

\*

U. N. A. M.

Facultad de Filosofía y Letras  
Colegio de Psicología

La conducta del hijo suicida como  
resultado de un pasado preconcepcional  
ambivalente y filícida de la madre.

TESIS

Que para optar por el grado de  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA  
Presenta

LORENZO ACHIRICA VALLADARES

México D. F. 1970.

m. 753608



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.

**A mis padres.**

Al Dr. Juan Maceira por quien  
guardo un profundo respeto y  
cariño.

A Rosalba.

-¡ Ay mísero de mí! ¡Ay infeliz!  
Apurar cielos pretendo,  
Ya que me tratáis así,  
Qué delito cometí  
Contra vosotros, naciendo.

Calderón de la Barca.

## **I N T R O D U C C I O N**

Durante poco más de un año y medio que venimos -  
trabajando con pacientes con intento de suicidio hemos  
podido constatar la existencia de un vínculo muy impor-  
tante entre la conducta suicida, con todas sus posi-  
bles manifestaciones conscientes e inconscientes y el ti-  
po de relación patológica que el paciente estableció -  
con sus primeras figuras significativas; en la mayoría  
de los casos observados aparecen componentes directos-  
o indirectos cuyo común denominador es el rechazo por-  
los padres de los que ha sido víctima el paciente sui-  
cida, en la historia de sus vidas la agresión se mani-  
fiesta en múltiples formas: abandonos tempranos, abor-  
tos previos, rechazos y frustraciones de toda índole,-

sentimientos de los padres de no desear el nacimiento del paciente, etc. Dichas observaciones necesitaban - la base teórica que pudiera respaldarlas, de ahí que el propósito del presente trabajo sea el de una revisión sucinta de aquellos conceptos que nos brinden la posibilidad de explicar tales observaciones desde lo que podríamos considerar sus raíces más profundas; -- así, la primera parte la constituyen algunos conceptos que pretenden explicar la conducta filicida desde lo que podríamos llamar sus orígenes así como las repercusiones que dicha conducta trae como consecuencia en el desarrollo de la personalidad; la segunda y última está integrada por algunos puntos (también teóricos) en relación al suicidio los mismos que al ser -- ejemplificados por fragmentos de historias clínicas - de pacientes con intento de suicidio nos permitira correlacionar nuestras observaciones con los fundamentos teóricos revisados.

Esperamos sinceramente que el trabajo cumpla aun que en forma parcial los objetivos para los que fue - hecho, y que son el de servir como punto de partida - para nuevas investigaciones de temas tan apasionantes como son los revisados en este trabajo.

Finalmente queremos hacer patente nuestro agrade

cimiento al Dr. Santiago Mar Zúñiga, Director del Centro de Prevención del Suicidio, quien además de haber nos permitido el colaborar en este centro durante el tiempo mencionado, y así obtener a través del trato directo con pacientes con intento suicida, una experiencia que enriqueciera nuestros conocimientos, nos ayudó con la supervisión y discusión de los casos vistos, vaya también nuestro más sincero afecto y agradecimiento para el Dr. Luis Feder Director del presente trabajo quien además de brindarnos las bases teóricas en relación al suicidio, tuvo para con nosotros el apoyo y entusiasmo que requeríamos a través de toda nuestra labor.

Consideramos importante señalar que gran parte del material clínico citado, ha sido elaborado por la Dra. Catalina Zarco, a quien le agradecemos el que nos haya permitido utilizar dicho material.

CAPITULO I

EL FILICIDIO

## C A P I T U L O I

Los abortos provocados y no provocados, la incapacidad de lactar por parte de la madre (hipogalactia), las guerras, la homosexualidad, los hippies, las represiones brutales a los movimientos estudiantiles y el suicidio, son algunas de las tantas manifestaciones -- con las que se presenta el fenómeno universal del Filicidio.

Nuestra intención no es la de analizar dichas manifestaciones, sino la de buscar la génesis del filicidio, para lo que nos veremos precisados a utilizar -- algunos aspectos teóricos. Una vez que hayamos concluido con esta primera parte, continuaremos con la revisión bibliográfica de aquellos conceptos sobre suici -

dio que a nuestro entender, se relacionan estrechamente con la génesis del filicidio; dicho procedimiento - tiene como objeto el encontrar si existe o no, una correlación entre la conducta auto-destructiva y las experiencias traumáticas del paciente suicida, con sus primeras figuras significativas.

Podemos decir, en forma muy general, que el filicidio es toda conducta agresiva o destructiva, consciente, que proviniendo de los padres (o figuras representativas de los mismos), culmina con la muerte real o simbólica del infante.

¿Cuál podría ser la génesis de tal conducta? La -- respuesta a tal interrogante, la podemos encontrar en lo que Feder señala como la ambivalencia preconcepcional materna.

Sabemos que desde el punto de vista de la teoría psicoanalítica, existen dos fuerzas que gobiernan la vida del ser, una el instinto de vida y la otra el thánatos, o instinto de muerte. La existencia de dichas - fuerzas antitéticas, plantea una ambivalencia que se - manifiesta en todos nuestros actos, así, en la futura madre por ejemplo, esta ambivalencia que podemos considerar como normal, se manifestará desde sus fantasías-

en relación a concebir o no concebir, o bien en relación al embarazo o al aborto, que sería en última instancia el deseo de dar vida por una parte y por la otra el deseo de acabar con ella.

Si pudiéramos ejemplificar lo anteriormente señalado, utilizaríamos una escala en donde en un extremo estaría el deseo de concebir, de embarazarse, de lactar y de amar al bebé; en el lado opuesto estaría el deseo contrario, el de no concebir, no embarazarse y de abortar. De acuerdo con la personalidad y el tipo de experiencias traumáticas de la madre, su deseo se acen- tuará en cualquiera de los dos extremos de la escala. - Con el propósito de afirmar el punto de vista genético del filicidio, transcribimos una cita de Feder en relación al problema hipogaláctico que nos parece de suma - importancia:

"La hipogalactia es resultado y manifestación, - - equivalencia y somatización de la parte conflictiva re- lativa a las pulsiones filicidas concientes e inconcien- tes de las fantasías preconcepcionales de la madre". -- (Feder 1967 p 96) De ahora en adelante, trataremos de - analizar en qué medida esta ambivalencia materna será - resentida por el infante y las consecuencias que dicha-

situación traerá en la formación y estructura de la personalidad suicida, para lo que revisaremos, aunque en forma muy sucinta, algunos aspectos teóricos necesarios acerca de los procesos que intervienen en la formación de la personalidad.

El modelo conceptual del psicoanálisis: Necesidad-objeto gratificador de la necesidad y/o demora - gratificación de la necesidad y/o descarga afectiva y/o ideación (de metas y medios), pretende explicar todos los procesos conativos, cognocitivos y afectivos que son propios a la personalidad ya estructurada, así como aquellos que intervienen en su formación y desarrollo.

Sabemos por una parte, que dicho modelo considera a tales procesos, como aspectos de una sola unidad y no independientes uno del otro, y por otra parte, que dicho modelo ha sido dividido para su mayor comprensión en dos partes: la primera llamada proceso primario, explica los fenómenos que se suceden en el desarrollo psicológico temprano, así como los procesos tanto normales como patológicos de la vida adulta (sueños, ilusiones, alucinaciones). La segunda llamada proceso secundario, explica aquellos fenómenos que a diferencia de los primeros, admiten una demora para su gratificación, no son

descargados en forma directa y forman parte de una conducta que es propositiva e intencional. Para la finalidad de nuestro trabajo nos concretaremos a los sucesos que se presentan en el proceso primario exclusivamente.

Como hemos señalado, los fenómenos de acción, ideación y de afecto, son procesos pertenecientes a una sola unidad, sin embargo, se han estudiado separadamente, pues de esta forma, resultan más comprensibles.

El modelo primario de conación, está encaminado a explicar la acción que se realiza cuando surge una inquietud que debe ser satisfecha, así, a la inquietud -- que surge en el niño por el hambre, aparecerá el pecho y el acto de mamar, cuyo resultado será el apaciguamiento de dicha inquietud; la satisfacción que se ha provocado al ser satisfecha la necesidad, que se ha quedado grabada, de tal manera que al presentarse de nuevo la necesidad y aparecer la demora, la imagen alucinatoria del recuerdo de dicho objeto gratificador surgirá, creándose de esta manera, los procesos cognocitivos primarios ¿Cómo se crean dichos procesos primarios? Observamos que la característica fundamental del proceso primario de conación es la actividad-descarga es decir, la búsqueda de placer a través de la satisfacción directa de la ne-

cesidad. En el proceso primario de cognición la alucinación que satisfecerá, surge cuando el recuerdo gratificador alcanza el máximo de energía; esta gratificación-alucinatoria es igual de imperiosa e impulsiva y su finalidad de búsqueda directa de placer y descarga de tensión, es igual a la que se sucede en el modelo primario de conación. "A la organización que se le da al pensamiento de esta cognición primitiva se le denominó, pensamiento del proceso primario; obra de acuerdo con el cumplimiento del deseo y los mecanismos sincréticos -- (condensación, desplazamiento, sustitución, simbolización), utiliza recuerdos sensoriales (particularmente visuales) y por lo tanto, carece generalmente de conjunciones, así como de relaciones causales, temporales y de otro tipo". (Rapaport: 65) Finalmente, para comprender el punto de vista genético de los afectos, pensémos nuevamente en el lapso de tiempo existente entre el surgimiento de la necesidad y su satisfacción; es en este lapso de tiempo donde se creará la forma de sentir del individuo. Dado que dicha forma de sentir es la manifestación cuantitativa de la necesidad, se verán involucrados procesos tanto motores como secretores que serán -- las vías o canales por medio de los cuales, dicha expresión afectiva se descargará una vez que llegó a su um -

bral. La existencia de umbrales orgánicos de descarga afectiva hacen suponer que dicha descarga es en ocasiones irrealizable no solamente por la ausencia del objeto gratificador, sino mas bien por la estructura de la organización somática y psíquica del sujeto.

En resumen, lo que caracteriza a los modelos primarios de conación, cognición y afecto, es la necesidad de que la tensión sea satisfecha en forma que no admita demora; la relación que se establece entre dicha necesidad y el objeto que la gratifica; la existencia de la huella mnémica gratificadora y por último, la existencia tanto de umbrales de descarga como de canales motores y secretores por medio de los cuales el afecto encontrará su manifestación externa.

Hemos revisado en forma muy breve el modelo conceptual del psicoanálisis con la idea de saber cómo se va estructurando la personalidad, así como los aspectos que la comprenden. Encontramos que la característica fundamental era la relación existente entre la necesidad y el objeto que la satisfacía, que de dicha relación y la manera en que se establece ésta, se irán creando las formas de actuar, pensar y sentir del individuo. Es fácil deducir que una mala relación con este-

objeto gratificador (la madre), será de fatales consecuencias en la estructura y forma de ser del individuo.

Pensémos pues en un niño que no ha sido lo suficientemente deseado y cuya madre por sus propios conflictos lo somete consciente o inconscientemente a todo género de demoras, frustraciones y agresiones; con dicha actitud irá conformando una personalidad cuyas características serán precisamente estas frustraciones y agresiones de las que ha sido objeto y de las que no ha tenido ni siquiera la posibilidad de revelarse por temor a perder lo poco que recibe y que le ha permitido de alguna manera subsistir. Es así como muchos de los fenómenos patológicos de la conducta humana que a simple vista nos resultan difíciles de comprender, adquieren toda su significancia al ser observados desde el punto de vista de su origen o sea, el de las experiencias tempranas del sujeto.

¿Cuáles son esas experiencias que conformarán su personalidad y cómo son afectadas por la ambivalencia amor-odio, que proviene de la madre?; son cuestiones que ayudados por algunos aspectos de la teoría de Melanie Klein trataremos de resolver.

Para el modelo conceptual del psicoanálisis una ne

cesidad o instinto, puede ser satisfecho por medio del recuerdo alucinatorio del objeto gratificador; para la teoría Kleiniana la necesidad está expresada mentalmente por medio de la fantasía inconciente, siendo a su vez esta necesidad o instinto buscadores de objetos -- que los satisfagan (el pecho sería la fantasía representativa de la necesidad de alimentarse).

La posibilidad de elaborar esas fantasías, implica una estructura yoica suficientemente organizada que se caracteriza por una serie de ansiedades que le acompañan; estas ansiedades de la estructura yoica, aunadas a los instintos, van a crear vínculos muy importantes con la misma fantasía y con la realidad, es así -- que la fantasía pueda modificar la realidad y a su vez ésta, pueda alterar la fantasía; si el niño no es alimentado en el momento que lo desea, fantaseará en relación con el objeto gratificador (modificación de la realidad por la fantasía); cuando es alimentado y la forma como se lleva a cabo esta acción, modificará el impulso (alteración de la fantasía por la acción de la realidad). Con lo anteriormente expuesto, podemos afirmar que las experiencias traumáticas con la realidad externa (la madre) pueden ser vividas con mayor intensidad a consecuencia de las propias fantasías del niño.

Sabemos que la fantasía sirve también como defensa a esa realidad externa o interna e inclusive como defensa contra otras fantasías; la existencia de tales fenómenos implica que se creen mecanismos de defensa, - siendo los primeros la introyección y la proyección.- La introyección, en principio es parcial (el pecho -- bueno y el pecho malo); finalmente, será total (la madre, el padre, etc.) Por medio de estos mecanismos el niño se irá identificando con los objetos buenos y malos que ha introyectado, los mismos que contribuirán en forma definitiva en las características y desarrollo futuro de su personalidad; de allí que la forma de ser y el tipo de conflictos de un sujeto, estén determinados en gran medida por esas primeras fantasías introyectadas.

Al hablar de la fantasía inconciente como expresión mental de los instintos y de las modificaciones que se presentan en la misma, así como de la estructura yoica que la hace posible, nos estamos refiriendo a procesos que son característicos a una fase del desarrollo de la personalidad llamada posición esquizo-paranoide, la cual se deriva de la ansiedad provocada por la persecución de los objetos vivenciados como --

buenos y malos y la escisión de estos objetos en múltiples pedazos.

Otro proceso que se presenta en esta fase y que merece toda nuestra atención es el de la envidia temprana, la cual surge cuando el bebé reconoce en el pecho de la madre la fuente satisfactoria de todas sus necesidades. Esta envidia hace que se creen deseos de poseer esta fuente de placer y ante la imposibilidad surge la primera externalización del instinto de muerte, expresada en sus deseos de destruir al pecho por medio de la proyección de sus fantasías malas y dañinas; no hay que dejar de considerar que este proceso es normal en el bebé, pero que sin embargo, puede ser alterado por las experiencias traumáticas con la realidad externa; recordémos que por medio de los mecanismos esquizoides el bebé aprende a escindir sus objetos buenos de sus objetos malos, de tal forma, si la envidia es muy intensa interferirá en dichos mecanismos, haciendo que los ataques sean precisamente en contra del objeto bueno, no aprendiendo a diferenciar al objeto que lo satisface del objeto que lo persigue; se creará una confusión, pues al proyectar sus fantasías de destrucción hacia ese pecho no podrá introyectarlo como objeto ideal y, por lo tanto, la identificación con

el mismo se verá gravemente dañada al no encontrar el objeto que le brinda alimento, calor, ayuda, etc. Los objetos malos y persecutorios, serán una fuente posterior de incesante culpa por las fantasías en relación a la proyección de las partes malas del bebé.

Hemos observado como el bebé va organizando su personalidad a base de esos procesos proyectivos e introyectivos, los mismos que sufren perturbaciones cuyas causas pueden depender de lo interno, de lo externo, e inclusive de la inter-relación de ambos; si las experiencias que predominan son las traumáticas, se crearán puntos de fijación patológicos en esta fase, pues como hemos visto la identificación con el objeto ideal, se ha visto gravemente dañada a consecuencia de la envidia temprana. Estos puntos de fijación patológicos originarán infinidad de cambios en los mecanismos de la fase-esquizo-paranoide, inclusive para Melanie Klein (citado por Segal) "El psicótico hace una regresión a los primeros meses de la infancia, regresando a una fase del desarrollo que ya entonces poseía rasgos patológicos". (Segal: 56) A manera de resumen y con el fin de señalar la importancia de lo expuesto, podemos decir que todos estos procesos de proyección e introyección irán conformando la personalidad misma que se caracterizará

por un superyó punitivo y persecutor en el caso de una relación patológica con esas primeras figuras significativas que, con su agresión y frustración, van originando o bien la psicosis, o bien una estructura superyóica que creará incesante culpa en el sujeto.

Tanto en los conceptos revisados de Rapaport como de Klein, nos hemos podido percatar de la importancia que tiene para la formación y desarrollo de la personalidad la relación con las primeras figuras significativas. Hemos dejado entrever como es afectada esta personalidad cuando dicha relación con la madre no cubre los requisitos necesarios o indispensables de amor y gratificación. Ahora trataremos de buscar si existe una correlación entre la actitud de esta madre filicida con la conducta posterior suicida del sujeto.

El último punto tocado por nosotros al referirnos a la teoría de M. Klein, fué el de las características punitivas y persecutorias de la estructura superyóica, cuya causa eran las fantasías de poseer o destruir al pecho, por la envidia temprana que surgía en el bebé. Este superyó punitivo y persecutorio tiene una serie de manifestaciones muy específicas en la depresión y en la melancolía que pasaremos a revisar.

Bentram D. Lewin hace un resumen de la literatura sobre la depresión y la elación, y señala que Abraham, en 1912 comparó el duelo normal con la depresión melancólica. "El deprimido está absorto en sí mismo, acosado por auto-acusaciones, convencido de que es generalmente odiado y despreciado". Para Abraham esta hostilidad hacia sí mismo, está inconscientemente dirigida hacia el objeto perdido; de ahí que Abraham se explique las depresiones condicionadas por una regresión a una etapa pre-genital, caracterizada por la ambivalencia de la relación con el objeto. En relación a la melancolía, Lewin cita a Freud "si uno dirige la atención a las auto-acusaciones de los estados depresivos, se ve que no le conciernen en especial al paciente, sino que habitualmente se dirigen contra el objeto perdido". -- Freud vuelve a ser citado cuando se refiere al ideal del yo, o a la actitud acusatoria y a los actos vengativos que ejerce sobre el yo y al hecho de que en el inconsciente existan representaciones del objeto que destruirá la relación con el sujeto (Duelo y Melancolía 1915). Sandor Rado en sus investigaciones sobre el problema de la melancolía (1928) dice: (Lewin: 37) "La melancolía es una súplica desesperada de amor; empero en la melancolía no se le suplica a un objeto real, si

no simplemente a uno exclusivamente psíquico e interno, el superyó, y de esta manera el mecanismo es alejado de la realidad, de ahí que el niño trate de prevenir las - censuras de los padres con auto-castigos". Consideramos conveniente, en este momento, citar a Bleuler cuando ha ce la descripción de los síntomas melancólicos en la -- psicosis maniaco-depresiva: "Aparecen síntomas acceso - rios, ideas delirantes y alucinaciones.

El diablo aparece en la ventana, hace muecas al en - fermo, este oye como se le juzga, se le condena a muer - te, se levanta el patíbulo en donde va a ser ejecutado, oye gritar a sus allegados que por su culpa tienen que - padecer; estos enfermos creen padecer una enfermedad in - curable que constituye un castigo; este delirio se basa en gran parte en el malestar que sienten en sus entra - ñas; los espasmos faríngeos y esofágicos dependientes - de la depresión les dificulta el acto de tragar y con - firman su convicción de que tienen completamente obstrui - do el tubo digestivo; han pecado por lo tanto no tienen derecho a ser ni siquiera alimentados". Angel Garma al - hablar del suicidio y de la psicología de los estados - depresivos, manifiesta estar de acuerdo con lo expuesto. Señala que el paciente deprimido al sentirse culpable -

hace una revisión de su vida, encontrando pequeñas faltas o acciones que han originado que todos lo desprecien y, por lo tanto, merezca ser castigado.

Para Garma, los sentimientos de culpa le impiden al paciente sacar esos reproches, de ahí que mientras mayores sean los ataques del mundo, mayores serán los auto-reproches que generarán más y más agresión reprimida; de ahí que surjan ideas de muerte, que el sujeto no puede exteriorizar y que finalmente surjan y condicionen el suicidio. Al hablar de la psicología de la melancolía, Garma señala: "El objeto libidinoso externo es desvalorizado; ésta actitud agresiva del sujeto ha sido merceda por su objeto, ya sea por la mala conducta de éste o bien por la transferencia sobre este objeto actual de las malas conductas de objetos libidinosos anteriores, principalmente objetos infantiles, ante todo la madre".

Garma señala que ante la incapacidad de hacer reproches a la madre por el temor de perderla, el sujeto prefiere hacérselos a sí mismo, reprimiendo y repitiendo su necesidad de creer bueno ese objeto anhelado que en última instancia ha condicionado su melancolía con su actitud agresiva o filicida.

Los autores revisados hasta el momento, señalan - que el propósito del auto-castigo, además de servir co- mo medida consiliatoria por parte del melancólico a su superyó, también lleva la intención de hostilizar y des- truir al objeto-madre internalizado, como un acto de - venganza por no haber sido querido. El sujeto melancó- lico ha percibido desde siempre esa hostilidad de la - que ha sido víctima; desde sus primeros momentos de vi- da se ha sabido no deseado, en su inconsciente se han- acumulado todas y cada una de las actitudes filicidas- de su madre, las que se iniciaron desde antes de que - él naciera.

No es nuestra intención el ahondar en el problema del aborto, sin embargo, sabemos por las investigacio- nes de Aray y otros autores citados en su libro, que - el niño percibe de alguna manera los abortos previos - a su nacimiento, así como los que se realizan durante- su existencia.

Esperamos que la revisión de los aspectos teóri - cos anteriormente tratados, nos permitirán en el si -- guiente capítulo enfocar el suicidio como resultado de la conducta filicida.

CAPITULO II

EL SUICIDIO

## C A P I T U L O   I I

En este segundo capítulo hacemos mención de algunos conceptos del suicidio, los mismos que acompañados por fragmentos de historias clínicas de pacientes con intento suicida, nos servirían para ejemplificar la variedad de motivaciones que acompañan a la conducta auto-destructiva y cuyo común denominador será - - siempre la de ser historias colmadas de frustraciones y agresiones a las que el paciente suicida fué sometido desde su más corta edad por sus figuras significativas.

El problema del suicidio fué ampliamente discutido en el círculo Freudiano por 1910, Alfred Adler pensaba que la motivación fundamental del suicida era la

de provocar dolor y pena en las personas que lo rodeaban, sin dejar de tomar en cuenta la agresión como -- factor constitucional; posteriormente Freud, en *Duelo y Melancolía*, interpreta el impulso de destrucción como ataque a una persona con la que el sujeto ha tenido una identificación temprana. Años después, Karl Meninger, en su obra "*El hombre contra sí mismo*" considera a todo acto hostil en contra del individuo, como manifestación del instinto de muerte, pues el acto -- suicida cumple tres funciones: primero, la de matarse; segundo, la de matar a otro y tercero el cumplimiento del deseo de morir.

Autores más contemporáneos han destacado el hecho de que la predisposición suicida está basada en -- ciertas características innatas a la personalidad, -- aunadas a ciertas experiencias traumáticas previas, -- en esta línea, Brhum, a través de una serie de investigaciones en Edimburgo, descubrió que la influencia de un hogar deshecho era una situación que influía -- significativamente en la conducta suicida. Por otra -- parte, Stengel supone que el auto-castigo desempeña -- un papel muy importante en la motivación del acto suicida. Los pacientes con actos suicidas, dice el autor -- tienen previamente a estos intensos sentimientos de --

culpa que los martirizan y que tratan de explicar a través del acto suicida.

Pasemos a revisar algunos puntos de la historia-clínica de dos pacientes en donde se observarán algunos de estos aspectos.

L.C.P. paciente del sexo femenino, de 29 años de edad, soltera, fué admitida en el H.E.C. el día 24 de enero del presente año, por presentar un cuadro difuso, cuyas características eran un gran montante de -- angustia producido por el miedo a morir, ideas suicidas y de "ya no poder seguir viviendo así"; miedo -- irracional a viajar en cualquier medio de transporte y a los elevadores; ideas de que no debe de comer por temor a que los alimentos esten descompuestos y la dañen; así como ansiedad y desorientación producidos -- por su ajuste homosexual.

La paciente es el producto único del matrimonio de sus padres; el padre de 57 años siempre trabajó en un almacén, es descrito por L. como un individuo rastroso, poca cosa, que no sirve para nada, siempre ha estado alejado de la paciente, dispuesto a complacer a la esposa, la madre de 51 años es calificada de prostituta, sumamente enérgica, dominante, alejada, rechaza

zante, morbosa en grado extremo, que siempre hablaba con leperadas, asociando todos los objetos con órganos genitales o actos sexuales. La paciente relata que en un principio fué alimentada por la madre, pero como ésta, padecía de la vesícula en ese tiempo, la niña se intoxicó con la leche. Desde entonces hasta los 21 años, la paciente presentó un cuadro diarréico cada vez que tomaba leche.

Describe el ambiente familiar y puéblerino en que vivía diciendo que todo y todos eran morbosos, recuerda que desde pequeña todos los adultos que conocía le mostraban los genitales, En un recuerdo muy difuso, que probablemente sea una fantasía, como lo anteriormente mencionado, refiere que en una ocasión el padre trato que ella le hiciera felacio.

La mayor parte de su infancia la paso internada en una escuela de monjas, en donde estableció una relación muy importante con una de ellas, sin embargo cuando la paciente contaba 8 años la monja fué transferida a otro convento.

A los 14 años presencié una relación sexual entre sus padres la que le provocó mucho asco, anteriormente ya había presenciado otras relaciones de su ma

dre con algún amante ocasional. Alguna vez el padre sorprendió a la madre de la paciente con el amante y todo lo que hizo fué ponerse a llorar en el regazo de la esposa, que lo consolaba y le pedía perdón, -- después ambos recriminaban a la paciente diciendole que ella era la culpable de todo. Este tipo de escenas eran frecuentes.

Observamos en la historia de L.C.P. como las -- actitudes agresivas y frustrantes de sus padres matizan toda su existencia, generando por una parte un gran montante de agresión como consecuencia de todo el mal trato que ha recibido y por otra parte, la gran culpa que provocan dichos sentimientos, aunados a las recriminaciones de los padres de los que ha sido objeto. Se observa también con claridad la imposibilidad de una buena identificación con su sexo, -- (ajuste homosexual) al introyectar la parte mala y castrante de la madre así como el padre castrado y peligroso.

M.E.E.M., paciente del sexo femenino de 35 años de edad, llegó al C.P.S. por encontrarse muy angustiada debido a las dificultades que ha tenido en sus empleos y que la han obligado a abandonarlos con fre

cuencia. No existen ideas suicidas, aunque en el año de 1967 tuvo un intento, tomando Fenobarbital, debido a que iba a ser madre y el padre de su hijo, la había abandonado; a los 2 meses de ese suceso la paciente abortó, hecho que le produjo mucha tristeza e intensos sentimientos de culpa durante algún tiempo. La paciente refiere ser la primogenita del matrimonio de sus padres, habiendo nacido cuando el padre contaba 40 años y la madre 20, el embarazo y parto fueron difíciles pues la madre tenía una Afección Cardíaca Congénita que provocó su muerte a los 45 años, después de largas postraciones en relación con estos hechos - la paciente refiere que la enfermedad de su madre le causaba una gran pena y muchas angustias, por tener que estar cuidando siempre a sus hermanos y por estar oyendo constantemente de boca de su madre que se iba a morir y que la iba a dejar sola. También refiere -- que su madre no la quería porque se parecía mucho a su padre, la relación entre los padres estaba dominada por constantes pleitos, lo que provocó en la paciente mucho miedo hacia ellos. A la edad de 8 años, en las noches, pensaba escaparse de su hogar para vengarse de los malos tratos que recibía por parte de -- los padres, pero el sentirse muy indefensa hacía que-

olvidara estas ideas.

A través de las entrevistas manifiesta sentirse culpable de no haber cuidado lo suficiente a su madre además de sentir rencor hacia ella por haberla maltratado y por preferir a sus hermanos.

En esta historia vuelven a aparecer las frustraciones a las que es objeto el paciente suicida así como los deseos de venganza de los que quiere hacer blanco a estas figuras significativas, y los consiguientes sentimientos de culpa que hay que apasiguar; pareciera ser que el sujeto suicida, en su necesidad de calmar los sentimientos de culpa provenientes del super-yó, que se ha formado por la introyección de sus figuras significativas intenta matarse, y matar, por medio de su acto, esas figuras que con su conducta han propiciado la auto-destrucción del paciente suicida.

Las ideas de Sullivan, Teicher, Fenichel y Zilboorg parecen estar totalmente de acuerdo con lo expresado (Ochoa:16). Consideramos interesante la siguiente cita (ídem: Ochoa: 22) "En Nigeria, Uganda y Kenia, El antropólogo Paul Bchannan relata que el suicidio se consideraba como resultado de la ira de los-

antepasados a quienes había que aplacar con sacrificios". Por otra parte, las cifras arrojadas por la investigación de 100 pacientes suicidas, nos confirman lo anterior, es decir, que el 10% de los pacientes tienen conflictos con la autoridad, estando ésta representada por padres excesivamente dominantes. Es así que al investigar los hechos que condicionan un acto-suicida, nos damos cuenta que los motivos expresados por el paciente son las causas precipitantes superficiales y que, al profundizar en su historia, encontramos que ésta es un constante reflejo del primer desengaño en la relación temprana, repetida en múltiples formas durante toda la vida.

Para Farberow, los factores dinámicos que condicionan un suicidio son la depresión acompañada de ansiedad, tensión y agitación, hostilidad y culpa. Los últimos se constituyen en impulsos motores que se dirigen contra el propio sujeto. Para el mismo autor, los actos autodestructivos tienen como característica especial la de ser una comunicación en algún sentido, ya sea la de pedir ayuda, ya sea la de recriminación; en última instancia, ambas actitudes son de reproche.

Revisemos ahora el caso de Adela en donde aparecen con claridad manifiesta los puntos señalados.

Adela ingresa al H.E.C. en enero de 1967 por intoxicación medicamentosa grave con intento de suicidio, siendo éste el último de siete intentos anteriores. De 27 años de edad, casada; presenta como síntomas principales, tristezas, coraje, deseos de venganza y sentimientos de soledad.

La paciente refiere ser producto del primer embarazo de su madre soltera, no deseada, con deseos de aborto por parte de la mamá y abandonada por el papá a los 40 días de nacida. Relata que cuando su madre contaba 15 años de edad, fué vendida con engaños y a la fuerza al padre de la paciente, habiendo sido violada por este hombre, motivos por los cuales, la madre nunca quiso ni ha querido a la paciente. La madre es descrita como una mujer mala, fría, enérgica, rechazante que la golpeaba y llenaba de reproches constantemente.

Cuando la paciente contaba dos años, la madre fue recogida por un hombre de cincuenta, a quien la paciente describe como un viejito bueno y cariñoso, y engañado por la madre de su antiguo novio, de quien -

tuvo un hijo. El "anciano" consideró como suyo a este niño hasta que en una ocasión por un pleito, la madre de la paciente le hizo saber la verdad, la consecuencia de éste suceso provocó honda pena en el señor, muriendo poco tiempo después. La madre ha tenido varios hombres con los que ha procreado 12 hijos; en relación con su padre, la paciente no lo quiere, inclusive casi lo odia, pues en una ocasión fue a buscarlo para conocerlo y pedirle ayuda, siendo rechazada por su progenitor.

Inicia su primaria a los seis años de edad, cursando hasta el 2o. año, fecha en que muere el señor que recoge a su madre. A los 8 años se escapa de su casa marchando sola a un internado que se encontraba en otro estado de la república, donde solicita ser admitida por ser huérfana; por esta época la paciente refiere sus juegos; cuando tenía como 5 ó 6 años, --- (decía en relación con su mamá:) "como no se muere esa señora; me gustaban mucho los muñecos, pero me gustaba también pegarles y a veces los rompía con odio; una vez maté a un gatito por venganza, pues arñó a mi prima".

En el convento fué más o menos feliz, pero le da

ba mucha rabia y envidia, que a las demás compañeras-las fueran a ver sus familiares llevandoles ropa y go losinas, por lo que la paciente les robaba la ropa -- interior entre otras cosas. Un día decidió hablar con la madre superiora y decirle que sí tenía familia, -- que por favor le avisara a su mamá para que fuera por ella, la madre no creyó que la paciente estuviera en un convento, pero al fin fue por ella para que se encargara de cuidar a sus medios hermanos.

En relación al padecimiento actual, la paciente- explica haber tenido su primer intento de suicidio -- por causas que no recuerda, dice solamente, que est ando trabajando en una fábrica tomó 15 ó 20 mejorales, - causandole solo trastornos gastricos y cefalea. A los 15 años de edad estando viviendo con una tía y con el fin de llamar la atención de la misma y de la madre, - simula estar enferma de la apéndice, siendo operada - en la Cruz Roja, a los pocos días de haber sido dada- de alta tiene otro intento. El tercero fue a raíz de- una dificultad que tuvo con el marido, después de haber salido de la cárcel ingirio hipnóticos para ven - garse del esposo quien en vez de ayudarla y proteger- la, fué el que declaro en su contra para que fuera en carcelada por motivo de haberse robado un anillo de -

casa de su cuñada, hurtado también por venganza, al mal trato que le daban; en relación con el último intento, la paciente refiere que trabaja como mesera y que un día antes de su internación al regresar de trabajar un hombre la llevó a su domicilio, el marido se dió cuenta reclamándole y golpeandola, por lo que con gran coraje y en forma vengativa ingirió 15 tabletas de Noctalyl para matarse. Posteriormente (dos meses) en un arranque de coraje por un pleito otra vez con el esposo vuelve a ingerir 10 tabletas de Largactil, siendo atendida en esta ocasión por un médico particular.

Con respecto a su vida sexual, la paciente inicia relaciones de noviazgo a la edad de 16 años con varios muchachos al mismo tiempo, siendo el penultimo un hombre maduro casado, que la quería mucho; estando de novia con él, conoció a su actual esposo, que sin ser novios la pidió a su tía para casarse con ella. La paciente contrae nupcias a los 17 años sin estar enamorada y sin querer a su marido, sentimiento que a la fecha ha perdurado. Al referirse a su esposo lo describe como hombre sucio, desobligado, déspota con quien se caso "por salir bien de su casa".

Inicia relaciones heterosexuales a los 17 años - sin sensación placentera con frecuencia de dos o tres veces por semana, durante 5 años con su marido el que en algunas ocasiones le da repulsión y asco, desde ha ce 3 años aproximadamente se dedica esporádicamente a la prostitución (cada quince días o cada mes) aducien do problemas económicos y familiares, actualmente tie ne un amante de 50 años al que dice querer y con el - cual desearía vivir.

A la fecha ha procreado tres hijos, una niña y - dos niños, uno murió recién nacido. Los sentimientos- que expresa en relación con sus hijos son los de tra- bajar para ganar mucho dinero y así poder estar des - pués todo el tiempo cerca de ellos cuidándolos y que- riéndolos mucho.

Sus relaciones interpersonales son fundamental - mente con hombres cuya compañía le agrada, sin que pa ra esto haya relaciones sexuales; con respecto a las- mujeres, no le gusta tener amigas pues considera no - poder confiar en ellas.

Podemos observar como la paciente ha formado su- personalidad de acuerdo con sus experiencias tempranas, las mismas que en forma compulsiva son repetidas

a través de toda su vida; la frustración y agresión - a la que es sometida desde antes de nacer, estructura rán su super-yó y la crueldad y el sadismo de éste, - estará en relación con el trato dado por la madre, es por eso que el motivo por el cual la paciente intenta suicidarse es siempre la venganza. La paciente busca por medio de su acto, destruir a la madre internalizada que tanto daño le hace y proyectar su culpa, creando dichos sentimientos en el medio que la rodea, así, la segunda vez que realiza el intento es aparentemente en busca de llamar la atención, sin embargo lo que hace por medio de su acto es proyectar su culpa y su agresión en la madre.

Observamos también que para la paciente, como no existe ninguna posibilidad de separar las experiencias buenas de las malas tendrá que idealizar a esa madre-frustrante puesto que es el único objeto con el que - cuenta primero para subsistir, y después para identificarse con ella; así, en la infancia, ante la incapacidad de expresar el odio que siente, se concreta en descargarlo, destruyendo a sus muñecos y matando al gatito, que simbolizan a la madre, con la que también esta identificada, por medio de estos y otros actos, - hecho que se demuestra años después al tener varios -

a través de toda su vida; la frustración y agresión - a la que es sometida desde antes de nacer, estructura rán su super-yó y la crueldad y el sadismo de éste, - estará en relación con el trato dado por la madre, es por eso que el motivo por el cual la paciente intenta suicidarse es siempre la venganza. La paciente busca por medio de su acto, destruir a la madre internaliza da que tanto daño le hace y proyectar su culpa, crean do dichos sentimientos en el medio que la rodea, así, la segunda vez que realiza el intento es aparentemente en busca de llamar la atención, sin embargo lo que hace por medio de su acto es proyectar su culpa y su-agresión en la madre.

Observamos también que para la paciente, como no existe ninguna posibilidad de separar las experiencias buenas de las malas tendrá que idealizar a esa madre-frustrante puesto que es el único objeto con el que - cuenta primero para subsistir, y después para identi ficarse con ella; así, en la infancia, ante la incapa cidad de expresar el odio que siente, se concreta en-descargarlo, destruyendo a sus muñecos y matando al - gatito, que simbolizan a la madre, con la que también esta identificada, por medio de estos y otros actos,- hecho que se demuestra años después al tener varios -

novios a un mismo tiempo, casándose con un hombre que la "compra" y dedicándose esporádicamente a la prostitución. Por otra parte, repite a través de toda su vida la única experiencia buena que tuvo en su niñez con aquel "viejito" de 50 años buscando en sus relaciones posteriores el amor que recibió por parte de este señor.

No ha sido nuestra intención la de hacer una interpretación psicoanalítica de la historia presentada, sino más bien la de correlacionar todos los sucesos traumáticos en toda la vida de este paciente suicida con los aspectos teóricos revisados hasta el momento y con otros, que a continuación pasaremos a analizar.

Veamos con mayor claridad cuándo surgen los sentimientos de culpa y porque se originan.

Si volvemos a lo expuesto en el primer capítulo, recordaremos, en relación a la posición esquizo-paranoide, que es en esta fase cuando se estructurará el super-yó que se manifiesta por los intensos sentimientos de culpa, originados por el deseo de morder el pecho de la madre, y que dicho super-yó está revestido por un intenso sadismo, que nutre los impulsos proyectivos y retaliativos del niño. Por otra parte, al ha-

blar Freud de la Melancolía enfatiza el aspecto cruel que reviste el super-yó y hace especial incapié en la relación que existe entre un super-yó extremadamente-severo y el trato que los padres dieron al infante.

Ahora bien, sabemos que en el yo no todo es - - consciente y que existen actos psíquicos de esta esfera tales como los sentimientos de culpa que, para - - Grimberg, por estar reprimidos afloran a la conciencia en múltiples manifestaciones entre las que estarían la irritabilidad, el mal humor, la apatía y depresión, trastornos psicósomáticos o bien, por una -- presión intrapsítica, que ocasiona un profundo malestar acompañado de sufrimiento constante asociado a -- una necesidad de castigo. Al referirse Franz Alexander a los sentimientos de culpa, los encuadra dentro de la categoría del miedo ya que su situación es la -- de inhibir las expresiones de los sentimientos hostiles. Transcribiremos, una cita de Grimberg, en este -- orden, que nos parece de suma importancia "en realidad los sentimientos de culpa dominan toda la vida -- instintiva: no sólo porque impiden la satisfacción de los instintos sino porque contribuyen al incremento -- del masoquismo". Cuando la autoridad de los padres -- queda internalizada se establece el punto de partida-

del superyo. Una de las actuaciones se llama conciencia moral. La agresión por la conciencia moral perpetúa y refuerza la agresión por la autoridad".

Consideramos que esta cita es congruente pues en el primer capítulo mencionamos la necesidad del yo de infringirse daño como sometimiento al superyó, ante la posibilidad de ser abandonado y perder todo el "amor" que sus objetos le han dado; pero esta conducta de sometimiento de auto castigos va generando, como lo señala Grimberg, un intenso sadismo por parte del superyó que origina en el sujeto la necesidad compulsiva de autocastigo, ya sea para calmar la severidad de esa instancia o, en su defecto, para asesinarla y acallar para siempre sus reproches como en el caso del suicida.

Tal vez lo expresado hasta ahora necesite ser explicado con mayor claridad y para ello utilizaremos por una parte un fragmento de la historia clínica de otros pacientes, y los conceptos de Grimberg en relación a la culpa persecutoria. Para el autor la culpa persecutoria esta caracterizada por el hecho de que el tiempo esta regido por el inconsciente, donde el presente y el pasado no existen; recordemos a Abraham

y Garma para quienes la verdadera razón de los reproches de melancólicos hacia sus objetos externos es la manifestación de auto-reproches que, en última instancia, son quejas hacia sus objetos internalizados. En esta culpa persecutoria, las emociones que intervienen fundamentalmente son el resentimiento, el dolor, la depresión, el temor y los auto-reproches; los casos extremos de culpa persecutoria serían los condicionantes de la esquizofrenia y la melancolía caracterizada por un yo excesivamente masoquismo por parte del yo y, al referirse al superyó, lo relaciona con un intenso sadismo provocador de intensas actitudes auto-punitivas. Es así que el melancólico en su búsqueda de auto-castigo llega a provocarse un daño intenso, pudiendo fluctuar este, desde reproches sin importancia pasando por las mutilaciones hasta el suicidio mismo.

A continuación aparece la descripción de dos intentos suicidas que podrían ejemplificar hasta que punto la búsqueda inconsciente de auto-castigo lleva al melancólico a provocarse mutilaciones que terminan en su auto-destrucción. El primer caso es de un paciente que en su tercer intento y a raíz de una crisis de depresión y coraje por una pérdida amorosa se-

encierra en su recámara disecándose las venas safena-externa de ambos pies y venas del dorso de las manos- en el transcurso de tres o cuatro horas, sin anestesia; una vez que estaban disecadas y referidas por hi los, ingirió aproximadamente 20 ecuaniles y una vez - que empezó a sentirse semnolienta se metió en la cama y entre las sábanas trato de seguirse seccionando las venas no lograndolo completamente sino más bien solo- fueron puncionadas, sangrando poco; para entonces ha- bía perdido el conocimiento, siendo encontrada y tra da al hospital en donde permaneció en estado de grave- dad durante nueve horas.

En las primeras entrevistas cuando hace referen- cia a los primeros intentos de suicidio, lo hace en - una forma afirmativa, de enojo y coraje, admitiendo - que conscientemente no deseaba matarse sino solo mo- lestarse así misma y a los demás; ser el centro de -- preocupación y atención dado que ella era muy egoísta y no le importaba nada ni nadie; sus fantasías respec- to a la muerte, eran que esta era como un descansar,- como regresar al claustro materno. Por eso cuando era niña cada vez que la hacian enojar ella quería morir- quedandose dormida con esta idea. Ultimamente envidia ba a los que morían haciendolo saber a sus compañeros

de trabajo "me gustaría ocupar el lugar de él, él ya dejó de sufrir". En la última entrevista mencionó que deseaba morir.

El segundo caso se trata de un paciente adulto - quien refiere que su padre murió cuando él contaba 17 años de edad. Considera a su padre como un hombre malo, alcohólico, enérgico y grosero que se burlaba y lo golpeaba constantemente; de la madre dice que es una mujer dominante, poco cariñosa, muy enérgica que a la fecha (37 años) lo regaña constantemente. El hecho de que todo mundo se burle de él y nadie lo tomé en cuenta le ha provocado desde hace dos años aproximadamente sentimientos de soledad y de tristeza. El año pasado fué a ver al doctor a consecuencia de un dolor muy fuerte en la espalda, al regresar a su casa y tratarde comunicar lo que le pasaba, nadie le hizo caso, entonces se sintió desesperado, subió a la azotea y se arrojó de una altura aproximada de 4 mts.; al oír el ruido su madre y hermanos fueron a atenderlo llevando lo a su recámara y dejándolo solo, a los pocos minutos se levantó, salió del cuarto y cogiendo una hacha que utilizan para cortar leña, se cortó la mano izquierda, dándose varios golpes que provocaron heridas y fracturas, teniendosele que amputar, el dedo pulgar

de la misma mano izquierda.

Esperamos que la presentación del material clínico haya servido para ilustrar los aspectos expresados por Grimberg en relación a la melancolía y a la culpa persecutoria; las ideas de Fenichel en relación con estos puntos nos parecen esenciales. Para el autor, el yo, en su búsqueda de aminorar los reproches superyoicos, se somete incondicionalmente al superyó buscando el perdón. Este, a consecuencia de un enorme sadismo desordenado, pierde la capacidad de perdonar obligando al yo al aniquilamiento total, buscando este yo en su acto el revertir ese sadismo hacia sí mismo y asesinar a los objetos originales que han formado su personalidad.

La presión excesiva a la que se vé sometido el yo por la actitud punitiva del superyó, hace que se pierda la auto-estima habiendo escasa posibilidad de recuperarla. "El yo se ve desamparado por su superyó y se deja morir" (Fenichel:450). En la medida que no hay protección del superyó, no hay estima, ni calor, ni amor, ni deseos de vivir.

La siguiente cita revela el paralelismo entre -- las ideas de Fenichel y los autores mencionados: "En-

ciertas circunstancias la necesidad narcisística y -- los conflictos que giran al rededor de la introyección en una persona que está de duelo serán más intensos -- que lo usual. Este será el caso si: a) el objeto perdido no ha sido amado en un nivel maduro, sino utilizado como un proveedor de suministros narcisísticos; -- b) si la previa relación con el objeto ha sido ambivalente; c) si la persona tenía una fijación oral y tuvo vehementes deseos inconscientes (sexualizados) de comer. La depresión es un intento desesperado de obligar a un objeto incorporado oralmente a conceder perdón, protección, amor y seguridad" (Fenichel: 445-446).

Otro punto esencial tocado por Grimberg, es el -- referente a la proyección de la culpa persecutoria -- que encontramos en algunos intentos suicidas, cuya motivación es la de provocar sentimientos de culpa a -- las personas allegadas y crear, de esta manera lazos -- más fuertes con ellas; o bien conseguir un fin determinado. A través de las entrevistas clínicas con pacientes con intento, hemos podido percatarnos de que -- la manipulación se manifiesta en hechos tales como -- impedir el abandono de la esposa, obligar al matrimonio, hacer que los padres le compren un coche o le -- pongan un departamento.

Todos estos actos manipulatorios encierran una agresión que expresa la responsabilidad de las figuras significativas causantes de tal conducta, en la que el paciente se venga creando intensos sentimientos de culpa.

Finalmente la ambivalencia característica de los estados melancólicos, nos parece importante analizarla con detenimiento dado que, como hemos señalado es una causa más que explicaría el acto suicida desde el enfoque que nosotros pretendimos darle.

Para Abraham las depresiones se caracterizan por un estado regresivo a una etapa pre-genital plasmada por la ambivalencia en relación con el objeto; esta ambivalencia va a dominar toda la vida del sujeto melancólico, el que a pesar de percibir la relación establecida como inconveniente, se esfuerza por mantenerla ya que por la compulsión a la repetición no ha podido aprender a madurar, atacando de la misma forma ambivalente como lo hizo en la relación con las figuras significativas; sin embargo, según Grimberg, el melancólico desea convertirse en un individuo normal capaz de poder amar; esto no lo puede conseguir debido a que los reproches no son dirigidos a las verdades

ras figuras que han condicionado su enfermedad. De -- aquí la necesidad compulsiva de volcar su agresión ha cia sí mismo y matarse ante el temor de perder el amor de esas figuras, las que, en última instancia, nunca se lo dieron. Cuanto más enferma esté una persona, -- tendrá mayor facilidad de encontrar situaciones frus- trantes y traumáticas repetidas del desengaño origi- nal producido por la figura del padre o de la madre, - el depresivo endógeno resulta así, un sujeto con una- relación de objeto tan inestable y ambivalente que pa- ra él la más ligera frustración es un estímulo patóge- no (Bellak y Small: 142).

Como corolario a todo lo anteriormente expuesto- y con el propósito de llegar a una conclusión final - transcribimos la siguiente cita: "El suicidio consti- tuye en sí mismo un cuadro regresivo de naturaleza -- psicótica. Los pacientes melancólicos o esquizofréni- cos recurren al suicidio como única salida frente a la implacable persecución de la culpa persecutoria, es - grimida contra ellos por crueles imágenes internas -- superyoicas y terroríficas. Una de las fantasías in - conscientes de estos pacientes reside en que el acto- suicida se orienta a la agresión contra los persegui-

dores ubicados en el cuerpo o en la mente y, a través de este recurso, se pueden librar de ellos. La muerte es vivida entonces como una verdadera liberación, o como una burla a esos perseguidores. Intervienen en esta fantasía mecanismos mágicos de omnipotencia por la creencia de que de este modo aniquilan a los objetos perseguidores; además, participan sentimientos maníacos basados en la negación de la propia muerte" -- (Grimberg:96).

A través del material realizado por nosotros, -- tanto en el primer capítulo como en este segundo y -- último, consideramos que hemos ido encontrando paulatinamente los puntos de apoyo a nuestra hipótesis. -- Ahora quisiéramos, a manera de resumen, señalar nuevamente los puntos esenciales. En un principio y con el fin de buscar el punto de vista genético del filicidio, enunciamos algunas de las manifestaciones de tal fenómeno, cuya causa provenía desde las fantasías preconceptionales ambivalentes de la madre, o sea de las fantasías de amor-odio que surgen en los padres antes del nacimiento del hijo; tratamos de ejemplificarlos y continuamos con los conceptos de Rapaport y de Melanie Klein en relación a los aspectos que intervienen en la formación de la personalidad, con la in-

tención de darle mayor consistencia a los fundamentos teóricos del filicidio.

Toda la primera parte la constituyeron puntos de vista teóricos en donde pudimos observar las consecuencias fatales para el desarrollo de la personalidad del hijo, si la relación con su primer objeto-madre era negativa; con este fundamento, continuamos en el segundo capítulo, y ayudados por fragmentos de historias clínicas de pacientes con intento suicida y la revisión de los conceptos sobre depresión, culpa persecutoria y melancolía tratamos de llegar al punto esencial de nuestro trabajo; es así que a través de toda la labor realizada tanto en lo que se refiere a la revisión teórica, como la que comprende nuestra experiencia en el trato con pacientes que han tenido intentos de suicidio, podemos estar completamente de acuerdo con Feder cuando señala: "Si el niño no ha sido bien deseado equivalente a bien recibido- su primer objeto - madre, que es igual a vida, a realidad externa; y si este objeto ha sido hostil, al incorporar ese objeto malo, se idealiza convirtiendolo en bueno, al no encontrarlo, se despierta la regresión y al no poder aplacar al objeto internalizado, persecutorio, la regresión es máxima y masiva, de allí que el objeto -

idealizado se busque en la total desconexión de la realidad externa por medio del suicidio".

Esperamos haber cumplido el objetivo, suficientemente claro que el suicidio es un estado regresivo de naturaleza psicótica que puede ser observado como el resultado de la conducta filicida, cuyos orígenes son las fantasías preconsecpcionales ambivalentes de los padres.

Estamos conscientes que nuestra labor posiblemente no cumpla los requisitos que hubieramos deseado, sin embargo ha hecho posible que surjan en nosotros interrogantes que deseamos ayudar a resolver:

En qué medida podemos evitar la conducta suicida y su reincidencia; cómo podemos capacitarnos para enfrentar una crisis suicida; Cuáles son los componentes que debemos tomar en cuenta para realizar una tabla de valoración del riesgo suicida que vaya de acuerdo con el tipo de características de nuestra población, son cuestiones todas urgentes que debemos enfrentar y que indudablemente son temas para trabajos posteriores.

Con relación al Filicidio mencionamos al principio algunas de sus manifestaciones sabiendo que tal -

fenómeno tiene otras también muy importantes que merecen toda nuestra atención; necesitamos trabajos de investigación sobre el aborto; sobre la drogadicción; sobre las madres solteras y la repercusión de este hecho en la conducta futura del hijo; más instrumentos que nos ayuden a explicarnos qué sucede con la juventud de nuestros días.

Podríamos hacer una lista interminable de temas en relación con el suicidio y al filicidio que nos parecen importantísimos. Ojalá y nuestro modesto esfuerzo sirva para motivar la investigación de alguno de estos puntos, de tal manera que tales fenómenos puedan ser mayormente explicados y dejen de ser la amenaza que cada día nos aqueja tanto.

## B I B L I O G R A F I A .

- 1.- Bleuler, E.- cap. VII. Tratado de Psiquiatría.
- 2.- Bellaçk y Small.- Psicoterapia breve y de emergencia, Editorial Pax-México México 1969.
- 3.- D. Lewin M.D.B.- Psicoanálisis de la Exaltación, Editorial Nova Buenos Aires, 1953.
- 4.- Feder, Luis. Violencia: La Cosecha del Filicidio, México, 1969.
- 5.- Feder, Luis. Madre-Hijo, su encuentro y reencontró en torno a la Hipoga-

lactia síndrome de tres traumas básicos, Cuadernos de Psicoanálisis, Vol. lll México - 1967.

- 6.- Freud, S. Duelo y Melancolía, Ob. comp.- Vol. 1 Madrid 1948.
- 7.- Fenichel O.- Teoría Psicoanalítica de las neurosis, Buenos Aires 1968.
- 8.- Garma, A. Sadismo y Masoquismo en la Conducta Humana. Biblioteca de Psicoanálisis, Argentina 1962.
- 9.- Garma, A.- Investigaciones Psicoanalíticas de la Melancolía y Estados Afines. Revista de Psicoanálisis Vol. lll. Argentina 1946.
- 10.- Grimberg, L. Culpa y Depresión. Estudio Psicoanalítico. Buenos Aires 1963.
- 11.- Guerrero Ochoa C.- Investigación Psicológica - en 100 pacientes con intento

de suicidio. Trabajo inédito  
1967.

12.- Noyes P.- Psiquiatría Clínica Moderna.- La -  
Prensa Médica Mexicana, ter-  
cera edición 1966.

13.- Rado, S.- Psicoanálisis de la Conducta. Edi -  
ciones Hormé. Buenos Aires -  
1962.

14.- Segal, H.- Introducción a la Obra de Melanie  
Klein. Editorial Paidós. --  
Buenos Aires 1965.

15.- Shneidman E.S. y Ferberow.- Necesito Ayuda.-  
La Prensa Médica Mexicana.-  
México 1969.

16.- Stengel, E.- Psicología del Suicidio y los -  
Intentos Suicidas. Buenos -  
Aires, 1965.

17.- Pöldinger, W.- La Tendencia al Suicidio. Es-  
tudio Médico-Psicológico y-

Médico-Sociológico. Edicio -  
nes Morata 1970.

18.- Hill. M. Rapaport O. Aportaciones a la Teoría  
y Técnica Psicoanalítica. --  
Edit. Pax México, 1962.

19.- Aray J.- Aborto Estudio Psicoanalítico Edit.-  
Hormé, S.A. Buenos Aires.