerce su acción sobre el Yo del individuo, o bien hacia la destrucción del objeto agresivo introyectado. Los pacientes no suicidas no muestran rasgos de que exista en ellos un conflicto por ambivalencia.

Todos los hallazgos antes referidos, nos llevan a la aceptación de la hipótesis alterna, con lo cual concluimos que efectivamente existen diferencias entre los pacientes psiquiátricos con intento suicida y los pacientes psiquiátricos sin intento suicida en su modalidad de expresión de las relaciones de objeto.

CAPITULO 6

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

"Te alimentabas con mis lágrimas
lágrimas que secabas con tus besos
tu mano suave sobre mi rostro
y tus ojos contemplando mi cadáver".

F.H.G.

CAPITULO 6

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

A lo largo de la realización de este trabajo, se encontraron algunas dificultades que es necesario mencionar para ser consideradas en futuras investigaciones. En primer término, se sabe que el trabajar con una muestra pequeña representa, en cierta medida, una restricción para la aplicación de ciertos análisis estadísticos, por lo tanto sería importante ampliar el trabajo a una muestra mayor de pacientes psiquiátricos, que permita corroborar lo encontrado durante esta investigación, así como hacer una generalización más confiable de los hallazgos clínicos, con respecto a los pacientes psiquiátricos, por un lado, y a los pacientes psiquiátricos con intento suicida por otro lado y de manera más específica.

Una cuestión de gran importancia a considerar en futuros trabajos, es la necesidad de contar con un grupo control, es decir, un grupo de personas que no hayan padecido nunca de un trastorno psiquiátrico, y cuya personalidad, al ser evaluada, no sugiera la presencia de ningún padecimiento psicopatológico grave. Dicho grupo control sería útil para poder contrastar los resultados no solo con población psiquiátrica no suicida, sino con población no psiquiátrica, y considerar tales diferencias para el trabajo terapéutico con los pacientes psiquiátricos.

Una dificultad encontrada al interior del escenario de trabajo fue la gran variedad de terminología utilizada en los expedientes para diagnosticar el mismo padecimiento, que puede generar confusión en las personas que consulten estos mismos expedientes. Por ello se sugiere que el personal que labora en el hospital psiquiátrico utilice como base el mismo manual para establecer sus diagnósticos, evitando así la idea de que hay dos o más diagnósticos para cada paciente en un mismo momento.

Aún cuando para seleccionar a los sujetos que conformaron la muestra de no suicidas se exploró a nivel de la entrevista la presencia de ideación suicida, se sugiere en posteriores investigaciones la utilización de una escala para valorar tal variable, con la cual se podrá establecer un parámetro de quienes pueden y quienes no (debido a un nivel alto de ideación suicida) ser considerados como sujetos para la muestra.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFÍA

ABADI, M., GARMA, A., GARMA, E.,
GAZZANO, J., ROLLA, E., y YAMPEY, N. 1973.
La fascinación de la muerte: Panorama, dinamismo y
prevención del suicidio. Edit. Paidós. Primera edición. Argentina.

AGUIÑAGA TREJO, M. 1991.
*Comparación del tipo de relaciones objetales en pacientes
con migraña y cefalea tensional.* Tesis. Licenciatura. UNAM.

ANGOLA ROSSI, E. y LEÓN CASILLAS, R. 1991.
Las relaciones objetales y la relación de pareja.
Tesis. Licenciatura. UNAM.

ADLER, A. 1912/1984.
El carácter neurótico. Edit. Paidós. Primera reimpresión. España.
Traducción: A. von Ritter-Zahóny y P.F. Valdés.

BALINT, M. 1993.
La falta básica: Aspectos terapéuticos de la regresión.
Edit. Paidós. Primera reimpresión. España.
Traducción: Alberto Luis Bixio.

BLEICHMAR, N. y LEIBERMAN, C. 1989/1997.
El psicoanálisis después de Freud. Edit. Paidós. México.

BORGES, G.; ROSOVISKY, H.; GÓMEZ, C.; GUTIÉRREZ, R.
1996. Epidemiología del suicidio en México de 1970 a 1994".
En: Salud Pública. Vol. 38. México. Página 197-206.

CÓRDOBA BARRIOS, A. 1990.
El manejo psicoterapéutico de la relación objetal establecida.
Tesis. Maestría en Psicología con especialidad en psicoterapia.
Universidad Iberoamericana.

CUELI, J. 1990.

Teorías de la personalidad.

Edit. Trillas. Tercera edición. México.

DURKHEIM, E. 1895/1987.

El suicidio. Edit. Premia. Segunda edición. México.

ESCAMILLA CADENA, L. 1989.

Rasgos de personalidad y calidad de vínculos en madres de hijos con neurodermatitis atópica (una aproximación al análisis de esta relación objetal). Tesis. Licenciatura. UNAM.

FARBEROW, N. 1969.

Necesito ayuda: Un estudio sobre el suicidio y su prevención.

Edit. La prensa médica mexicana. México.

FENICHEL, O. 1989.

Teoría psicoanalítica de las neurosis. Edit. Paidós.

Cuarta reimpresión. México. Traducción: Dr. Mario Carlisky.

FRANK V., R. 1983.

Actualizaciones en el test de Phillipson.

Edit. Paidós. Primera edición. Argentina.

FREUD, S. Obras Completas. 1996. Edit. Amorrortu. Buenos Aires:

- Tres ensayos sobre una teoría sexual. 1905. Vol. 7.

- Introducción del narcisismo. 1914. Vol. 14.

- Duelo y Melancolía. 1917. Vol. 14.

- Psicología de las masas y análisis del yo. 1921. Vol. 18.

- El yo y el ello. 1923. Vol. 19.

GÓMEZ, A., LOLAS, F. y BARRERA, A. 1991.

"Los condicionantes psicosociales de la conducta suicida".

En: Salud Mental. Vol. 14. No. 1. México.

GÓMEZ Castro, C. Y BORGES, G. 1996.

"Los estudios que se han hecho en México sobre la conducta suicida: 1966-1994." En: Salud Mental. Vol. 19. No. 1. México.

GÓMEZ CASTRO, C. 1996.

Relación entre ideación suicida y el nivel de estrés psicosocial en estudiantes de nivel medio y medio superior del Distrito Federal. Tesis. Licenciatura. UNAM.

GÓMEZ VIDAL, M. 1986.

Relaciones objetales en pacientes con neurodermatitis. Tesis. Maestría en Psicología Clínica. UNAM.

GONZÁLEZ GODINEZ, M. y GRYNBERG ROBINSON, M. 1987. *Estudio comparativo entre jóvenes que usan drogas y jóvenes que no las usan: relación objetiva y características psicológicas.*

Tesis. Licenciatura. Universidad Iberoamericana.

GONZÁLEZ GONZÁLEZ, C. 1992.

El suicidio en los alcohólicos. Tesis. Licenciatura. UNAM.

GUTIÉRREZ, R. 1997. (*Ponencia*).

El suicidio en población adolescente. Congreso de Psicología Clínica y Psicoanálisis: Infancia y adolescencia, un proyecto de vida. Centro Médico La Raza. I.M.S.S.

HAMMER, E. Test proyectivos gráficos. 1992. Edit. Paidós. Cuarta reimpresión. México. Traducción: Alberto Brodesky.

HERNÁNDEZ SAMPIERI, R. 2000.

Metodología de la investigación. Edit. Mc Graw Hill. México.

HIJAR, M.; RASCON, R.; BLANCO, J.; LÓPEZ, V. 1996.

"Los suicidios en México. Características sexuales y geográficas (1979-1993)". En: Salud Mental. Vol. 19. No. 4. México.

IBÁÑEZ, B. 1990.

Manual para la elaboración de tesis. Edit. Trillas. México.

- JIMÉNEZ, A.; SENTIES, H.; ORTEGA, H. 1997.
"Asociación entre impulsividad y depresión en pacientes hospitalizados por intento suicida". En: Salud Mental. Vol. 20. No. 1. México.
- KERLINGER, F. 1988.
Investigación del comportamiento. Edit. McGraw-Hill. México.
- KERNBERG, O. 1991. La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico. Edit. Paidós. México.
- KLEIN, M. y RIVIERE, J. 1973.
Amor, odio y reparación: Emociones básicas del hombre. Edit. Hormé. Tercera edición. Argentina.
- KLEIN, M. Obras Completas. 1932/1974.
El psicoanálisis de niños. Vol. 1. Edit. Paidós. Buenos Aires.
- KOHUT, H. 1990.
La restauración del si-mismo. Edit. Paidós. México.
- LAGUNA LAMAS, L. 1995.
Aportaciones teóricas y técnicas de Otto Kernberg a la Psicología Clínica. Tesis. Licenciatura. UNAM.
- LAGUNES RODRÍGUEZ, J. 1995.
El suicidio en la adolescencia. Tesis. Licenciatura. UNAM.
- LUCIO-GÓMEZ, Emilia; LOZA, Georgina; DURÁN, Consuelo.
"Los sucesos de vida estresantes y la personalidad de adolescentes con intento suicida". En: Revista Psicología Contemporánea. Año 7. Vol. 7. No. 2.
- MAHLER, M. 1975.
El nacimiento psicológico del infante humano. Simbiosis e individuación. Ediciones Marymar. Argentina.

MARTÍNEZ CASTILLO, I. 1996. *Estudio de los rasgos de personalidad a través del Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI) en mujeres adolescentes con intento de suicidio y mujeres adolescentes sin intento de suicidio.* Tesis. Licenciatura. UNAM.

MARTÍNEZ REYES, G. y MORENO CONTRERAS, E. 1992. *Intervención grupal con padres de deficientes mentales en el marco institucional.* Tesis. Licenciatura. UNAM.

MATUS CALZADILLAS, E. 1990. *El Adolescente Suicida. Factores psicológicos y sociales que influyen en su decisión.* Tesis. Licenciatura. UNAM.

MEDINA PERALTA, C. y GONZÁLEZ HERNÁNDEZ, G. 1994. *Factores psicológicos que intervienen en la elección de pareja alcohólica en mujeres que tuvieron padre alcohólico: un enfoque desde la teoría de relaciones objetales.* Tesis. Licenciatura. UNAM.

MENINGER, K. 1972. *El hombre contra si mismo.* Ediciones Península. Primera edición. España, Traducción: Pedro Debrigode.

MOREIRA, D. 2000. (*Internet*). *Adolescencia y suicidio.* Secretario General del IX Congreso Metropolitano de Psicología; Director de la Carrera de Psicología de la Universidad Hebrea Argentina Bar Ilán-ver.

MICHACA, P. 1987. *Desarrollo de la personalidad: Teorías de las relaciones de objeto.* Edit. Pax. Primera edición. México.

MORÓN, P. 1992. *¿Qué sé? El suicidio.* Presses Universitaires de France. Primera edición. Traducción: Publicaciones Cruz O.

- NAVARRO ROJAS, A. 1995.
Fantasías de suicidio en adolescentes deprimidos y no deprimidos. Tesis. Licenciatura. UNAM.
- NOGUEDA ARROYO, R. y SANDOVAL MAZA, M. 1988.
Estudio comparativo de las relaciones objetales entre un grupo de seminaristas y otro de estudiantes de psicología. Tesis. Licenciatura. UNAM.
- NUÑEZ Nava, Manuel. 1975.
"El suicidio" (Poema). En: Diálogos. Vol. 11. No. 2 (62).
Marzo - Abril 1975. Página 27.
- O'CONNOR, Rory C. Y SHEEHY, Noel P. 1999.
"The classification of completed suicide into subtypes".
En: Journal of Mental Health. Vol. 8. No. 6.
- PHILLIPSON, H. 1995.
El test de Relaciones Objetales.
Edit. Paidós. Argentina.
- RAMÍREZ HERNÁNDEZ, B. 1996.
Estado actual de la teoría y la Investigación de campo de las relaciones objetales. Tesis. Licenciatura. UNAM.
- REDI, M., VALZACCHI, B. y EPELE, E. 1996. (Internet).
"Intentos de suicidio en la adolescencia".
En: CM Publicación Médica.
Vol. 9. Número 2. Centro Médico de Mar del Plata. Argentina.
- RODRÍGUEZ VALLE, N. 1990.
Funciones del yo en padres de niños deficientes mentales. Tesis. Licenciatura. Universidad Iberoamericana.
- RUNYON, R. y HABER, A. 1992.
Estadística para las ciencias sociales.
Edit. Addison-Wesley. Iberoamericana. E.U.A.

SARRO, B. y DE LA CRUZ, C. 1991.
Los suicidios. Ediciones Martínez Roca. Primera edición. España.

SEGAL, H. 1975.
Introducción a la obra de Melanie Klein.
Edit. Paidós. Argentina.

SOTO, R. 1990.
Estudio sobre algunos rasgos de personalidad del paciente suicida. Tesis. Licenciatura. UNAM.

SPITZ, R. 1972.
No y sí sobre la génesis de la comunicación humana.
Edit. Paidós. Tercera edición. Buenos Aires.

STENGEL, E. 1965.
Psicología del suicidio y los intentos suicidas.
Ediciones Hormé. Buenos Aires.

TERROBA, G.; HEMAN, A.; SALTIJERAL, T.; MARTÍNEZ, P.
1986. "Factores clínicos y sociales asociados con el parasuicidio y con el suicidio consumado".
En: Salud Mental. Vol. 9. No.1. México.

THOMPSON, C. 1971/1995.
El psicoanálisis. Edit. Fondo de Cultura Económica.
Octava reimpresión. México. Traducción: Eli de Gortari.

VALENTE, S. 1994.
"Messages of psychiatric patients who attempted o committed suicide".
En: Clinical Nursign Research. Vol. 3. No. 4.

VILLARDON, L. 1993.
El pensamiento del suicidio en la adolescencia.
Edición del Instituto de Ciencias de la Educación.
Universidad de Deusto. Primera edición. España.

ZINSER, Otto. 1993.
Psicología Experimental. Edit. McGraw-Hill. México.

ANEXOS

ANEXO 1

INTENTOS DE SUICIDIO Y SUICIDIOS SEGUN AÑO 1980-97

Año de registro	Intentos de suicidio	Suicidios
1980	42	672
1981	52	951
1982	66	1042
1983	62	990
1984	70	1124
1985	108	1036
1986	170	1205
1987	166	1204
1988	202	1327
1989 a/	96	1183
1990 a/	144	1405
1991	108 a/	1826
1992	79 a/	1955
1993	93 a/	2022
1994	153 a/	2215
1995	232 b/	2428
1996	232 c/	2233 a/
1997 a/	340	2459

a/ No incluye información de los casos registrados en el Distrito Federal

b/ No incluye información de los intentos de suicidio ocurridos en: Aguascalientes, Campeche, Colima, Distrito Federal, Guerrero, Michoacán de Ocampo, Quintana Roo, Sinaloa y Tlaxcala.

c/ No incluye información de los intentos de suicidio ocurridos en: Aguascalientes, Baja California, Campeche, Colima, Distrito Federal, Guerrero, Michoacán de Ocampo, Morelos, Oaxaca, Querétaro de Arteaga, Quintana Roo y Tabasco.

FUENTE: INEGI. Dirección General de Estadística; Dirección de Estadísticas Demográficas y Sociales. Estadística de Intentos de Suicidio y Suicidios. Cuaderno Núm. 4. Aguascalientes, México, 1999.

ANEXO 2

ENTREVISTA

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

FECHA:

NOMBRE: _____
SEXO: FEM() MAS ()
EDAD: _____
ESTADO CIVIL: _____
ESCOLARIDAD: _____
DIRECCION: _____
OCUPACION: _____
NUMERO DE HIJOS: _____
EADAES: _____
RELIGION: _____

PADECIMIENTO ACTUAL

MOTIVO DE INGRESO AL HOSPITAL: _____

DIAGNOSTICO: _____

EVOLUCIÓN DEL PADECIMIENTO: _____

TIEMPO Y EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO: _____

TIEMPO DE HOSPITALIZACION: _____

DINÁMICA FAMILIAR

FAMILIOGRAMA:



FAMILIA DE ORIGEN.

¿Vivió con sus padres durante su infancia? _____

Además de sus padres ¿Hubo alguien más que participara en su cuidado y atención? _____

¿Quién? _____

¿Cómo describe su relación con su madre? _____

¿Cómo describe su relación con su padre? _____

¿Existió alguna persona significativa durante su infancia? _____

Piense en un evento de la infancia que considere importante para como es ahora. _____

Cuénteme un recuerdo muy feliz. _____

Cuénteme un recuerdo muy triste. _____

FAMILIA ACTUAL

- ¿Tiene pareja? _____
¿Cómo es su relación con su pareja? _____

- ¿Con quién vive actualmente? _____

- ¿Desde hace cuánto tiempo? _____
¿Cómo es su relación con sus hijos? _____

- ¿Hay alguna otra persona que sea significativa para usted? _____

ÁREA INTERPERSONAL

- ¿Cómo son sus relaciones con la gente que le rodea? _____

- ¿Cuáles son los conflictos que más frecuentemente se presentan entre usted y las personas de su entorno? _____

- ¿Qué hace en su tiempo libre? _____

ÁREA LABORAL

- ¿A qué edad empezó a trabajar? _____
¿Cuál fue su primer empleo? _____
¿Qué actividades ha desempeñado en cada uno de sus empleos? _____

- ¿Cómo se ha visto afectada su actividad laboral a partir de que ingresó al hospital? _____

INTENTO DE SUICIDIO

¿Cuántas veces a atentado contra usted mismo? _____

¿Hubo algún suceso o situación que lo orilló a tomar tal decisión? _____

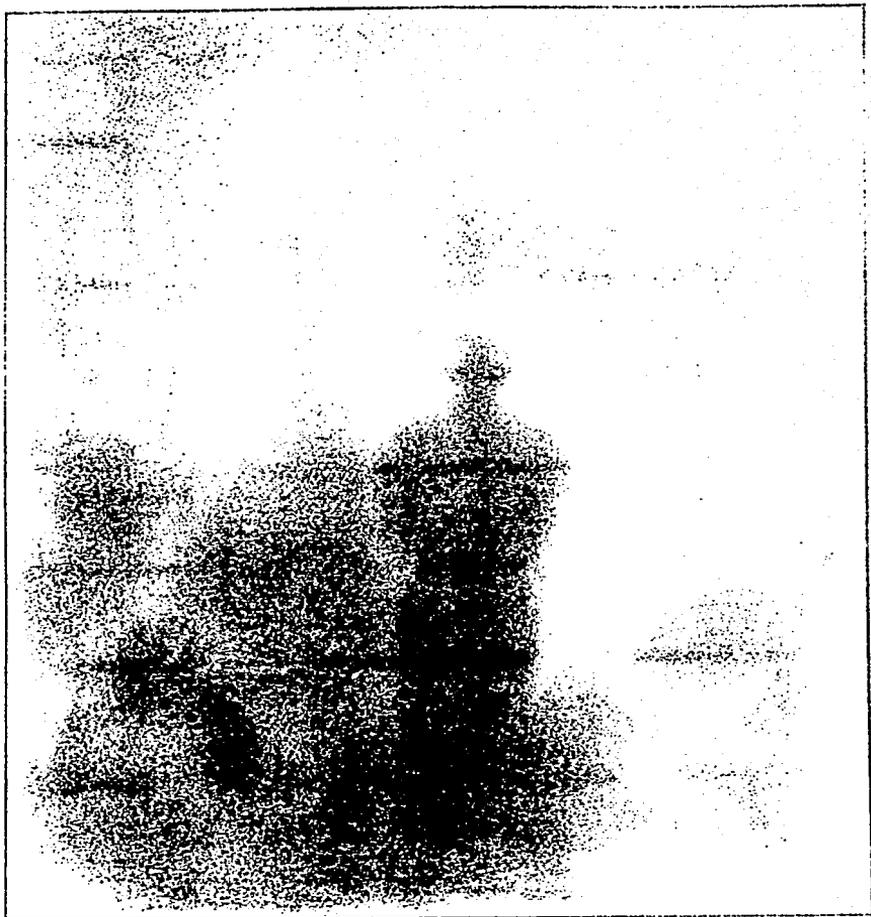
¿Cómo considera que eran sus relaciones con sus familiares y personas más cercanas antes de que intentara hacerse daño? _____

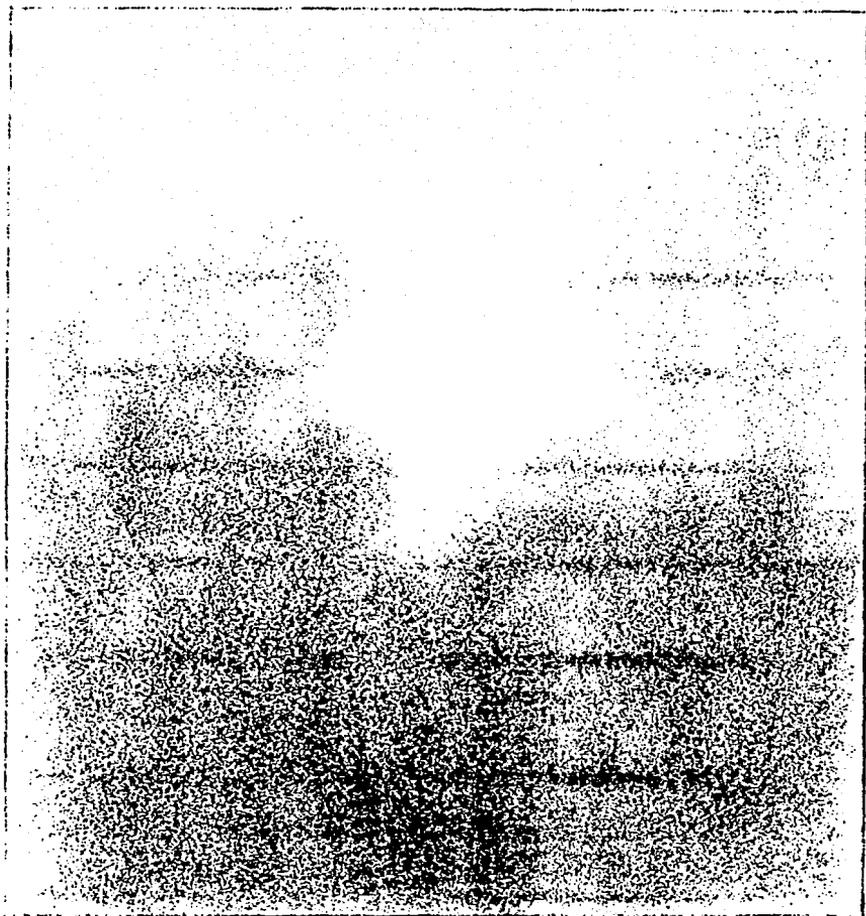
¿Cómo se siente ahora? _____

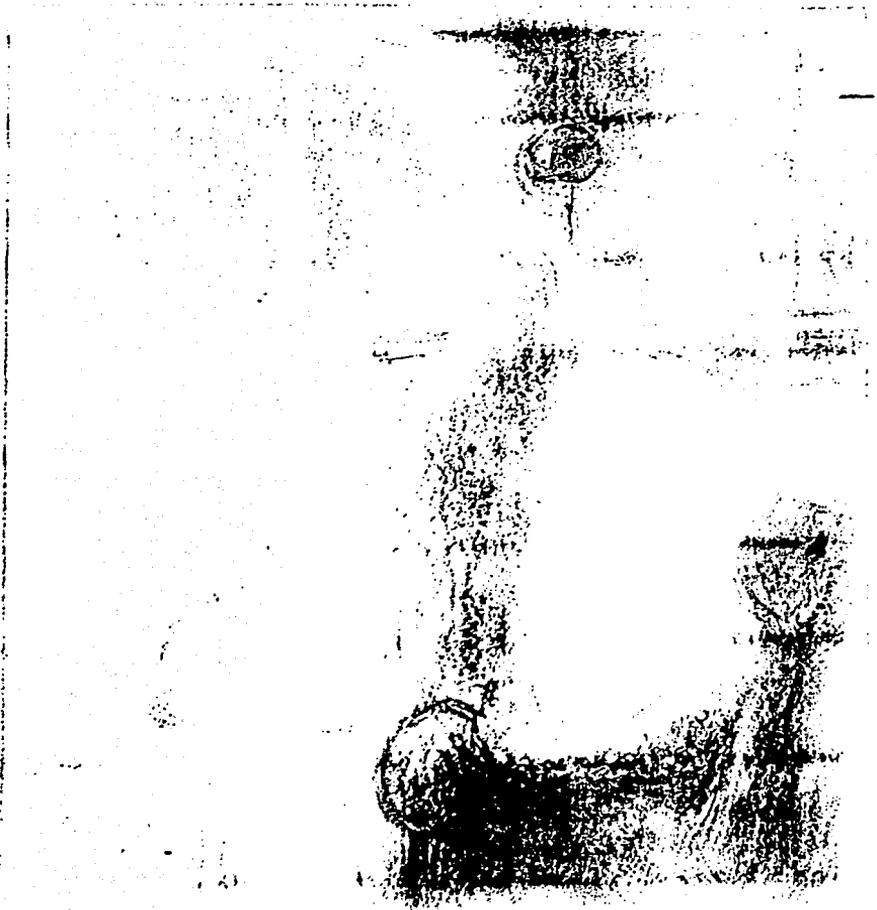
¿Por qué cree que llegó a tomar tal decisión? _____

ANEXO 3

LÁMINAS DEL TEST DE RELACIONES OBJETALES DE PHILLIPSON





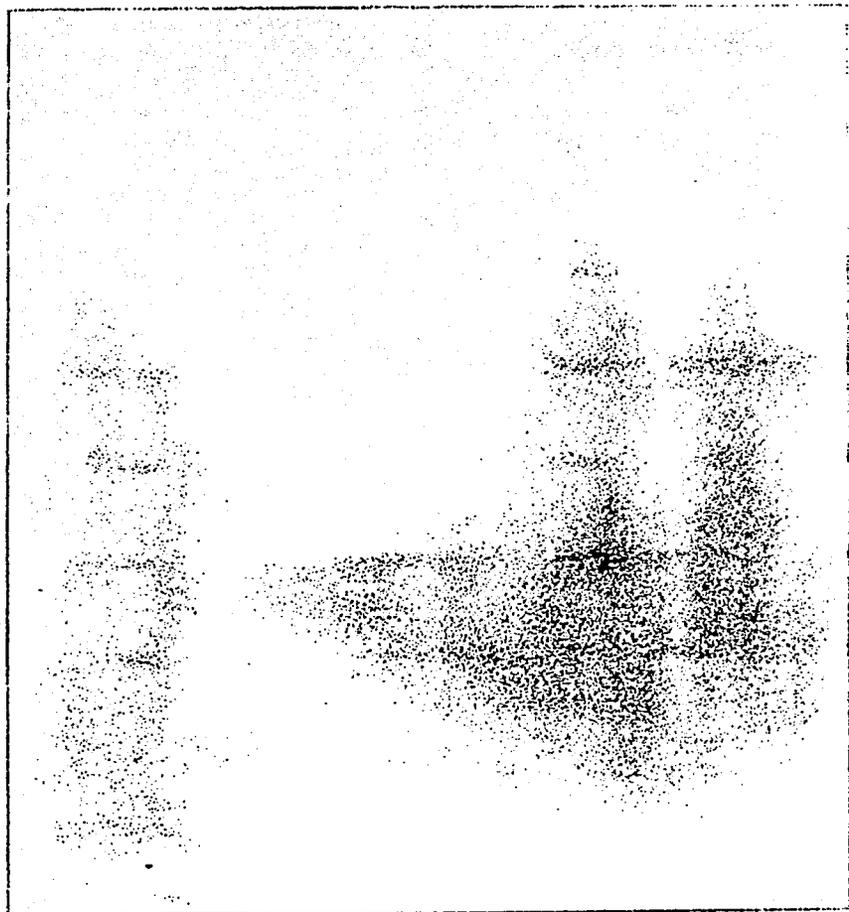




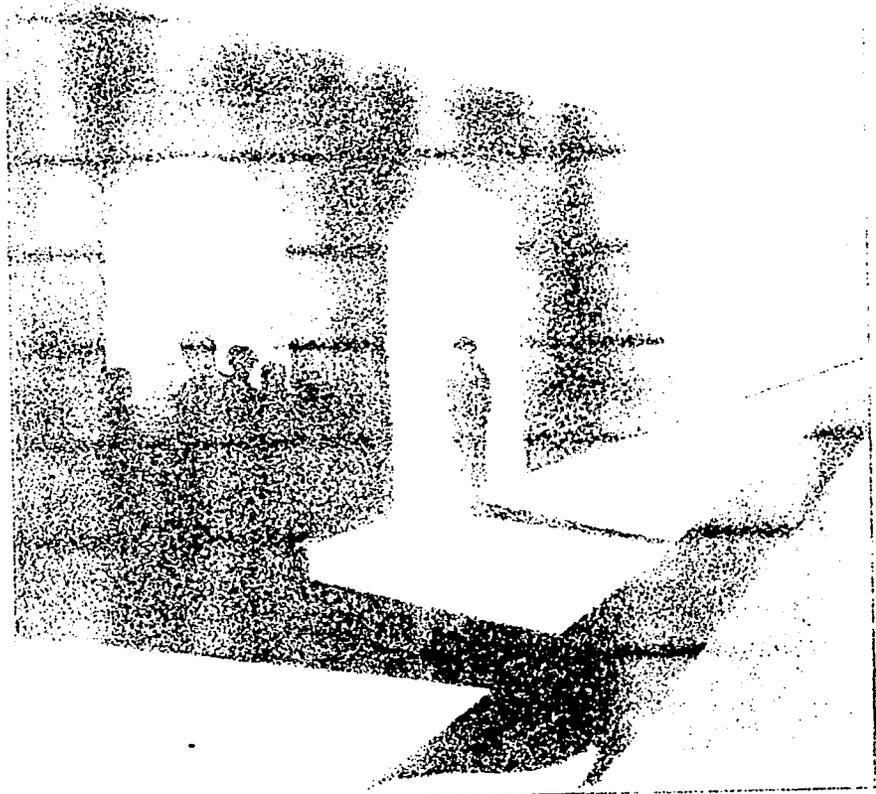
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

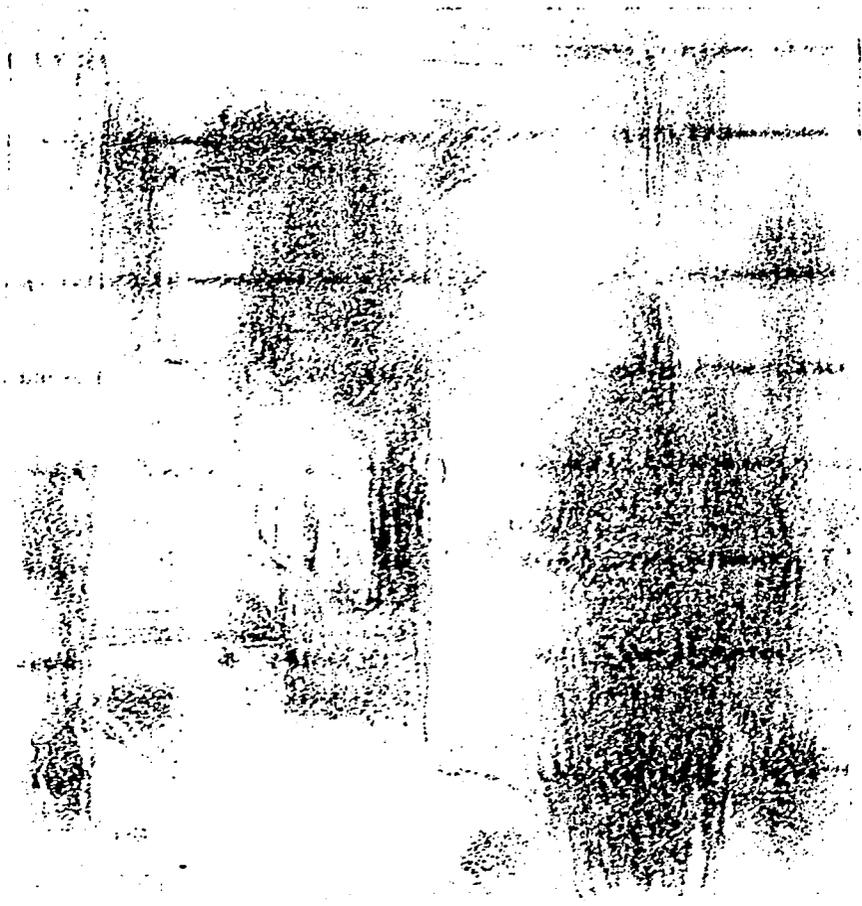














ANEXO 4

TEST DE RELACIONES OBJETALES FORMATO DE ANALISIS E INTERPRETACIÓN ABREVIADO (Según el modelo de Phillipson)

	Serie	Situación:	UNA PERSONA (1)	DOS PERSONAS (2)	TRES PERSONAS (3)	GRUPO (G)
Examinado: _____ Edad: _____ Escolaridad: _____ Estado civil: _____ Ocupación: _____	A	Personajes				
		Ansiedad				
		Defensas				
		Desenlace				
		Superficie				
Tiempo de aplicación: _____ Promedio: _____ Lugar de examen: _____ Conducta durante el examen: _____ _____	B	Personajes				
		Ansiedad				
		Defensas				
		Desenlace				
		Superficie				
ACTITUDES FRENTE A: Examinador: _____ Láminas: _____ Tarea: _____ Producción: _____ _____	C	Personajes				
		Ansiedad				
		Defensas				
		Desenlace				
		Superficie				
Observaciones: _____ _____	Lámina en blanco	Personajes	Ansiedad	Defensas	Desenlace	Superficie

ANEXO 5

DESCRIPCIÓN DE LOS GRUPOS

VARIABLE	VALOR	GRUPO CON INTENTO SUICIDA		GRUPO SIN INTENTO SUICIDA		TOTAL
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Sexo	Masculino	10	40%	9	33.30%	19
	Femenino	15	60%	18	66.60%	33
Edad	menos de 20	4	16%	0	0%	4
	20-30	12	48%	9	33.33%	21
	31-40	1	4%	4	14.82%	5
	41-50	7	28%	9	33.33%	16
	51-60	1	4%	5	18.52%	6
Escolaridad	Primaria	4	26%	7	16%	11
	Secundaria	5	26%	7	20%	12
	Preparatoria	14	26%	7	56%	21
	Profesional	2	22%	6	8%	8
Ocupación	Desempleado	2	8%	1	3.70%	3
	Estudiante	4	16%	1	3.70%	5
	Ama de casa	5	20%	11	40.70%	16
	Por su cuenta	2	8%	2	7.40%	4
	Empleado	11	44%	10	37.10%	21
	Est. Y trab. Pensionado	1 0	4% 0%	1 1	3.70% 3.70%	2 1
Residencia	D.F.	22	88%	10	37.04%	32
	Otro estado	3	12%	17	62.96%	20
Estado Civil	Soltero	16	64%	9	33.33%	25
	Casado	6	24%	11	40.74%	17
	Unión libre	1	4%	2	7.41%	3
	Separado	2	8%	1	3.70%	3
	Divorciado	0	0%	3	11.12%	3
	Viudo	0	0%	1	3.70%	1

VARIABLE	VALOR	GRUPO CON INTENTO SUICIDA		GRUPO SIN INTENTO SUICIDA		TOTAL
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Hijos	0	13	52%	7	26%	20
	1	3	12%	6	22%	9
	2	2	8%	5	19%	7
	3	4	16%	5	19%	9
	4	1	4%	2	7%	3
	5	0	0%	1	4%	1
	6 y más	2	8%	1	4%	3
Diagnóstico	Afectivo	14	56%	8	29.63%	22
	Orgánico	4	16%	10	37.04%	14
	Por sustancias	4	16%	4	14.81%	8
	Psicótico	3	12%	5	18.52%	8
Hogar de Origen	Padre y Madre	19	76%	18	67%	37
	Padre	0	0%	2	7%	2
	Madre	2	8%	7	26%	9
	Otros parientes	3	12%	0	0%	3
	No parientes	1	4%	0	0%	1
Hogar Actual	Solo	1	4%	2	7%	3
	Padre	1	4%	0	0%	1
	Madre	3	12%	4	15%	7
	Padre y Madre	5	20%	3	11%	8
	Extenso	5	20%	4	15%	9
	Pareja	7	28%	14	52%	21
	Otros parientes	2	8%	0	0%	2
	No parientes	1	4%	0	0%	1
Relación de Pareja	No tiene	13	52%	13	48%	26
	Buena	8	32%	8	30%	16
	Mala	4	16%	4	15%	8
	Indiferente	0	0%	1	4%	1
	Ambigua	0	0%	1	4%	1

VARIABLE	VALOR	GRUPO CON INTENTO SUICIDA		GRUPO SIN INTENTO SUICIDA		TOTAL
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Hogar dibujado en el Test de la Familia	Conyugal	3	12%	9	33.33%	12
	Ambos padres	8	32%	3	11.11%	11
	Nuclear padre	1	4%	0	0.00%	1
	Nuclear madre	3	12%	3	11.11%	6
	Unipersonal	1	4%	2	7.41%	3
	Mixto	5	20%	7	25.93%	12
Otro	4	16%	3	11.11%	7	
Figuras cercanas en el Dibujo de la familia	Madre	3	12%	4	14.82%	7
	Hermano(a)	7	28%	4	14.82%	11
	Pareja	1	4%	8	29.62%	9
	Hijo	1	4%	4	14.82%	5
	Otra	2	8%	0	0.00%	2
	Ninguna	2	8%	2	7.40%	4
No se dibujó	9	36%	5	18.52%	14	

ANEXO 6

GUÍA PARA CODIFICACIÓN Relaciones de objeto en pacientes psiquiátricos suicidas y no suicidas

1. CODIFICACIÓN DE LA ENTREVISTA

• DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Sexo:	Estado civil:	Escolaridad:	Ocupación:
Hombre-----1	Soltero-----1	Primaria-----1	Estudiante-----1
Mujer-----2	Casado-----2	Secundaria-----2	Ama de casa-----2
Edad:	Unión libre-----3	Preparatoria-----3	Negocio propio-----3
Años cumplidos	Separado-----4	Profesional-----4	Empleado-----4
Hijos:	Divorciado-----5	Posgrado-----5	Pensionado-----5
Número: - 0 a 9 -	Viudo-----6		Estudia y trabaja-----6
Residencia:	Religión:		Desempleado-----0
D.F.-----1	Si tiene-----1		No especificado-----9
Otro estado-----2	No tiene-----2		
No especificada--9	No especificada--9		

• DATOS CLÍNICOS

Diagnóstico:	Evolución del:	Tipo de tratamiento:
Trastorno afectivo-----1	Mejóro-----1	Fármacos solo-----1
Trastorno orgánico-----2	Empeoró-----2	Fármacos y TEC-----2
Trastorno por sustancias-----3	No ha habido cambio-----3	Fármacos y psicoterapia-----3
Trastorno psicótico-----4	No especificada-----4	Tiempo de hospitalización:
No especificado-----5		Días cumplidos en el hospital (internamiento actual)

• FAMILIA

Hogar de origen:	Hogar actual:	Figuras complementarias:	
Nuclear-----13-11-12	Nuclear-----14-13-11-12	Abuelo-----14	Hermano-----13
Extenso-----20	Extenso-----20	Abuela-----24	Hermana-----23
Ampliado-----30	Ampliado-----30	Tío-----12	Otro (hombre)---15
Otros parientes-----40	Otros parientes-----40	Tía-----22	Otra (mujer)-----25
No parientes-----50	No parientes-----50	No especificada---99	Ninguna-----00
No especificado-----60	Solo-----60		

Relación con la madre:	Relación con el padre:	Fig. significativas en la infancia	
Buena-----1	Buena-----1	Abuelo-----14	Hermano-----13
Mala-----2	Mala-----2	Abuela-----24	Hermana-----23
Indiferente-----3	Indiferente-----3	Tío-----12	Otro (hombre)---15
Ausente-----0	Ausente-----0	Tía-----22	Otra (mujer)-----25
No especificada-----4	No especificada-----4	Padre-----11	No especificada---99
		Madre-----21	Ninguna-----00
		Ambos padres---31	Niña-----26

Evento significativo:	Recuerdo feliz:	Recuerdo triste:	Pareja:
Agradable-----1	Con personas-----1	Con personas-----1	Si tiene-----1
Desagradable-----2	Con objetos-----2	Con objetos-----2	No tiene-----2
Indiferente-----3	Con ambos-----3	Con ambos-----3	
No especificado-----4	Con el mismo-----5	Con el mismo-----5	
Ninguno-----0	Ninguno-----0	Ninguno-----0	

Relación con la pareja:	Relación con los hijos:	Persona significativa en la actualidad:	
Buena-----1	Buena-----1	Tío-----12	Hermano-----13
Mala-----2	Mala-----2	Tía-----22	Hermana-----23
Indiferente-----3	Indiferente-----3	Padre-----11	Otro (hombre)-----19
Ambivalente-----5	Ambivalente-----5	Madre-----21	Otra (mujer)-----29
No tiene pareja ----- 0	No tiene hijos----- 0	Ambos padres--- 31	Hijo----- 15
		Pareja----- 16	Hija----- 25
		No especificada-- 99	Ninguna-----00

• RELACIONES INTERPERSONALES

Relación:	Conflictos:
Buena----- 1	Por el otro----- 1
Mala----- 2	Por si mismo----- 2
Indiferente----- 3	Por ambos----- 5
No se relaciona ----- 0	Por el exterior----- 3
No especificada----- 4	Ninguno----- 0
	No especificado----- 4

• AREA LABORAL

Trabaja:	Situación laboral actual:	
Sí----- 1	Afectada sin peligro de perder el empleo----- 5	Continuará trabajando----- 1
No----- 2	No trabaja----- 0	Lo despidieron----- 2
Edad de inicio:		Desconoce su situación----- 4
Años cumplidos		No quiere regresar-----3

• INTENTO SUICIDA

Método empleado:	Motivo desencadenante:	Relaciones previas:	Sentimiento actual:
Pastillas----- 1	Problema familiar----- 1	Buenas----- 1	Agradable----- 1
Ahorcamiento----- 2	Problema de pareja----- 2	Malas----- 2	Desagradable----- 2
Arrojarse----- 3	Problema económico--- 3	Indiferentes----- 3	Indiferente----- 3
Gas----- 4	Problema emocional--- 4	No se relacionaba- 0	No especificado--- 4
Cortarse ----- 5	Problema orgánico----- 5	No especificadas--- 4	Ambiguo----- 5
	Otros problemas----- 6		Número de intento:
	No especificado----- 7		00.... en adelante

2. CODIFICACIÓN DEL DIBUJO DE LA FAMILIA

Tiempo:	Ubicación:	Hogar dibujado:	Figuras cercanas:	
Minutos	un plano: arriba----- 11	Nuclear --- 11-12-13	Padre----- 1	Hijo----- 6
Tamaño:	un plano: al centro-- 12	Conyugal ----- 20	Madre----- 2	Hija----- 7
Pequeño----- 1	un plano abajo----- 13	Mixto----- 30	Hermano-- 3	Otra----- 8
Mediano----- 2	dos planos----- 20	Unipersonal---- 40	Hermano-- 4	Ninguna--0
Grande----- 3	Se dibujo:	Otro----- 50	Pareja----- 5	combinación
	Sí ----- 1	Solo hijos----- 60		
	No ----- 2			

3. CODIFICACIÓN DEL T.R.O.

PERSONAJES

Número:	Sexo:	Edad:	Papel o rol activo:
Uno----- 10	Hombre(s)----- 10	Adulto(s)----- 10	de un hombre adulto----- 111
Dos----- 20	Mujer(es)----- 20	Niño(s)----- 20	de un hombre niño----- 112
Tres----- 30	Ambos----- 30	Ambos----- 30	de un hombre no esp----- 129
Grupo----- 40	No especificado----- 90	No especificado-- 90	de una mujer adulta----- 121
No vistos-- 00	No vio fig. humana 00	No vio fig. hum.-- 00	de una mujer niña----- 122
No espec-- 90	hombre y n.e.----- 19	Adultos y n.e.----- 19	de una mujer no esp.----- 129
	mujeres y n.e.----- 29	Niños y n.e.----- 29	ambos sexos, fig. adultas----- 131
	ambos y n.e.----- 39	ambos y n.e.----- 39	ambos sexos, fig. infantiles----- 132
	personajes no hum--99	personaj no hum--99	ambos sexos, edad no esp.--- 139
			personaje no especificado----- 133
			Ningún personaje----- 233

Tipo de relación:

Afectiva:	Social:	De otro tipo:
Maternal----12	Educativa----- 21	Criminal----- 30
Paternal---- 11	Formal (laboral)-- 22	Rebelión----- 31
Fraterna----13	Médica----- 23	Prisión----- 32
De pareja-- 14	Religiosa ----- 24	Heterosexuales-- 41
Familiar ----15	Casual----- 25	Homosexuales--- 42
Amistosa---16	Pele o conflicto-- 26	Sobrenatural----- 50
	No especificada-- 29	No especificada--90
		No hay relación-- 00

Características:

Conspiratoria----- 1	Abandono-----12
Trágica (violenta)----- 2	Fiesta o convivencia-----13
Afectuosa----- 3	Discusión o desacuerdo-- 14
Dramática (conflictiva)----- 4	Edípica, triangular-----15
Indiferente----- 5	Juego (partido)-----16
Sobrenatural----- 6	Sexual-----17
Dependiente----- 7	No especificada----- 9
Dominante----- 10	No hay interacción ----- 0
Protectora o de apoyo-----11	

Ansiedad:

Ante aspectos propios:	Ante situaciones emocionales:	Ante el medio:
101. Su problemática	201. Pens. depresivos	401. Oscuridad
102. Poca acción propia	203. Bueno-malo.Dualidad	402. Falta de espacio
103. Su autoimágen	204. Su impulsividad	403. Castigo del exterior
104. Enfermedad	205. Necesidad de perdón	404. Estaticidad. Espera
105. Tener que actuar	206. Sensibilidad	405. Confusión. Caos
106. Pobreza emocional	207. Indefensión (depend.)	406. Acecho, agresión, hostilidad
		407. Encierro, aburrimiento
		408. Falta de control del medio

Ansiedad:**Ante situaciones sociales o de relación con otro(s):**

- | | |
|-------------------------------------|--|
| 301. Separación | 309. Ser visto. Crítica |
| 302. Agresión. Castigo. desacuerdo | 310. Escena primaria |
| 303. Soledad. Abandono. Vacío | 311. Expectativas del otro |
| 304. Tentaciones | 313. Situación edípica |
| 305. Retos y necesidad de apoyo | 314. Rechazo |
| 306. Pérdida de objeto | 315. Compañía o acción del otro(s) |
| 307. Compromiso, unión, rel. sexual | 316. Pérdida de control de la relación |
| 308. Figura femenina o materna | 317. Rivalidad |

Defensas:

- 00. Ninguna
- 01. Negación
- 02. Represión
- 03. Aislamiento
- 04. Racionalización
- 05. Evasión
- 06. Anulación
- 07. Proyección
- 08. Desplazamiento
- 09. Formación reactiva
- 10. Manipulación
- 11. Solución mágica o fantasía
- 12. Introyección e identificación
- 13. Escisión
- 14. Regresión
- 15. Vuelta contra si mismo (culpa)
- 16. Sublimación
- 17. Simbolización. Representación
- 18. Reparación. Compensación
- 19. Identificación proyectiva

Superficie:

- 01. Depresiva: baja autoestima, soledad, etc.
- 02. Necesidad de autoafirmación
- 03. Afecto, ternura y apoyo
- 05. Manipulación, dominio
- 06. Caótica, confusa
- 07. Pasiva
- 08. Necesidad de escape. Defensiva
- 09. Indecisión. Indefinición
- 10. Conflictiva, problemática, tensa, impulsiva
- 13. Agresiva
- 14. Figura femenina castrante
- 16. Indiferencia. Estática. Inexpresiva
- 17. Reflexiva. De preocupación
- 18. Esperanza o ayuda espiritual
- 19. Tentaciones y retos. Competencia
- 20. Búsqueda de solución
- 21. Convivencia. Fiesta o reunión

Desenlace:

- | | |
|--|---|
| Positivo----- | 1 |
| Negativo----- | 2 |
| Incierto, indiferente o no especificado----- | 3 |
| No hay----- | 4 |

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**