

01962

24

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



ANÁLISIS DE LAS CONDUCTAS SUICIDAS INFANTILES
DESDE LA TEORÍA PSICOANALÍTICA DE MELANIE KLEIN.
EL CASO DE UN NIÑO DE SIETE AÑOS.

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

MAESTRA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

NORMA LETICIA SICILIA ZAMUDIO

290037

DIRECTOR DE TESIS: DRA. PATRICIA CORRES AYALA

COMITÉ REVISOR:
MTRA. JACQUELINE FORTES B.
DRA. MARCIA MORALES FIGUEROLA
DRA. LUISA ROSSI HERNÁNDEZ
DRA. ROSA KORBMAN CHJETAITE



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

AGRADECIMIENTOS

La satisfacción del deber cumplido se alcanza por múltiples razones y bajo diversas circunstancias, pero, sobre todo, se logra gracias al apoyo de los que nos rodean.

Hace más de diez años, el Dr. Pablo Cuevas y el Dr. Marco A. Corona permitieron que yo obtuviera el diploma de psicoterapeuta de niños y adolescentes, bajo la promesa de concluir el grado de maestría. Hoy, les agradezco su confianza.

Muchos años antes, mis padres sembraron en mí la tenacidad necesaria para lograrlo. También, desde entonces, he contado con el cariño y el apoyo de mi hermana Marcela.

El aliento siempre firme y decidido de mi gran maestro, el Dr. Marcelo Salles, y de mis amigas Janet Shein, Liz Chacalo, Araceli Franco y Claudia Albarrán fue un estímulo invaluable para la realización de este proyecto. A Claudia le debo, además, la corrección de estilo.

Sin la entrega y la cálida atención de Celia González este trabajo no hubiera sido posible.

Agradezco el interés y la cuidadosa dirección de la Dra. Patricia Corres Ayala, y a Marité Albarrán por conducirme hasta ella. Las ideas y los consejos afectuosos de Tania Estrada me motivaron para continuar con este paso de mi formación profesional; sus comentarios fueron un aporte valioso al capítulo de metodología. Aprecio el apoyo de Rosi Stern en la recopilación de las investigaciones mexicanas.

A la Mtra. Jacqueline Fortes, a la Dra. Marcia Morales, a la Dra. Luisa Rossi y a la Dra. Rosita Shein les agradezco el reconocimiento y el respeto que me brindaron.

Mi mayor gratitud es para Iván, mi pequeño paciente, con quien tuve la oportunidad de formar esta pareja analítica de insospechada magnitud; a sus padres, por confiarme una tarea tan delicada; y a la directora de su colegio, amiga entrañable y excelente psicopedagoga, por su apoyo siempre incondicional.

ÍNDICE

	Página.
RESUMEN	6
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO I. Conductas Suicidas Infantiles: Estudios Antecedentes	12
A) Investigaciones Epidemiológicas	12
B) Aproximaciones Teórico-Clinicas	22
C) Abordajes Psicoanalíticos	27
D) Investigaciones Mexicanas	33
E) Justificación del Estudio	44
CAPÍTULO II. El Suicidio en la obra de Sigmund Freud	47
A) Superyó y sentimiento de culpa.	56
CAPÍTULO III. Melanie Klein y la Teoría Psicoanalítica	75
A) Concepción Kleiniana del Suicidio	76
B) La teoría del desarrollo temprano de Melanie Klein: <i>Posición Esquizo-Paranoide y Posición Depresiva.</i>	78
C) Psicopatología de las <i>Posiciones Esquizo-Paranoide y Depresiva.</i> Psicogénesis de las Conductas Suicidas.	85
D) El Concepto Kleiniano de <i>Posición</i> y la Interacción Dinámica entre las <i>Posiciones Esquizo-Paranoide y Depresiva.</i>	93
CAPÍTULO IV. Metodología	96
A) Planteamiento del Problema	96
B) Tipo de Investigación	97
C) El Sujeto	100
D) Instrumentos	101
a) Entrevista	101
b) Batería de Pruebas Psicológicas	102
c) Historia Clínica	103
d) Reporte Psicoterapéutico	104

CAPÍTULO V.	El Psicodiagnóstico: Historia Clínica	105
	A) Parte Descriptiva	105
	* Identificación	105
	* Motivo de Consulta	106
	* Circunstancias de la Consulta	107
	* Descripción de los Padres	108
	* Historia del Problema Actual	109
	* Historia del Desarrollo	111
	* Historia Familiar	113
	B) Parte Interpretativa	119
	* Examen Mental	119
	Resultados de las Pruebas Psicológicas	122
	* Clave Psicodinámica	127
	* Diagnóstico y Pronóstico	132
	* Estrategia de Tratamiento	132
	* Recomendaciones	133
CAPÍTULO VI.	Reporte Psicoterapéutico	134
	A) El Encuadre	135
	B) Momento Inicial: Predominio de la <i>Posición Esquizo-Paranoide</i> .	136
	C) Final del Primer Año: Acceso a la <i>Posición Depresiva</i> y Regresión a la <i>Posición Esquizo-Paranoide</i> .	144
	D) Segundo y Tercer Años: Fluctuación entre las <i>Posiciones Esquizo-Paranoide</i> y <i>Depresiva</i> .	154
	E) Final del Cuarto Año e Inicio del Quinto: Predominio de la <i>Posición Depresiva</i> con Fijaciones en la <i>Posición Esquizo-Paranoide</i> .	167
CAPÍTULO VII.	Discusión y Conclusiones	185
	A) Discusión de los Resultados de acuerdo con los Estudios Antecedentes.	186
	B) Discusión de los Resultados de acuerdo con el Marco Teórico.	191
	C) Conclusiones.	207
BIBLIOGRAFÍA		211

**ANÁLISIS DE LAS CONDUCTAS SUICIDAS INFANTILES
DESDE LA TEORÍA PSICOANALÍTICA DE MELANIE KLEIN.
EL CASO DE UN NIÑO DE SIETE AÑOS.**

RESUMEN

El estudio de las conductas suicidas infantiles en nuestro país es muy limitado. Investigadores de diversas instituciones giran su atención hacia el estudio del suicidio durante la adolescencia. Todos los reportes encontrados se refieren a estudios epidemiológicos. En otros países las investigaciones epidemiológicas son abundantes y coinciden en la necesidad de comprender e identificar tempranamente a los niños con ideas e intentos suicidas para implementar tratamientos y estrategias preventivas. Aproximaciones distintas a las epidemiológicas son realmente escasas. Se ha teorizado sobre la patogenia del suicida juvenil en relación con la representación mental de la vida y la muerte; en relación a la dinámica de la personalidad; y en relación a los procesos familiares. La literatura psicoanalítica sobre el tema del suicidio infantil es muy limitada. Los reportes de casos suicidas en niños desde el psicoanálisis son muy escasos. Aquellos de los que disponemos están sustentados desde la teoría y técnica de M. Klein. Sin embargo, no se estudian los conceptos de *posición esquizo-paranoide* y *posición depresiva*; conceptos fundamentales de la teoría kleiniana.

De acuerdo con la teoría del desarrollo temprano de M. Klein, el presente trabajo estudia las características propias de la *posición esquizo-paranoide* y de la *posición depresiva* tal y como se reflejan en las conductas suicidas infantiles. Se desarrolla la aproximación teórica kleiniana sobre el funcionamiento de las *posiciones esquizo-paranoide* y *depresiva*. Asimismo, se describe la psicopatología de las *posiciones esquizo-paranoide* y *depresiva* relevante al tema, en particular lo referente a las conductas suicidas. Se pretende rescatar la característica fundamental del concepto kleiniano de *posición*, como un estado fluctuante que puede ser permanente o momentáneo; lo cual diferencia la *posición* del concepto clásico psicoanalítico y psicológico de etapa de desarrollo, como concepto cronológico.

En el presente trabajo se estudia cómo la psicoterapia psicoanalítica, coadyuva a la evolución del funcionamiento mental de un niño con problemática suicida, desde la *posición esquizo-paranoide* hasta la *posición depresiva*, y cómo dicho funcionamiento se da en un oscilar entre ambas *posiciones*, a pesar del predominio de una u otra.

Para ello se presenta el "*Estudio de un Caso Clínico*" de un niño de siete años y tres meses de edad, entre cuya florida sintomatología ha presentado deseos y amenazas suicidas y ha cometido dos intentos de suicidio; también ha presentado conductas destructivas y antisociales como rasgos inherentes a su comportamiento.

Por la importancia del diagnóstico psicodinámico desde una visión holística de los fenómenos clínicos, la presentación del caso incluye la valoración a través de un estudio psicológico completo. Además, se presenta el material clínico recabado durante cuatro años de tratamiento psicoanalítico, seleccionando aquel que permite conceptualizar el funcionamiento propio de las *posiciones esquizo-paranoide* y *depresiva*, tal y como se reflejan en la sintomatología, en la historia de desarrollo, en la historia familiar, en la transferencia, en el juego y en el dibujo.

Los resultados del trabajo terapéutico se reportan de acuerdo con cuatro etapas del proceso: a) momento inicial, b) final del primer año, c) segundo y tercer años, y d) final del cuarto año e inicio del quinto; que corresponden, en la transferencia, a: a) predominio de la *posición esquizo-paranoide*, b) acceso a la *posición depresiva* y regresión a la *posición esquizo-paranoide*, c) fluctuación entre ambas *posiciones*, y d) predominio de la *posición depresiva* con fijaciones en la *posición esquizo-paranoide*. El sujeto presentó una clara evolución psíquica, la cual se observa en: a) el desarrollo de la libido y de la pulsión de muerte, b) los mecanismos de defensa que se erigen ante los derivados pulsionales; c) el desarrollo del yo y del superyó; y d) las relaciones de objeto parcial y total.

La psicopatología del sujeto se explica desde el concepto de *posición* y sólo desde ahí se comprende el planteamiento kleiniano de que las conductas suicidas se presentan como manifestaciones de una mezcla de tendencias propias de la paranoia y de la melancolía. Por ello, hemos adoptado como formulación diagnóstica el *Predominio Psicótico de la Personalidad* de W. Bion (1957).

Se concluye que el abordaje terapéutico a la luz de la teoría psicoanalítica de M. Klein comprobó su eficacia en el caso de este niño con problemática suicida. La riqueza del presente trabajo nos plantea nuevas inquietudes y líneas de estudio para futuras investigaciones.

INTRODUCCIÓN

Investigar el tema del suicidio infantil es tarea compleja y delicada. Su importancia es indiscutible, pues constituye un problema cuya comprensión y cabal conocimiento son imperativos con el fin de implementar estrategias preventivas y abordajes terapéuticos adecuados.

Veinte años de experiencia de trabajo clínico con niños, han permitido constatar lo que diversos investigadores (Asarnow et.al., 1987; Carlson, 1983; Shaffer, 1974; en: Kashani et.al., 1989) han encontrado con respecto a que la presencia de conductas suicidas infantiles es un fenómeno poco frecuente. Sin embargo, cuando se presenta es, quizá, el problema clínico de mayor impacto. Planear una estrategia de evaluación y de intervención terapéutica tiene implicaciones no sólo teóricas y técnicas, sino también involucra factores éticos de insospechada magnitud.

El tema del suicidio infantil ha sido ampliamente estudiado desde diversas perspectivas. Las investigaciones epidemiológicas son abundantes (Clark, 1993; Hoberman et.al., 1988; Jacobsen et.al.,1994; Kashani et.al.,1989; Pfeffer et.al.,1988, 1992; Toolan, 1962; Velez et.al., 1988; Walker et.al., 1990). Las aproximaciones teóricas (Ackerley, 1967; Ajuriaguerra, 1976; Furman, 1984; Levobici, S. et.al. 1972; Schetcher, 1957) son pocas, al igual que los abordajes clínicos (Ajuriaguerra, 1976; Orbach, 1988). Específicamente los reportes psicoanalíticos (Milner, 1944; Samy, 1998) son muy escasos.

El estudio de las conductas suicidas infantiles en nuestro país es muy limitado. Investigadores de diversas instituciones giran su atención hacia el estudio del suicidio durante la adolescencia, quizá por su mayor frecuencia en ese rango de edades (Villatoro, J. et.al. 1998; Villarreal, R. et.al. 1998; Villatoro J. et.al. 1997; Solano, C. et.al. 1996; González Forteza, C. et.al. 1995a; González Forteza, C. et.al. 1995b; Sánchez, O. et.al. 1994; Medina Mora, M.E. et.al. 1994; Terroba, G. et.al. 1986).

A pesar de su escasa frecuencia, diversos investigadores en nuestro país coinciden en que se ha observado un incremento de las conductas suicidas de niños y adolescentes en los últimos años (Platas, C. et.al. 1998; Muñoz, S. 1997; Borges, G. et.al. 1996; Saucedo, J.M. et.al. 1997; Martínez Lanz, P. et.al. 1985).

Todas estas investigaciones mexicanas son estudios epidemiológicos que, en su mayoría, pretenden estimar las tasas de incidencia de los suicidios consumados, de los intentos de suicidio o bien de la ideación suicida, estudiando las características socio-demográficas, psicosociales y familiares de los sujetos. Asimismo, abordan la relación de las conductas suicidas en niños y adolescentes con los diagnósticos psiquiátricos. En nuestro país no se ha abordado el tema desde la teoría psicoanalítica.

En el presente trabajo se analiza el caso clínico de un niño con conductas suicidas, a la luz del psicoanálisis, dado que la teoría y la técnica psicoanalítica brindan la posibilidad de contar con un marco de referencia que le da consistencia y utilidad clínica al proceso de evaluación y de intervención terapéutica. Con base en la concepción holística de los fenómenos clínicos, se busca ampliar el marco de referencia más allá de la sintomatología, por lo que se privilegia el diagnóstico psicodinámico para lograr una amplia y profunda comprensión de las conductas suicidas infantiles, intentando indagar y establecer las causas.

La teoría del desarrollo temprano de Melanie Klein (1930, 1932, 1937, 1946, 1948, 1952) ha probado una utilidad clínica inestimable para lograr una comprensión profunda de las conductas suicidas infantiles. Específicamente, los conceptos kleinianos de *posición esquizo-paranoide* y *posición depresiva* que implican: a) el desarrollo de la libido y de la pulsión de muerte; b) sus derivados correspondientes de amor, tendencia a la integración y al crecimiento por un lado, y agresión, fantasías de muerte y aniquilamiento, envidia y ansiedad por el otro; c) los mecanismos

de defensa predominantes que se erigen ante esos derivados; d) el desarrollo del yo y del superyó; y e) las relaciones de objeto parcial y total; son conceptos que permiten una aproximación teórico-técnica sobre las conductas suicidas infantiles.

El concepto de *posición* implica, en sí mismo, una fluctuación. El desarrollo ocurre por el devenir de estados de integración y desintegración, que pueden ser más o menos duraderos, permanentes, o bien, pueden ser temporales, momentáneos. Se presenta una interacción dinámica entre las *posiciones esquizo-paranoide y depresiva* por los mecanismos de regresión a puntos de fijación y de progresión a puntos de crecimiento, a pesar del predominio de uno u otro estado de funcionamiento. El material clínico de un paciente con problemática suicida brinda la oportunidad de observar, de manera inequívoca, este oscilamiento entre las *posiciones esquizo-paranoide y depresiva*.

El presente trabajo pretende estudiar cómo la psicoterapia psicoanalítica coadyuva a la evolución del funcionamiento mental de un niño con problemática suicida. Para ello, se presenta el material clínico recabado durante cuatro años de tratamiento psicoanalítico. El material se organiza seleccionando aquellas sesiones que ilustran, en la transferencia, el funcionamiento propio de la *posición esquizo-paranoide*, el acceso a la *posición depresiva*, la regresión a la *posición esquizo-paranoide*, y el oscilar entre ambas *posiciones*.

En el Capítulo I de este trabajo se reportan los estudios antecedentes sobre el tema del suicidio infantil, incluyendo tanto las investigaciones realizadas en México como en otros países.

En los Capítulos II y III se desarrolla el marco teórico. Cualquier intento de estudiar las conductas suicidas infantiles a la luz del psicoanálisis debe basarse en las invaluable aportaciones de Sigmund Freud, por lo que el segundo capítulo del presente trabajo está constituido por los desarrollos teórico-clínicos del autor acerca del suicidio (Freud, 1901, 1910, 1913[1912-13], 1917[1915], 1920, 1923, 1924, 1940[1938]). La importancia del desarrollo del superyó y del sentimiento de culpa en la problemática suicida nos remite a una serie de trabajos de Freud, cuya revisión se incluye en este segundo capítulo (1914, 1915, 1917[1915], 1921, 1923, 1926[1925], 1930[1929]).

En el tercer capítulo se sintetiza la teoría del desarrollo temprano de Melanie Klein, con base en los conceptos de *posición esquizo-paranoide* y *posición depresiva*; se describe la psicopatología de las *posiciones* de acuerdo con distintas obras de la autora (1935, 1940, 1946, 1957, 1960), específicamente su estudio referente a las conductas suicidas (1922, 1927, 1934, 1935, 1963). Dicho capítulo incluye los desarrollos acerca del fenómeno dinámico inherente al concepto de *posición* (Klein, 1932, 1935, 1946, 1952; Bion, 1962, 1966; Grinberg et.al., 1973; Young, 1996).

En el Capítulo IV se describe la metodología que se ha seguido en el presente trabajo para estudiar las conductas suicidas infantiles. En este capítulo se plantea el tipo de investigación de un “Estudio de un Caso Clínico”, siguiendo los lineamientos del psicodiagnóstico infantil y de la psicoterapia psicoanalítica desde la teoría y técnica de Melanie Klein. Desde ahí se considera necesario aclarar el proceso psicopatológico subyacente a la sintomatología, para poder incidir sobre el mundo interno del sujeto; es decir, que habremos de trabajar con las motivaciones inconscientes fundamentalmente a través del juego.

El capítulo incluye la descripción del sujeto: un niño de siete años y tres meses de edad, entre cuya florida sintomatología ha presentado deseos y amenazas suicidas y ha cometido dos intentos de suicidio; también ha presentado conductas destructivas y antisociales como rasgos inherentes a su comportamiento. Asimismo, se describen los instrumentos utilizados en la presente investigación, siguiendo el método clínico de indagación (Piaget, J. 1933). A saber: a) Entrevista, b) Batería de Pruebas Psicológicas, c) Historia Clínica, y d) Reporte Psicoterapéutico.

En los Capítulos V y VI se presenta el caso clínico. El quinto incluye el psicodiagnóstico efectuado a través de un estudio psicológico completo. El sexto describe el proceso psicoterapéutico. El material se reporta en tres modalidades fundamentales: i) se describen datos de la conducta, verbalizaciones, actitudes y producciones del niño, conceptualizándolos teóricamente; ii) se reporta material clínico *ad verbatum*; y iii) se ejemplifican conceptos teóricos a través del material clínico.

El Capítulo VIII contiene la discusión y las conclusiones. Los resultados se discuten en dos partes: de acuerdo con los estudios antecedentes y de acuerdo con el marco teórico.

Esta investigación constata que el abordaje terapéutico desde la teoría psicoanalítica de M. Klein coadyuvó a la evolución del funcionamiento de este niño con problemática suicida. Tanto la comprensión teórica del caso como su manejo clínico fue posible gracias a la formulación kleiniana de *posición*, en tanto permite entender las enormes contradicciones fenomenológicas, psicopatológicas y metapsicológicas que se presentan en este paciente con conductas suicidas. Hemos demostrado que el proceso psicoterapéutico de este niño transcurrió entre los pasajes de la *posición esquizo-paranoide* a la *posición depresiva*, y cómo las oscilaciones entre ambas se acompañaron de modificaciones y transformaciones del yo, del superyó y de las relaciones de objeto.

Realizar el presente trabajo ha despertado nuevas inquietudes tanto en los aspectos teóricos como en la práctica clínica. Su riqueza abre líneas de estudio para futuras investigaciones, que seguramente nos ayudarán a seguir comprendiendo la compleja y todavía enigmática reacción del suicida.

CAPÍTULO I

CONDUCTAS SUICIDAS INFANTILES: ESTUDIOS ANTECEDENTES

A) INVESTIGACIONES EPIDEMIOLÓGICAS

El tema del suicidio infantil ha sido ampliamente estudiado desde diversas perspectivas. Las investigaciones epidemiológicas son abundantes y casi todas sugieren que la incidencia del suicidio infantil es baja (en Kashani, J., Goddard, P., & Reid, J., 1989; Asarnow et al., 1987; Carlson, 1983; Shaffer, 1974). Sin embargo, estos estudios sugieren que el intento de suicidio en los niños ha incrementado en los últimos años y se ha convertido en una de las emergencias psiquiátricas más comunes (en Kashani, et al. (1989); Holden, 1986; Pfeffer et al., 1980, 1982).

Los investigadores que siguen esta metodología coinciden en la necesidad de comprender e identificar tempranamente a los niños con ideas e intentos suicidas para implementar tratamientos y estrategias preventivas.

Clark, D.C. (1993), en un interesante artículo sobre conducta suicida en niños y adolescentes, realiza una extensa revisión de diversas investigaciones sobre distintos aspectos del problema.

Reporta estudios sobre incidencia encontrando que la prevalencia de los pensamientos y de los intentos suicidas en adolescentes converge en grado sorprendente. Entre el 8 y el 10 % de los adolescentes mayores han cometido intentos de suicidio durante la niñez, pero sólo el 5 % se ha hecho daño y sólo el 2 o 3 % ha necesitado atención médica. Los índices de intento suicida antes de los doce años son menores pero los índices de ideación suicida son semejantes a los reportados por adolescentes.

El suicidio en ausencia de trastornos mentales mayores es casi tan raro en adolescentes como en adultos. La distribución de trastornos psicológicos en adolescentes muertos por suicidio es semejante a la encontrada en adultos.

El autor analiza diversos estudios de niños y adolescentes de poblaciones normales y encuentra que las preocupaciones suicidas y las conductas de intento de suicidio están fuertemente relacionadas con síntomas de enfermedades depresivas. Existe evidencia para pensar que en los niños y adolescentes tratados por un trastorno psiquiátrico mayor -especialmente depresión mayor- incrementa el riesgo de morir por suicidio, riesgo que no se manifiesta sino en la adolescencia tardía o posteriormente.

Reporta un estudio de seguimiento con preadolescentes realizado por Rao, et.al. (1993), en donde el índice de muerte por suicidio a los diez años de revaloración, cae en el mismo rango que el de los adultos hospitalizados por trastorno afectivo primario. El 18% de los preadolescentes deprimidos cometieron intento de suicidio durante los siete años siguientes al primer contacto con los profesionales de la salud mental.

Clark (1993), al igual que otros investigadores, estudia el grado de conciencia de los padres acerca de los problemas suicidas de sus hijos. Concluye que los estudios revisados sugieren que los padres generalmente no reconocen los síntomas suicidas del niño ni la gravedad de la angustia ; suicida. Para él esto ocurre por diversas razones. Algunos padres carecen del conocimiento o la sensibilidad necesaria para entender el agobio de sus hijos. Otros pueden no reconocer los síntomas suicidas por sentirse incapaces para intervenir o para conseguir la ayuda adecuada. Pueden ser incapaces de reconciliar la incongruencia entre el hecho de tener un hijo previamente sano que ahora expresa deseos de morirse, lo cual parece absurdo, por lo que les resulta más fácil

ignorar la situación. Sea cual fuere la razón, para Clark, op cit, parece claro que existe una dificultad en los padres para reconocer los rasgos de una crisis suicida.

Otros autores se habían interesado ya en este aspecto de la apreciación que los padres tienen sobre el suicidio en los niños.

Walker, M., Moreau, D., & Weissman, M.M., (1990) estudian el problema del suicidio infantil desde la perspectiva de la conciencia de los padres. Para ellos, el clínico históricamente ha dependido de los padres para identificar los síntomas psiquiátricos de los niños. Estudios recientes muestran que los padres reportan poco el grado y la naturaleza de los problemas psiquiátricos de sus hijos, lo que lleva a cuestionarse el valerse de los padres como informantes de las alteraciones psicológicas infantiles. Clínicamente, basta con observar la actitud y la personalidad de los padres durante la entrevista, para determinar la utilidad de la información obtenida.

Estos autores realizan una investigación de 175 casos extraídos de una población clínica de 220 sujetos entre siete y veintitrés años, en riesgo de alteración psiquiátrica por depresión mayor en sus padres. Se entrevistó por separado al niño y a la madre utilizando diversos instrumentos de evaluación para trastornos afectivos, esquizofrenia, funcionamiento social y psicológico y para conducta y/o ideación suicida actual o pasada.

Encontraron que el 7 % de los sujetos reportaron haber cometido por lo menos un intento de suicidio en su vida. El 70 % de las madres de estos niños no los reportaron. El acuerdo entre madre e hijo en reportar el intento de suicidio se presentó sólo en el 30% de los casos. Una madre reportó el intento y el hijo no lo hizo.

Los autores concluyen que la mayoría de las madres en este grupo de estudio cuyos hijos reportan intentos de suicidio, no se percatan de dichos intentos. Comparadas con las madres que coinciden con los hijos en sus reportes, se trata de chicos que intentaron suicidarse por primera vez siendo más pequeños de edad, que han cometido mayor número de intentos, que los cometen con mayor intencionalidad, en donde hay separación o divorcio de los padres y mayor incidencia de intentos suicidas en la madre.

Walker, et.al. (1990), corroboran que los padres no se percatan o no reportan el intento de suicidio de sus hijos, al igual que no lo hacen con la extensa problemática psiquiátrica de los niños. En este sentido, la conducta suicida -dicen- puede añadirse a la lista de otros problemas de niños y adolescentes como el uso de alcohol y drogas, lo cual tiene serias implicaciones para determinar con certeza los índices de problemas suicidas y para evaluar el potencial suicida en niños y adolescentes.

Kashani, J.H., Goddard, P., & Reid, J.C., (1989) estudian una muestra de 210 sujetos niños y adolescentes (70 de 8 años, 70 de 12 y 70 de 17años) extraídos de una población normal-general de 4,810 sujetos contactados por teléfono. Cada sujeto y la madre o ambos padres fueron entrevistados en su domicilio aplicando varios instrumentos de evaluación infantil, que permiten estimar un diagnóstico de acuerdo con el DSM III y determinan la ideación suicida y el grado en que los padres se dan cuenta de las ideas suicidas de sus hijos.

Encontraron que casi el 7 % de los sujetos reportaron ideación suicida recurrente durante la entrevista. El 86 % de los padres de estos niños suicidas no reportaron darse cuenta de las ideas suicidas de sus hijos. Se encontró que los niños con ideas suicidas muestran puntajes significativamente mayores de signos patológicos de depresión, problemas de conducta, ansiedad, impulsividad, coraje e irritabilidad, dificultades familiares y agresividad como forma de resolver conflictos. Los padres de los sujetos con ideación suicida reportan a sus hijos con mayor número de síntomas disruptivos que los padres de niños sin ideas suicidas. Los primeros aparecen con índices psicopatológicos significativamente más altos que los segundos.

Los autores consideran que el identificar las ideas suicidas y los síntomas manifiestos en poblaciones no clínicas puede ser útil para predecir el suicidio en niños. Aún partiendo de una amplia definición de ideación suicida tal como tener pensamientos de auto lesionarse y/o cometer suicidio, el número de escolares que presentan ideas suicidas serias es suficiente y amerita nuestra atención.

Los autores concluyen que el hecho desconcertante de que la mayoría de los padres de estos niños suicidas no tengan conciencia de las tendencias de sus hijos, sugiere que es necesario desarrollar programas educativos sobre los indicadores de ideas suicidas infantiles y sensibilizarlos a la detección de síntomas depresivos y ansiedad como estresores psicológicos de

sus hijos. En orden de prevenir el suicidio en niños y adolescentes, sugieren que padres y profesionales de la salud mental aprendan a sensibilizarse a la posibilidad de ideas suicidas en cualquier niño que presente alteraciones psicológicas.

Jacobsen, L. K., Rabinowitz, I., Popper, M.S., Solomon, R.J., Sokol, M.S., & Pfeffer, C.R., (1994) abordan el tema del suicidio infantil desde la perspectiva de las dificultades y complicaciones para entrevistar a niños prepúberes sobre la ideación y conducta suicidas. Parten de la base de que la detección -fundamental para la prevención del suicidio- presupone la habilidad del clínico para elucidar esos síntomas infantiles y para hablar de ellos con los niños y con sus padres.

Para estos autores, en la evaluación del intento suicida es necesario comprender tres componentes: a) grado en que el niño entiende el potencial mortal de un acto suicida determinado, b) grado en que es letal médicamente el acto suicida, y c) motivos del acto suicida. Asimismo, la comunicación con niños prepúberes acerca de sus ideas y conductas suicidas requiere la apreciación de su nivel de desarrollo cognitivo. En particular el grado de desarrollo de las habilidades verbales, de los conceptos de tiempo, causalidad y muerte, impactan significativamente lo que comunican al clínico. Además, las habilidades cognitivas de los niños pueden variar de acuerdo con su estado emocional y/o de acuerdo con la enfermedad física, en especial por lo que se refiere al recuerdo de eventos pasados. El papel del juego en la entrevista con niños es fundamental. La observación del juego de niños prepúberes aporta datos valiosos en la evaluación del potencial suicida infantil. Los niños con conductas suicidas son proclives a actuar sus sentimientos y a expresar más fácilmente en el juego sus ideas suicidas y su propensión al comportamiento suicida, que a través del lenguaje hablado.

En este sentido, Pfeffer (1979) describe algunos aspectos del juego que pueden predecir el potencial suicida: a) juego relacionado con temas de separación, pérdida y autonomía, b) juegos temerarios y peligrosos repetitivos, c) temas de maltrato y destrucción, d) poner en peligro la vida, actuando fantasías omnipotentes de manera repetitiva y poco realista como ser un superhéroe. Son temas lúdicos que reflejan estados de agresión, depresión, desesperanza o preocupación por la muerte. Atender estos elementos puede facilitar la decisión de incluir o no ideaciones y conductas suicidas en el diagnóstico diferencial.

Jacobsen, et. al. (1994), retoman también el papel de los padres en la evaluación de las ideas y conductas suicidas de los niños. Consideran que los padres mismos deben ser evaluados en términos de lo adecuado de sus respuestas a las ideas y conductas suicidas de sus hijos. Los autores cuestionan la postura de asumir como falta de conciencia de los padres el no reportar la problemática suicida de los niños, pues al hacerlo se ignoran las complejas y poderosas fuerzas tanto sociales como psicológicas con que tropiezan los padres de niños suicidas. El estigma social y los sentimientos de culpa contribuyen a la conducta de negar y/o distorsionar la información; por lo que lejos de considerar que son datos poco válidos y confiables, la aportación de los padres es una fuente de información no disponible de otro modo. Jacobsen, et.al. op cit., citan a diversos investigadores que sugieren la importancia de la historia familiar como un factor asociado a la conducta suicida de los niños (Livingstone, 1993; Weissman et al., 1992, 1984; Pfeffer et al., 1984, 1980, 1979; Carlson & Cantwell, 1982; Garfinkel et al., 1982; Tishler & McKenry, 1982; Shaffer, 1974). Entrevistar a los padres de niños suicidas es un reto en el contexto de la psicopatología parental. Evitar el uso de lenguaje altamente estigmatizante reduce la necesidad de los padres de distorsionar la información. Solicitar descripciones detalladas de lo que observan en sus hijos y no pedirles que los diagnostiquen, proporciona un cuadro rico y preciso de los síntomas de los niños.

Por último, los autores consideran el impacto de los factores de riesgo durante la entrevista. Para determinar su presencia, el clínico recogerá información acerca de los síntomas psiquiátricos actuales, acerca de si el niño ha experimentado ideas o intentos suicidas en el pasado, el estado de sus relaciones interpersonales con familiares y amigos, cómo usa su tiempo libre, si han ocurrido eventos vitales estresantes que dañen o irrumpen la integridad familiar, y la historia de enfermedades psiquiátricas y problemas suicidas en la familia. El clínico deberá estar preparado para manejar ciertos factores de riesgo que ocurran durante la entrevista, tales como: el nivel de actividad psicomotora del niño, las funciones cognitivas, irritabilidad, obediencia y la forma de relacionarse con el entrevistador.

Los autores concluyen que el proceso de entrevista de niños prepúberes con problemas suicidas es complejo y requiere abordar simultáneamente diversos factores, para lo cual sugieren utilizar la técnica de entrevista semi-estructurada, organizando las intervenciones con preguntas clave y recomiendan un listado de las mismas. Alertan al clínico sobre su situación personal cuando tiene

hijos, lo que puede provocar una tremenda ansiedad; o bien, la creencia de que los niños son incapaces de ser suicidas.

Pfeffer, C.R., Lipkins, R., Plutchik, R., & Mizruchi, M., (1988) realizan un estudio de seguimiento acerca del riesgo suicida en niños normales, entrevistando a 75 preadolescentes con edad promedio de 12 años, sin historia previa de atención psiquiátrica, y a sus madres. Se les aplicó una batería de instrumentos de investigación llamada Escalas de Potencial Suicida Infantil tanto en el estudio inicial como en el de seguimiento dos años después. La batería incluye escalas de conducta suicida, de conducta agresiva de asalto, escala de eventos precipitantes, escala de psicopatología general presente y pasada, del concepto de muerte en los niños, de historia familiar, de mecanismos del yo, de defensas del yo e historia médica-neurológica.

Se efectúa un exhaustivo análisis de los resultados globales así como de los resultados de cada una de las escalas, describiendo detalladamente la confiabilidad del método. Se encontró que el 80% de los sujetos resultaron ser no-suicidas, el 18% con ideas suicidas y el 1.5% con amenazas suicidas. De los niños no-suicidas en el estudio inicial, el 15% resultaron suicidas en el seguimiento dos años después. Las tendencias suicidas en el seguimiento se asociaron con depresión, preocupación por la muerte, agresividad, psicopatología general y defensas yoicas de negación, formación reactiva y proyección. Las tendencias suicidas no se asociaron en el estudio inicial ni en el seguimiento a ningún diagnóstico en particular, ni a las variables psicosociales de edad, sexo, nivel social, raza, tamaño de la familia, separación de los padres o divorcio, ni síntomas médicos o psiquiátricos de los padres.

Los autores concluyen que los niños de esta muestra funcionaron en un nivel similar al de otros niños normales de la población general. No se observaron diferencias significativas entre los resultados del estudio inicial y los del seguimiento, por lo que consideran que la prevalencia de ideas suicidas en preadolescentes normales es estable en un intervalo de dos años.

Pfeffer, C.R., Peskin, J.R. & Siefker, M.A., (1992) realizan otro estudio longitudinal sobre el tratamiento psiquiátrico de niños suicidas. En un período de 6 a 8 años, comparan tres grupos de sujetos: 53 preadolescentes y adolescentes tempranos suicidas internos, 16 pacientes psiquiátricos internos no suicidas y 64 sujetos no pacientes seleccionados de la población general. Todos los sujetos recibieron tratamiento durante el estudio. El tratamiento de los pacientes suicidas fue

significativamente más largo, más temprano y más intenso que el de los sujetos control no pacientes. Además los primeros fueron tratados con medicamentos psicotrópicos de manera significativamente mayor que los segundos, lo que sugiere que el daño psicológico que requiere tratamientos más intensivos, es mayor en los niños suicidas. Los preadolescentes suicidas de esta investigación utilizaron los servicios psiquiátricos de manera continua durante el período de estudio y requirieron un número significativamente mayor de tipos de tratamiento que los no pacientes control.

Los autores concluyen que sus resultados apuntan al tratamiento multimodal de niños con problemas suicidas, por lo que es necesario organizar proyectos terapéuticos que proporcionen suficientes servicios de evaluación y tratamiento, tales como programas comunitarios en las escuelas y espacios recreativos, servicios de emergencia psiquiátrica, hospitales de día, hospitales psiquiátricos y programas de casa de medio camino.

Hoberman, H.M. & Garfinkel, B.D. (1988) estudian el suicidio consumado en niños y adolescentes describiendo la información obtenida de los expedientes médicos de 229 suicidas de 19 años y menores, ocurridos en un lapso de diez años. Estudian las variables demográficas, el método de muerte, las circunstancias del suicidio, la historia psiquiátrica, los factores precipitantes y las características psicosociales.

El argumento generalizado de que los reportes oficiales de suicidios subestiman el índice real de los mismos, encuentra un dato interesante en este estudio en donde el 15 % de los casos clasificados como suicidio, no habían sido considerados como tales por los examinadores médicos oficiales.

Los autores encontraron que de los niños y adolescentes que cometieron suicidio, la mayoría fueron varones mayores que cursaban con un trastorno psiquiátrico; usualmente trastorno afectivo o abuso de drogas y alcohol. Las armas de fuego fueron el método más utilizado para darse muerte. La mayoría de los suicidios se cometieron en el hogar, dejando notas y haciendo uso de alcohol o drogas para cometer el acto. Cerca de la mitad de los chicos se encontraban tristes o desesperados y otro 20 % estaban enojados. La mayoría de los suicidios aparecieron como resultado de actos impulsivos. Se encontró evidencia de intentos de suicidio previos en menos del 20 % de los casos. La mayoría de los sujetos antes del suicidio experimentaron peleas, problemas

escolares, laborales o con la policía, o experiencias desilusionantes como ruptura de relaciones interpersonales o amenazas de separación. Aunque no se encontraron características de personalidad comunes, la categoría más frecuente fue la de sujetos aislados, solitarios e hipersensibles.

Finalmente los autores concluyen que a pesar de las limitaciones metodológicas de su investigación, todos los esfuerzos que brinden información para el desarrollo de programas preventivos del suicidio en jóvenes, serán valiosos.

Toolan, J.M., (1962) en un trabajo pionero sobre el suicidio y los intentos de suicidio en niños y adolescentes, estudia a 102 sujetos menores de 17 años que acudieron durante el año de 1960 a consulta institucional, por intento o amenaza de suicidio, representando el 11 % de las admisiones de esas edades.

Se presentaron 84 casos entre 12 y 17 años y 18 casos menores de 12 años. Reporta el caso de un niño de 5 años admitido en el hospital por amenazas suicidas y conducta auto-destructiva. El chico se provocó quemaduras graves con un calentador de gas y derramándose agua hirviendo sobre sí mismo. Además se rascaba constantemente las heridas de manera que no sanaba.

Después de un detallado análisis de diversas variables, se encontró que la mayoría de los sujetos con problemas suicidas fueron adolescentes femeninas diagnosticadas con trastorno de carácter, que reaccionaban a situaciones estresantes por medio del intento o la amenaza suicida. La mayoría provenían de hogares caóticos en donde uno o ambos padres estaban ausentes.

El autor defiende con vehemencia la idea de que una de las razones por las que los intentos suicidas en niños y adolescentes son subestimados, es por el concepto erróneo de que los jóvenes no experimentan depresión. Agrega que los problemas conductuales de niños latentes con frecuencia indican sentimientos depresivos; el niño está convencido de que es malo, diabólico e inaceptable, y esos sentimientos lo llevan a adoptar conductas antisociales cuyas consecuencias refuerzan su creencia de no ser bueno. El niño se siente inferior, feo y estúpido. Los varones tienden a esconder sentimientos suaves, tiernos, de debilidad, por lo que utilizan la negación para suprimir experiencias depresivas.

Toolan (1962), considera que al estudiar los intentos suicidas encontramos varias causas que él establece en cinco categorías: 1) Coraje hacia otros que es internalizado como culpa y depresión. Usualmente los padres o sustitutos son los objetos originales. 2) Intentos para manipular a otros, para ganar amor y afecto, para castigar a otros. 3) Como signo de estrés. A veces el intento suicida es el último esfuerzo dramático con la esperanza de recibir ayuda efectiva ante los problemas que enfrenta el chico. 4) Como reacción a sentimientos de desintegración interna, como respuesta a demandas alucinatorias, como deseo de paz y de una existencia nirvana. Son los intentos más graves. 5) Como deseo de reunión con algún pariente o figura significativa muerta.

El autor concluye diciendo que si somos capaces de reconocer satisfactoriamente los signos por los que niños y adolescentes manifiestan depresión, estaremos en posibilidad de prevenir muchos intentos suicidas serios.

Como se puede observar, esta serie de investigaciones acerca del problema del suicidio infantil tienen como objetivo principal estimar la incidencia y los índices de prevalencia de distintas variables, estudiando muestras tanto de la población general, poblaciones escolares-comunitarias, como poblaciones clínicas, hospitalarias y de servicios de emergencia. En casi todos los estudios revisados se analizan las mismas variables. El fenómeno de la toma de conciencia de los padres acerca de las conductas suicidas de sus hijos, es una variable ampliamente estudiada por diversos investigadores.

El estudio de Jacobsen, et.al. (1994), aporta datos de interés para el presente trabajo en tanto intenta una explicación de la aparente falta de conciencia de los padres reportada por todos los autores que lo estudian. Asimismo, el trabajo de Toolan (1962), resulta relevante al incluir una explicación casuística del intento de suicidio infantil.

B) APROXIMACIONES TEÓRICO-CLÍNICAS

Las aproximaciones distintas a las epidemiológicas son realmente escasas. Sería injusto no mencionar lo que Ajuriaguerra, J. (1976) dice sobre el suicidio en niños y adolescentes en su magistral "*Tratado de Psiquiatría Infantil*", incluyéndolo como un apartado de la psicopatología de las pulsiones agresivas. Como es característico del autor, aborda el tema desde los datos epidemiológicos para pasar después al aspecto de la etiología, en donde contempla los factores de la herencia y el medio psicosocial del joven suicida, las alteraciones de la organización socio-familiar, los factores psiquiátricos y el síndrome presuicida.

Aborda la patogenia del suicida juvenil estrechamente relacionada con la representación mental de la vida y la muerte y con la dinámica de la personalidad. La vida no sólo es amor y satisfacción sino también agresión, hostilidad e inseguridad. La muerte no sólo es desaparición como persona física sino que puede ser una manera de resolver conflictos.

Incluye la revisión de varios autores que han estudiado la representación de la muerte en el niño como concepto evolutivo (Gessell, Cousinet, Deshaies, Heuyer, Lebovici, Giabicani, Wallon, Förster, Anthony, Mahler, Haim), y coinciden en que el niño no percibe la muerte de la misma forma que el adulto sino que la representación de la muerte se transforma de acuerdo con las etapas del desarrollo intelectual y emocional. Al igual que muchos otros aspectos del desarrollo, el concepto de muerte evoluciona de la inconsciencia a la percepción consciente, de lo concreto a lo abstracto, de lo particular a lo universal, de lo sincrético a lo sintético.

Con respecto a la psicodinamia, el autor menciona que desde las primeras reuniones psicoanalíticas sobre el suicidio infantil celebradas en 1910, se ha hecho hincapié en las tendencias agresivas del niño como explicativas del suicidio. No se suicida quien no tiene la idea de matar a otra persona: idea que provoca el autocastigo, aunado a la idea de castigar a los padres dado que los niños son conscientes de que el suicidio es el castigo más cruel para ellos. En el fondo lo que ocurre en el niño es falta de afecto por el hecho de tornar la agresión contra sí mismo y a través del suicidio puede identificarse con una persona muerta, real o fantasmática. El suicidio infantil es una tentativa de recuperar el objeto amoroso, que en el interior es uno de los padres.

Los mecanismos del suicidio infantil se asemejan a los del suicidio adulto; a) en la agresión: agresión del ambiente, imposibilidad de agresión al exterior o giro de la agresión contra el yo, y b) en la pérdida del objeto libidinal: el yo puede tratar de recuperar el objeto perdido, al ser imposible recuperarlo, hay una identificación del yo con el objeto perdido.

Según Ajuriaguerra (1976), podemos distinguir dos grupos de ideas o tentativas de suicidio: 1) Suicidio de transición o de medio, en donde se presenta un diálogo mediante el acto suicida como llamada, protesta, venganza y oposición. Para el sujeto adquiere valor por la reacción que espera o imagina poder provocar en los demás. Se castiga y castiga al mismo tiempo a los demás: al figurarse la desolación y la tristeza de la persona a quien se dirige con su acción, le hace compartir su castigo y sus angustias. Mediante el suicidio el otro es copartícipe de un diálogo que no pudo expresarse de otro modo. Son personas de gran voracidad, siempre en busca de satisfacciones y frustrados en su búsqueda de afecto. Esta es la forma más característica del suicidio en la niñez o de ciertas modalidades de retraso afectivo de la adolescencia.

2) Suicidio de la personalidad formada ya en la autodestrucción, en donde la organización de la personalidad en forma autodestructora se presenta como ruptura del diálogo y el suicidio se ve como la única salida a una realidad hostil y opaca. La agresividad es tan fuerte que se queda dentro del sujeto y no dispone de suficientes mecanismos de reparación como para ver en los otros amor y confianza; el más violento odio queda dentro del sujeto. El suicidio es la solución frente a una explosiva tensión. El sujeto se siente abandonado, está lleno de resentimiento consigo mismo más que hacia los otros. Su rebeldía es tan grande que sólo puede manifestarse como fuerza autodestructora. Es muy típico de ciertas formas prepsicóticas del período infantil puberal.

Finalmente, el autor propone el tratamiento multimodal, combinando el uso de ansiolíticos, neurolépticos y/o antidepresivos, con tratamiento psicoterapéutico.

Lebovici, S., Diatkine, R. & Soule, M. (1972), consideran que es necesario separar los estudios sobre el suicidio en el adolescente de los del niño, ya que la frecuencia es diferente y también porque los medios utilizados para cometer el acto y el contexto en el que ocurren, tanto en el plano psicológico como psicopatológico varían: el significado del acto suicida está estrechamente relacionado con la evolución de la noción de muerte en el niño y en el adolescente. En este

sentido, los autores opinan que desde los seis años la angustia de muerte es perceptible en el niño y a menudo se expresa en el miedo a una posible desaparición de la madre. La angustia de muerte interviene muy pronto de forma masiva en las diversas fobias o conductas fóbicas del niño.

En sentido estricto las conductas suicidas en el niño son raras, pero no se puede observar la frecuencia real con la que ocurren si no se tiene en cuenta las insuficiencias de elaboración conceptual del sentido de la muerte a esta edad y si no se tienen en cuenta las consecuencias de algunos actos que tienen un valor de intención autolesiva. Se puede decir que los medios que utiliza el niño para intentar suicidarse son más brutales, violentos y traumáticos entre más pequeño es: estrangulamiento, precipitación sobre un coche, ahogamiento. El gesto suicida parece más frecuente entre los varones que entre las niñas y suele ser impulsivo, poco elaborado, sin reflexión previa.

Lebovici, et.al. (1972) nos dicen que el significado del suicidio infantil es a menudo difícil de percibir; los familiares lo admiten con dificultad y prefieren hablar de accidente. Las conductas suicidas del niño ponen en evidencia algunas funciones suicidas descritas en el adulto:

a) La huida o evitación ante una situación exterior o interiormente amenazante: el temor puede ser aparentemente insignificante como el relativo a un castigo; b) la llamada: cuando el niño no se siente comprendido ni escuchado, especialmente cuando en su entorno no se toman en serio sus ideas o amenazas de suicidio, el paso al acto viene a "confirmar" su desesperanza al sentirse abandonado o desplazado; c) la necesidad de autocastigo: consecuencia de profundos sentimientos de culpabilidad, la conducta suicida tiene un valor de agresión expresada contra el entorno; d) el chantaje: durante mucho tiempo se ha discutido con criterios poco fiables la oposición entre tentativa de suicidio, chantaje de suicidio y suicidio exitoso pero esta distinción no es quizá tan fundamental ya que toda amenaza de suicidio debe ser tomada en consideración pues testimonia un inquietante malestar del niño; e) la heteroagresividad: las fantasías agresivas hacia la familia y la vuelta contra sí mismo implican que la tentativa de suicidio lleva a una supresión de la imagen de sí mismo, ya que el niño agresivo siente tanto odio contra sí mismo como el odio que él piensa que despierta en sus padres; y f) el deseo de alcanzar al otro: la tentativa de suicidio no es rara en niños que se sienten abandonados o en los que están muy tocados por la muerte brutal de un miembro de su entorno, con tendencias depresivas disimuladas y desconocidas para los que lo rodean.

Para Lebovici, et.al. (1972) el niño que comete un acto suicida no está afectado de trastornos mentales característicos. Su contexto, aunque difícil de definir, testimonia un estado de inseguridad en el seno de una familia a menudo separada, con manifestaciones de violencia e impulsividad. En ocasiones la ansiedad y las ideas depresivas se traducen en malos resultados escolares o en juegos peligrosos; es decir, conductas habituales que toman un sentido especial por la manipulación de la idea de la propia muerte. El niño incapaz de verbalizar y de representar sus afectos, encuentra dificultad para controlar la imagen de muerte. A menudo el niño comete el acto suicida después de una pérdida vivida como irreparable, ya sea real o fantaseada.

Una vez manejadas las consecuencias médico-quirúrgicas, los autores sugieren las psicoterapias sistemáticas y el trabajo con los padres en forma controlada, adaptando el tratamiento a cada caso dependiendo de si existen trastornos mentales característicos o no y valorando la conveniencia de la farmacoterapia. En los niños más pequeños se deberá realizar un seguimiento de los signos aislados (aislamiento, insomnio, tendencia a la anorexia), a menudo desapercibidos para los padres. La prevención implica un esfuerzo especial con la familia, informando con prudencia de las preocupaciones del niño y del significado de esas conductas suicidas. Es preciso luchar contra las tendencias a negar el problema que están muy extendidas en la población como las del chantaje de suicidio.

Siguiendo la metodología clínica, Israel Orbach (1988) nos ofrece una invaluable aportación al tema del suicidio infantil con su obra "*Children Who Don't Want to Live*". Su objetivo fundamental es dar respuesta a una serie de inquietudes desde diversas perspectivas: desde las teorías del suicidio en el adulto y qué tan apropiadas son para comprender el suicidio en el niño; desde los estudios acerca del significado de la conducta suicida infantil; desde el profundo examen de las investigaciones referentes a las características de la personalidad que pueden contribuir al suicidio en el niño. tales como: depresión, debilidad del yo y falta de auto-control. También estudia las circunstancias vitales del suicidio infantil incluyendo temas como pérdida, abuso, características familiares y presión académica. Intenta una aproximación explicativa de la crítica cuestión de la comprensión infantil de la muerte: ¿cómo es que las actitudes hacia la muerte y el conocimiento acerca de la muerte forman parte del proceso suicida?

La hipótesis central del autor (derivada del examen de los datos clínicos, de los aspectos teóricos y de investigación), es que las tendencias auto-destructivas en los niños, y en cierto grado en los

adolescentes, están fuertemente ligadas a los procesos familiares más que a los factores de personalidad.

Considera que las teorías del suicidio infantil están sustentadas por diversos modelos. El modelo psicoanalítico explora el papel de la pérdida y la culpa en el suicidio adulto y sus implicaciones para el suicidio infantil. Otro modelo hace énfasis en el papel de la familia en el proceso suicida. Un tercer modelo contempla la conducta suicida como el resultado de procesos del desarrollo. Otros modelos parten de una teoría multidinámica como el modelo bioquímico.

El análisis crítico de estos modelos conduce al autor a un nuevo concepto que explica la dinámica patognomónica del suicidio infantil. Es el concepto del *problema irresoluble*. Aunque este concepto no contradice otras explicaciones, su integración a otros conceptos teóricos permite determinar cuándo un evento o un proceso como el divorcio o el rechazo, pueden devenir letales y cuándo tienen un efecto menos dañino. El *problema irresoluble* es, de hecho, un problema familiar complejo y enmascarado que se manifiesta como un problema exclusivo del niño; quien se encuentra presionado a resolver un problema que es irresoluble por su propia naturaleza o que escapa a sus posibilidades. Al mismo tiempo, los intentos del niño por resolverlo son bloqueados. La persistencia del *problema irresoluble* por un lado, y la presión continua para resolverlo por el otro, eventualmente conduce a los deseos suicidas.

Para Orbach (1988), este concepto del *problema irresoluble* y otros conceptos teóricos y datos de investigación, dan lugar a un modelo teórico más amplio: el modelo fenomenológico cuya premisa es que la conducta auto-destructiva es el resultado multideterminado de fuerzas en conflicto. Podemos distinguir cuatro fuerzas elaboradas en forma de actitudes hacia la vida y la muerte: atracción a la vida, repulsión a la vida, atracción a la muerte, repulsión a la muerte. Cada una de estas actitudes puede considerarse como una compleja mezcla de conceptos cognitivos, estrés emocional y tendencias motivacionales. Estas fuerzas opuestas existen en todos los niños, pero forman una constelación única en los niños suicidas e incrementan el peligro de la conducta auto-destructiva. El autor elabora y demuestra el valor del modelo fenomenológico con la presentación de casos clínicos y con estudios experimentales. El modelo se aplica para el diagnóstico, la predicción y las estrategias terapéuticas para niños suicidas.

El trabajo de Orbach (1988), resulta especialmente importante por incluir una visión clínica más amplia sobre la problemática del suicidio infantil. La revisión bibliográfica que realiza del tema, se extiende más allá de los estudios epidemiológicos.

C) ABORDAJES PSICOANALÍTICOS

La literatura psicoanalítica sobre el tema del suicidio es abundante; pero específicamente sobre el suicidio infantil es realmente muy limitada.

A lo largo de la vasta obra de Sigmund Freud encontramos alusiones al tema general del suicidio como en *Contribuciones para un debate sobre el suicidio*, de sus *Escritos breves* (1910), en donde Freud plantea que para abordar este problema, es necesario partir del estado de la melancolía y su comparación con el afecto del duelo, por lo que resulta especialmente importante su tratado sobre *Duelo y melancolía* (1917 [1915]) para entender la psicodinamia de la conducta suicida. En diversos trabajos aborda el tema someramente como en *Psicopatología de la vida cotidiana* (1901); en *Totem y tabú* (1913 [1912-13]); en *Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina* (1920); en *El yo y el ello* (1923); en *El problema económico del masoquismo* (1924); y, finalmente, en su *Esquema del psicoanálisis* (1940 [1938]). En el capítulo II del presente trabajo, se desarrollan estas aportaciones de Freud.

En sus historiales clínicos encontramos la presencia de síntomas suicidas como en *Observación de un caso severo de hemianestecia en un varón histérico* (1886); en *Estudios sobre la histeria*, Caso de Anna O. de Breuer y Freud (1893-95); en *Fragmento de análisis de un caso de histeria*, Caso Dora (1905 [1901]); en *A propósito de un caso de neurosis obsesiva*, Caso del hombre de las ratas (1909a); en *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente*, Caso Schreber (1911 [1910]); y en *De la historia de una neurosis infantil*, Caso del hombre de los lobos (1918 [1914]). En todos ellos Freud reporta el material clínico de pacientes adultos. El único historial referente al caso de un niño *Análisis de la fobia de un niño de cinco años*, el pequeño Juanito (1909b), no hace referencia alguna a problemática suicida.

La importancia del desarrollo del superyó y del sentimiento de culpa en la problemática suicida, nos remite inevitablemente a una serie de trabajos de Freud, cuyo estudio es indispensable para la comprensión del tema: *Introducción del narcisismo* (1914), *Pulsiones y destinos de pulsión* (1915), *Duelo y melancolía*, op.cit., *Psicología de las masas y análisis del yo* (1921), *El yo y el ello*, op.cit., *Inhibición, síntoma y angustia* (1926 [1925]) y *El malestar en la cultura* (1930 [1929]); conceptos cuyo estudio también se desarrolla en el capítulo II del presente trabajo.

Encontramos trabajos psicoanalíticos sobre el problema del suicidio relacionados con otros fenómenos como las fantasías edípicas y la masturbación (Rice, E., 1985) en donde se presenta material clínico de adultos; trabajos sobre autoconservación y el desarrollo de la propensión a los accidentes en niños y adolescentes (Frank, L., 1963).

Orbach (1988), revisa la concepción del suicidio infantil desde el modelo psicoanalítico, siguiendo la propuesta de tres autores.

Schechter (1957) quien aborda el tema desde la hipótesis de la internalización de la agresión. Para él el suicidio en los niños representa una introyección de la agresión originalmente dirigida hacia los que ama. El niño que intenta hacerse daño está expresando agresión homicida hacia aquellos que ama y de quienes depende. Este coraje sin límites es visto como una reacción a las frustraciones, a los deseos no cumplidos, a los castigos e incluso al dolor por la separación. Se internaliza la figura del objeto frustrador y la agresión se dirige a esta representación internalizada más que a la persona externa real. Este proceso ocurre en un nivel inconsciente ya que el niño experimentaría una gran ansiedad y culpa por albergar tales sentimientos hacia los que ama. El niño se encuentra propenso al acto suicida cuando el monto de coraje alcanza niveles incontrolables o bien cuando empieza a darse cuenta de sus sentimientos hacia sus padres; en el primer caso el acto suicida se da por fallas en la contención de la agresión, en el segundo, para evitar el reconocimiento de sus emociones. El acto suicida infantil también puede ocurrir como un autocastigo por albergar impulsos sexuales hacia los padres. Los pensamientos suicidas son un escape de esos impulsos incestuosos. Desde aquí el retorno del conflicto edípico durante la adolescencia, explica la frecuencia de conductas suicidas en esa etapa del desarrollo.

Ackerly (1967) modifica la tesis de Schechter y hace énfasis en el miedo a la pérdida de control sobre los instintos. Para él el suicidio infantil está motivado por la ansiedad de perder el control

de los impulsos sexuales y agresivos hacia los padres. La pérdida de control ante los deseos agresivos y sexuales refleja una regresión a una etapa primitiva infantil, lo que demuestra una debilidad patológica en la estructura del yo para reprimir los impulsos y deseos. El niño siente que será incapaz de contenerse y que matará o atacará sexualmente a uno de los padres, particularmente a la madre. El sadismo parental o la pérdida del padre, pueden intensificar el peligro de perder el control. El acto suicida ofrece un alivio ante los impulsos tiránicos internos del niño.

La identificación con la depresión de los padres o la internalización de la agresión de los padres hacia el niño, son considerados como factores potenciales de riesgo suicida. El niño internaliza los sentimientos de depresión, coraje y rechazo y los desplaza hacia sí mismo.

El autor considera que el suicidio es el resultado final de una patología severa. Un signo de gravedad puede observarse en las distorsiones del niño acerca de la muerte. Algunos niños ven la muerte como una continuación de la vida, otros la ven como una reunión con la madre por medio del re-nacer. Estas concepciones indican la psicopatología subyacente.

Furman (1984) ofrece una tesis interesante acerca del suicidio infantil como el resultado de la temprana formación de tendencias sado-masoquistas. El núcleo auto-destructivo surge del desarrollo normal de los impulsos instintivos sexuales y su expresión en amor físico al propio self. El sadomasoquismo alude a la fusión anormal de sexo y agresión de tal manera que la agresión al self y a otros, despierta sentimientos sexuales y reporta satisfacción sexual. El acto de daño físico provoca éxtasis y placer. Ciertas condiciones pueden cristalizar esta fusión de placer y dolor: padres con sentimientos ambivalentes intensos hacia los niños, en donde el amor puede estar acompañado por humillación e incluso por dolor físico.

La autora resalta también el factor de la falta de amor por el propio self corporal. El amor físico primitivo es la base del amor al self posterior y es este amor el que protege al niño para no causarse daño corporal. Esto ocurre en la relación maternal amorosa, suave y protectora. La ausencia de este amor maternal no sólo expone al niño al peligro físico inmediato, sino que también conlleva a la indiferenciación posterior sobre el propio cuerpo. La identificación con la apatía de los padres puede provocar una forma pasiva e inadecuada de auto-protección frente al peligro; una expresión más activa puede aparecer en los intentos de auto inflingirse daño. El

núcleo de la indiferenciación corporal tiene secuelas emocionales como falta de auto-estima, apatía, auto-degradación activa, o fallas para evitar situaciones emocionalmente peligrosas como humillaciones.

Furman (1984), considera que las distorsiones en el desarrollo en forma de sadomasoquismo y falta de amor corporal al self, constituyen el núcleo de la personalidad en niños con tendencias suicidas.

Encontramos algunos reportes de casos suicidas en adolescentes desde la teoría psicoanalítica.

Hurry, A. (1978) aborda el análisis de los motivos de la conducta suicida en una adolescente de 16 años; en particular estudia la relación entre el proceso adolescente y el suicidio. Presenta el material clínico y lo discute desde la hostilidad de los padres hacia el adolescente suicida: desde el conflicto con la agresión, la enfermedad psicósomática, los accidentes y los berrinches. Refiere la dificultad del adolescente suicida para integrar la agresión y la debilidad de las defensas en contra de la misma. El acto suicida se describe como un episodio psicótico en donde el yo se encuentra invadido por los impulsos agresivos. También se considera la conducta suicida como un grito de ayuda o petición de protección.

La autora coincide con otros en concebir la conducta suicida como una reacción extrema ante el abandono o la separación. Pero además la describe como una defensa contra el dolor por el abandono. Va más allá de la fantasía de muerte como reunión o unión simbiótica o narcisista; considera que en el acto suicida adolescente, la fantasía de muerte puede representar un intento de individuación y de ser independiente.

Es ampliamente aceptado el concepto de que el intento suicida sólo ocurre por una vuelta de la agresión contra sí mismo; defensa motivada por la culpa. Hurry, op cit., agrega el temor de pérdida de control en el adolescente suicida y la necesidad de defenderse como resultado del miedo a dañar o matar de hecho al objeto. También observa la necesidad de evitar la actividad sexual por las connotaciones edípicas, como un factor motivante del acto suicida, que si bien ha sido estudiado como fantasía plagada de deseos edípicos, ella encuentra que la gratificación de dicha fantasía está presente con más frecuencia de lo que se cree. Por último, rebate la idea de la

vulnerabilidad narcisista extrema que se observa en el adolescente suicida y considera que el suicidio también puede representar un intento por restaurar la autoestima.

Los reportes de casos suicidas en niños desde el psicoanálisis son muy escasos.

Milner, M., (1944) describe detalladamente el proceso psicoanalítico de una niña de tres años de edad, que la autora efectuó bajo la supervisión de Melanie Klein. La niña se rehusaba a comer y a beber y al ser traída a su consulta, lo había hecho durante tres días. De acuerdo con el material clínico, específicamente en la transferencia y en el juego -en donde la niña continuamente mostraba el deseo de destruir algo- la autora formula la hipótesis de que el rechazo a la comida tenía en sí mismo una intención suicida y al mismo tiempo, era un intento de protegerse del ataque y la destrucción venidos desde dentro. Para la pequeña paciente "poner la comida dentro de sí, era como poner dentro a las personas, objetos de sus anhelos y enojos".

El análisis del mundo interno de esta niña manifestado en la transferencia, conduce a la idea de que la ansiedad primordial parecía ser el miedo de hacer algo o sentir que había hecho algo en conexión con los deseos edípicos y miedo a lo que podría pasarle por retaliación o castigo. Los deseos edípicos eran experimentados principalmente en términos orales. Por los mecanismos de proyección, negación y control, la niña no comía para preservar un objeto externo en el cual sentir apoyo. Lo que realmente hacía al no comer, era salvaguardar algo bueno en quien creer ante la destructividad de sus propios impulsos de voracidad y envidia.

La autora concluye con una serie de reflexiones sobre los mecanismos de percepción interna de los propios impulsos y se interesa en el por qué cuando el analista verbaliza la experiencia, tiene un claro efecto de alivio de las ansiedades para la paciente.

Samy, M., (1998) reporta el proceso psicoanalítico de un niño suicida de cinco años, efectuado por él desde la teoría y la técnica de Melanie Klein. Este trabajo estudia el mecanismo de identificación proyectiva -concepto originalmente descrito por Klein, M., (1946) y ampliamente desarrollado por otros autores (Bion, W., 1962, 1963; Rosenfeld, 1952, 1964)- y el proceso de simbolización.

A través de la presentación del material clínico, el autor describe los cambios progresivos que ocurren en las manifestaciones y en las funciones psíquicas de la identificación proyectiva,

cambios asociados a un nivel más elevado de simbolización y a los comienzos de diferenciación entre las representaciones del self y del objeto.

Presenta el caso de un niño que sufría un alto grado de dolor psíquico y deseaba morirse. El origen del problema residía en un trauma de naturaleza sexual como reminiscencia de la temprana escena primaria que condensaba una traumática y patológica relación madre-hijo. La intensa angustia de castración ligada a la escena primaria y a las experiencias traumáticas actuales, se encontraba entrelazada a una profunda y aguda ansiedad de aniquilamiento y de pérdida total del self. Esto era lo que se expresaba en sus deseos suicidas y en el proceso analítico se manifestaba como una regresión a formas primitivas de identificación proyectiva.

El autor describe la evolución terapéutica desde la patología, de acuerdo con la identificación proyectiva con el analista y el paso simbólico en el juego y el dibujo, desde los monstruos inespecíficos, ante los cuales el niño se encontraba desvalido y poseído por ellos, hasta los dragones como formaciones simbólicas reparatorias, de los cuales el chico toma posesión. Se observa el paso de la configuración primordialmente diádica a la más compleja relación de objeto triangular. Sin embargo, el sistema simbólico aún no era suficiente para contener la intensa ansiedad y la agresividad.

Finalmente, después de dos años y medio de tratamiento, emergió la fantasía de las superestrellas propia de los niños mayores y la necesidad de identificarse con el padre, que permitió una distancia emocional más sana con la madre.

Samy, M., (1998), realiza una compleja discusión del proceso analítico de este niño resaltando la importancia de la técnica y retomando los conceptos de identificación proyectiva y simbolización en el desarrollo de la temprana relación madre-hijo.

D) INVESTIGACIONES MEXICANAS

El estudio de las conductas suicidas infantiles en nuestro país es muy limitado. Investigadores de diversas instituciones giran su atención hacia el estudio del suicidio durante la adolescencia, quizá por su mayor frecuencia en ese rango de edades (Villatoro, J. et.al. 1998; Villarreal, R. et.al. 1998; Villatoro, J. et.al. 1997; Solano, C. et.al. 1996; González Forteza, C. et.al. 1995a; González Forteza, C. et.al. 1995b; Sánchez, O. et.al. 1994; Medina Mora, M.E. et.al. 1994; Terroba, G. et.al. 1986).

Desde hace muchos años, el doctor Juan Manuel Saucedo García se ha interesado en el tema y considera que el suicidio como causa de muerte es raro antes de los 15 años y extremadamente raro antes de los once (Sauceda, J.M. 1983). A pesar de su escasa frecuencia, diversos investigadores en nuestro país coinciden en que se ha observado un incremento en las conductas suicidas de niños y adolescentes en los últimos años (Platas, C. et. al. 1998; Muñoz, S. 1997; Saucedo, J.M. et. al. 1997; Martínez Lanz, P. et.al. 1985).

Todas estas investigaciones son estudios epidemiológicos que, en su mayoría, pretenden estimar las tasas de incidencia de los suicidios consumados, de los intentos de suicidio o bien de la ideación suicida, estudiando las características socio-demográficas, psicosociales y familiares de los sujetos. Asimismo abordan la relación de las conductas suicidas en niños y adolescentes con los diagnósticos psiquiátricos.

Llama especialmente la atención el reporte de Gómez Castro, C. & Borges, G. (1996), quienes realizan una extensa revisión de los estudios que se han hecho en México sobre la conducta suicida en un período de 28 años -1966 a 1994- y no incluyen las investigaciones efectuadas con poblaciones infantiles. Podemos suponer que la omisión se debe a que -por su escasa frecuencia- la importancia del suicidio en la niñez no radica en que se trate de un problema de salud pública (Sauceda, J.M., 1983). Sin embargo, sí se observa un incremento en la incidencia del suicidio en los grupos de menor edad. Híjar, M., Rascón, R., Blanco, J., & López L., (1996), nos alertan sobre el problema del subregistro de los suicidios, además de la imposibilidad de registrar el parasuicidio, la ideación suicida y los equivalentes como las lesiones autoinflingidas.

En un estudio sobre la *Epidemiología del suicidio en México de 1970 a 1994*, Borges G., Rosovsky H., Gómez C. & Gutiérrez R. (1996) reportan que a partir de mediados de la década de los setenta, comienzan a aparecer suicidios en el grupo de infantes y escolares (0-14 años) de acuerdo con los certificados de defunción y los datos censales disponibles. Los autores opinan que el suicidio es un problema ascendente en México, que afecta en forma principal a los hombres de edad avanzada; sin embargo, incrementos recientes en la población adolescente, enfatizan la necesidad de desarrollar programas de prevención y tratamiento.

De acuerdo con Saucedo, J.M. (1983), los niños cometen menos suicidios por varias razones: a) por la menor frecuencia de depresión entre los niños, que es el diagnóstico psiquiátrico que acompaña con mayor frecuencia al intento de suicidio; b) por encontrarse dentro de una estructura familiar que los protege; c) porque se requiere de cierto grado de madurez intelectual para sentir plenamente desesperación y para desarrollar la capacidad de planeación, la conciencia de sí mismo y la preocupación por ideas abstractas. El autor recomienda medir la gravedad del intento para poder estimar el riesgo de que se repita, de acuerdo con el método empleado, el aviso previo, la magnitud de la tensión precipitante, el contexto social, los intentos previos, las condiciones mentales del paciente y las fuentes de apoyo ambiental.

Platas, C., Saucedo, J., Higuera, F., & Cuevas, M., (1998) subrayan la necesidad de conocer el funcionamiento psicosocial y la dinámica familiar de los menores de edad con intento de suicidio. Para ello, evaluaron a los pacientes que por intento de suicidio acudieron al Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI en un período de dos años y medio. Se presentaron 31 casos de ambos sexos de entre siete y dieciocho años, con un promedio de edad de 13.4 años, la mayoría adolescentes cursando secundaria; el 90% fueron mujeres. Además de la entrevista, se aplicaron instrumentos de medición al paciente y a uno de los padres.

Se encontró que en las menores de sexo femenino hay una mayor tendencia a realizar el intento de suicidio; éste se lleva a cabo con mayor frecuencia entre los doce y los catorce años. En edades más tempranas es poco común, pero se puede considerar que hay intentos de suicidio o suicidios desde alrededor de los siete años. En la mayoría de los casos se encuentra una disfunción psicológica en la familia; la disfunción psicosocial así como los síntomas de ansiedad y depresión, son reportados tanto por el paciente como por los padres. Se encontró que los padres sí advierten la psicopatología presente en los menores, pero no buscan ayuda adecuada.

Este equipo de investigadores, Saucedo, J., Montoya, M., Higuera, F., Maldonado, J., Anaya Segura, A., & Escalante, P., (1997) había estudiado a todos los menores con intento de suicidio atendidos durante un año consecutivo en la misma institución, con el fin de determinar si al intento de suicidio en la niñez y la adolescencia subyace la depresión o la impulsividad agresiva. Acudieron 21 pacientes con edades entre siete y quince años; predominaron las mujeres (6:1) sobre los varones. Se registraron antecedentes de maltrato físico o sexual en casi la mitad de la muestra. Predominaron los primogénitos. Los factores precipitantes más comunes fueron los conflictos familiares: todas las familias eran disfuncionales. El 38% de los sujetos habían cometido un intento de suicidio previo y el 57% presentó ideación suicida la semana anterior al intento de suicidio. Todos tenían por lo menos un diagnóstico psiquiátrico y hubo un predominio no significativo estadísticamente de los cuadros depresivos sobre los impulsivos.

Los autores concluyen que entre los menores que intentan el suicidio se pueden conformar tres grupos diagnósticos bien diferenciados: los deprimidos, los impulsivo-agresivos y los que comparten características de ambos. Cabe esperar que en el grupo mixto, los riesgos suicidas sean mayores. La cuantificación clínica de los factores depresivos e impulsivos en el intento de suicidio tiene relevancia en términos terapéuticos, pues si bien todos los casos requieren tratamiento psicológico después de controlar las complicaciones médicas, los deprimidos graves se benefician también con el empleo de fármacos antidepresivos, mientras que aquellos que dan muestras francas de conductas agresivas e impulsivas, también pueden requerir de medicamentos psicoestimulantes o de reguladores de la agresividad.

Martínez Lanz, P., Saltijeral M., & Terroba, G. (1985) revisan el tema del intento de suicidio en los niños como un fenómeno psicosocial. Consideran que para que ocurra este tipo de conducta los factores sociales y principalmente familiares, son determinantes cuando se trata de niños. Tanto el intento de suicidio como el suicidio consumado en niños son problemas no resueltos que han aumentado en la mayoría de los países, por lo que es urgente estudiar y prevenir las conductas autodestructivas dada la severidad del problema.

De acuerdo con su revisión, las autoras opinan que los factores precipitantes del intento de suicidio infantil son tan variables y tan particulares para cada caso, que no se han estudiado en forma específica ni se han obtenido índices o tasas de ellos. El origen de dichos factores está determinado en forma múltiple por las experiencias personales, las identificaciones, el nivel de

desarrollo y los componentes inconscientes del niño. Concluyen diciendo que existen datos suficientes para considerar la hipótesis de que los niños parasuicidas poseen una historia de problemas sociopersonales, básicamente familiares, que los induce a intentar suicidarse dentro del campo de conceptualización de la muerte que su edad les proporciona. La alteración emocional del niño durante un largo período y un factor precipitante son los dos componentes principales del intento de suicidio infantil, por lo que es preciso identificar oportunamente los factores antecedentes que reportan un alto riesgo suicida con el fin de lograr la prevención del suicidio infantil.

En el reporte de un simposio sobre los avances en el diagnóstico y el tratamiento de las intoxicaciones en la infancia, Montoya, M., Escalante, P., & Saucedo, J., (1998) reportan que los adolescentes y niños marginados son un grupo en el que predominan las adicciones a drogas de abuso y los intentos suicidas por intoxicación. La autoadministración de tóxicos, en la que se incluyen las adicciones y los intentos de suicidio, sugiere que la carbomacepina es el agente más utilizado por los adolescentes en nuestro medio en sus intentos suicidas. Entre los pacientes atendidos en un servicio de urgencias durante un año (Saucedo, J. et.al. 1997), se registraron 21 intentos de suicidio en menores de siete y quince años, de los cuales 17 correspondieron a intoxicaciones medicamentosas.

En otro estudio sobre intoxicaciones, Escobedo, E., Hernández, R., Villegas, R., & Ortega F., (1989) analizan 56 casos con diagnóstico de intoxicación atendidos durante un año en el servicio de urgencias pediátricas del hospital general "Dr. Manuel Gea González", incluyendo desde recién nacidos hasta adolescentes de 16 años. Se presentaron cuatro casos por intento de suicidio representando el 7.14% de la muestra. Una adolescente consumó el suicidio por ingestión de raticida. Los cinco casos presentaron antecedentes de dinámica familiar alterada. Los autores advierten que el manejo de medicamentos potencialmente tóxicos debe evitarse en lo posible en edad pediátrica, sobre todo cuando el tratamiento con los mismos no sea específico o indispensable, e insisten en la necesidad de incrementar la cultura médica familiar para evitar la automedicación y para que se tomen las precauciones necesarias en el hogar.

En el Instituto Mexicano de Psiquiatría un equipo de investigadores dirigido por la Dra. Ma. Elena Medina Mora (División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales) han estudiado el tema de la ideación suicida en adolescentes.

Villatoro J., Medina-Mora M., Juárez F., Rojas E., Carreño S. & Berenzon, S. (1998) realizan una interesante investigación sobre el uso de drogas en una población de adolescentes urbanos de 13 a 18 años de edad. Se estudió una muestra de 40, 521 estudiantes de secundaria y preparatoria con la finalidad de describir los patrones de uso de drogas y las conductas relacionadas con los mismos, para desarrollar modelos preventivos. Con una gran rigurosidad metodológica, los autores analizan -entre otras variables- la presencia de depresión e ideación suicida, encontrando que ambas variables están asociadas en forma estadísticamente significativa con el uso de drogas.

Con anterioridad, Medina-Mora M.E., López E., Villatoro J., Juárez F., Carreño S., Berenzon S. & Rojas E. (1994) habían analizado la ideación suicida en los jóvenes que recurren a las drogas y describieron la relación que existe entre el estado mental y el tipo de sustancia que utilizan los sujetos. En este estudio la muestra fue de 3,459 adolescentes de 13 a 19 años. La ideación suicida se evaluó por medio de una escala de cuatro reactivos: "no podía seguir adelante", "pensamientos de muerte", "sentir que la familia estaría mejor si estuviera muerto" y "pensar en matarse"; reactivos que forman parte de una encuesta probada previamente en estudiantes mexicanos.

Se encontraron los siguientes resultados: el 47% de los adolescentes presentó por lo menos un síntoma de ideación suicida el año anterior al estudio, el 17% reportó haber pensado en quitarse la vida y el 10% respondió afirmativamente a los cuatro reactivos. La ideación suicida se presentó en una proporción ligeramente mayor en mujeres y es un síntoma que en ambos sexos constituye un factor de riesgo importante para el consumo de drogas; los usuarios de drogas con ideas suicidas presentan significativamente un mayor consumo de drogas que los que no reportaron haber tenido pensamientos suicidas. El síntoma (ideación suicida) se incrementa de acuerdo con la gravedad del patrón de consumo de alcohol y se presenta con más frecuencia entre los estudiantes que toman drogas de uso médico sin importar si se trata de estimulantes o de depresores. No hay diferencia entre los usuarios de droga que incluyen marihuana o inhalantes entre las drogas que consumen y es más frecuente entre los usuarios de alucinógenos y menos frecuente entre los que consumen cocaína.

Los autores concluyen que existe una alta frecuencia de ideación suicida entre los estudiantes y su asociación con el abuso de sustancias es importante por el riesgo que corren al intentar suicidarse debido a la coexistencia de ambos factores. Es posible identificar a un subgrupo de usuarios de alto riesgo y diferenciar a los usuarios de sustancias que tienen ideación suicida de los jóvenes con ideación suicida que no recurren al uso de drogas. Esta observación refuerza la necesidad de establecer variaciones importantes entre los diferentes tipos de usuarios que pueden requerir de diferentes tipos de intervención.

Con otro equipo de investigadores, la Dra. Catalina González Forteza, también de la División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales del Instituto Mexicano de Psiquiatría, se ha dedicado al estudio de la problemática suicida en la adolescencia.

Facio, D. & Tello A., (1996) dirigidas por la Dra. González-Forteza, realizan una investigación en el hospital psiquiátrico infantil "Dr. Juan N. Navarro", en la que estudian los indicadores clínicos del intento suicida en adolescentes mujeres hospitalizadas por intento de suicidio reciente o previo en el último año y/o con intento durante su estancia en el hospital. Se integró una muestra de 30 adolescentes a las que se les aplicaron diversos instrumentos para evaluar cuatro indicadores clínicos: desesperanza, ideación suicida, circunstancias relacionadas con el intento suicida y mortalidad del intento (factores de riesgo y rescate).

El análisis estadístico de los resultados mostró diferencias significativas entre quienes habían realizado sólo un intento suicida y quienes tenían dos o más intentos en su vida. Se encontró que la mitad de las pacientes que requirieron hospitalización por intento de suicidio, ya habían realizado un intento anterior. Casi el 47% de los casos reportaron un alto deseo de morir. Los indicadores que diferenciaron significativamente la conducta suicida múltiple fueron el nivel de ideación suicida y las circunstancias relacionadas con el intento. Quienes tuvieron múltiples intentos fueron las que reportaron periodos más largos y continuos de ideación suicida, en contraste con la frecuencia de periodos cortos de ideación de las adolescentes con intento único. Respecto de las circunstancias relacionadas con el intento de suicidio, los indicadores que claramente diferenciaron a las adolescentes con intento múltiple fueron: el grado de planeación del intento en términos de una preparación más extensa; las expectativas con relación a la fatalidad del acto fueron de que su muerte sería más probable y certera; y el grado de premeditación tendió a que el suicidio fue contemplado por más de tres horas antes del intento.

Las autoras concluyen que la ideación suicida es un excelente indicador de la conducta suicida múltiple por lo que resulta conveniente elaborar estrategias de tratamiento y prevención, orientadas al trabajo de la duración de los periodos de ideación suicida, de la anticipación, preparación y deseo de morir.

Villarreal R., Mendoza R. & Ávila M., (1998) también dirigidas por la doctora González-Forteza, efectúan un estudio de seguimiento de la investigación anterior, con el fin de conocer el estado de las pacientes dos años después evaluando los indicadores clínicos de desesperanza, depresión, ideación suicida e impulsividad. Sólo ocho de las 30 pacientes de la muestra original fueron localizadas y aceptaron participar en la investigación. Dos de las ocho pacientes reportaron un intento posterior, por lo que en ellas también se estudiaron las circunstancias relacionadas con dicho intento y los factores de riesgo y rescate. Estas dos jóvenes con intento suicida posterior al primer estudio (Facio, F. et.al. 1996), tuvieron puntajes más altos en todas las escalas en comparación con los puntajes registrados dos años antes, y su puntaje en factores de rescate fue menor.

En este estudio de seguimiento, la escala de ideación suicida fue la más relevante y significativa al igual que en el estudio anterior. En las escalas de desesperanza, depresión e impulsividad se observaron puntajes elevadamente significativos en las dos pacientes con intento suicida posterior en comparación con el grupo que no reincidió. De estas últimas se encontró que la desesperanza disminuyó notablemente.

Las autoras concluyen resaltando la importancia de implementar procedimientos de localización y rescate por parte de trabajadores sociales, así como de promover la intervención oportuna de un equipo multidisciplinario.

En otro estudio, González Forteza C., Jiménez A. & Gómez C. (1995) investigan los indicadores psicosociales de la ideación suicida en adolescentes. Los jóvenes con ideación suicida, considerada como el malestar emocional que refleja un conflicto interno asociado con desesperanza y depresión y con intentos de suicidio, han sido escasamente estudiados en comparación con los parasuicidas y los suicidas.

Los autores reportan el impacto de variables psicosociales (estrés cotidiano, características de personalidad y del ambiente social), sobre la ideación suicida en una muestra de 423 estudiantes de secundaria, aparejados por edad, sexo y tipo de escuela (oficial-particular). Se aplicaron instrumentos de evaluación de dichas variables y los resultados se analizaron con distintas técnicas estadísticas (regresión múltiple y análisis factorial).

En este estudio se encontró que las dimensiones predictoras de ideación suicida son diferentes para ambos sexos. En los varones se circunscriben a la esfera de estrés familiar, mientras que en las mujeres es en las esferas de estrés social, características de personalidad y ambiente social. Además en los varones parece más "nítida" la configuración de la esfera depresiva, mientras que en las mujeres los componentes depresivos se mezclan con el estrés derivado de las relaciones sociales cotidianas.

Los autores consideran que el impacto de las variables psicosociales estudiadas en esta investigación estuvo matizado por el sello que la cultura imprime a los roles masculino y femenino que son, en una de sus facetas, la cristalización del proceso de socialización e influye notablemente en el establecimiento de la identidad psicosexual del adolescente. Concluyen que para prevenir el malestar depresivo y la ideación suicida en adolescentes se requiere de aproximaciones por género que satisfagan las necesidades y demandas psicosociales.

González Forteza C. & Andrade P. (1995) abordan la relación de los hijos con sus progenitores y sus recursos de apoyo en correlación con la sintomatología depresiva y la ideación suicida en adolescentes, estudiando una muestra de 423 sujetos de 13 a 15 años de edad. Se encontró que existe una estrecha relación entre las dimensiones de afecto, comunicación y control de los progenitores; es decir, que el padre y la madre que se muestran afectuosos también tienden a comunicarse con su hijo(a) y a interesarse por estar al tanto de las relaciones extrafamiliares del adolescente. También se detectó que existe una congruencia de estas dimensiones entre los padres como pareja que tienden a ser complementarios en su relación con su hijo.

Al correlacionar estas dimensiones con la sintomatología depresiva y la ideación suicida, se encontraron diferencias entre géneros. Mientras que en los varones no existe correlación estadísticamente significativa entre la relación con los padres y la sintomatología depresiva y la ideación suicida, en las mujeres sí la hubo. Las adolescentes con manifestaciones depresivas eran

las que sentían que la comunicación con su madre era poco frecuente por lo que no preferían el apoyo familiar. Las que presentaron ideación suicida tendían a sentir que su padre no se interesaba por sus relaciones sociales y preferían no buscar ayuda cuando tenían algún problema. De aquí la importancia que tiene la comunicación con el padre y su interés por conocer las relaciones amistosas de su hija, así como la comunicación con la madre como dimensiones que en relación directa con la preferencia por el apoyo familiar, se conforman como indicadores protectores de la sintomatología depresiva y de la ideación suicida en las adolescentes.

Solano, C. & Sánchez, O. (1996) estudian los intentos de suicidio en adolescentes registrados en las admisiones al servicio de urgencias del Instituto Nacional de Pediatría durante tres años. Se captaron 25 pacientes de 12 a 18 años, prevaleciendo las del sexo femenino, primogénitas, con síntomas depresivos, impulsividad, poca planeación del acto, disfunción familiar y padres con antecedentes psiquiátricos. El método más utilizado fue la ingestión de medicamentos y los adolescentes tuvieron la visión de la muerte como una forma de resolver sus problemas.

Los autores concluyen que el intento suicida adolescente representa siempre una conducta desadaptativa considerada como un factor de riesgo a futuro o de presentar dificultades de adaptación en la edad adulta. Es necesario realizar una valoración del estado psíquico y de la situación familiar además de la búsqueda de una patología psiquiátrica de base en todos los adolescentes con intento suicida.

Sánchez, O. & Lorenzini, P. (1994), estudian los aspectos sociodemográficos y clínicos en un grupo de adolescentes con intento de suicidio que ingresaron al servicio de urgencias del Instituto Nacional de Pediatría en un lapso de seis meses. Se presentaron trece casos entre 13 y 18 años en quienes se diagnosticó intento de suicidio de manera inequívoca a través de la aceptación directa del paciente del deseo de morir al cometer el acto.

Se encontró que la gran mayoría (85%) fueron mujeres, de religión católica, originarias del distrito federal y residentes en el mismo. El 54% fueron primogénitos; prácticamente todas las familias eran completas con pocos datos de falta de cohesión. Todos los intentos se llevaron a cabo en el domicilio y más frecuentemente en las horas de la tarde. Se detectó presencia de psicopatología activa previa en ocho pacientes: cuatro con depresión crónica, dos con trastorno *borderline* de la personalidad, uno con trastorno de la identificación sexual y una con

personalidad histriónica y crisis conversivas. El método más utilizado fue la ingestión de medicamentos o tóxicos, pero la mayoría en dosis muy bajas y aunado a ello, todos, excepto tres, notificaron a la madre del hecho; por lo anterior se considera que el riesgo de muerte fue bajo.

Sin embargo, los autores nos alertan acerca de que el bajo riesgo y aun el intento con tintes francamente manipulatorios, no obsta para llamar nuestra atención a estos pacientes que pueden volver a intentarlo con mayor riesgo y no ser salvados, tal y como sucedió con uno de los adolescentes de esta muestra que ingirió medicamentos y otras sustancias desconocidas que le produjeron secuelas neurológicas severas, provocando un estado vegetativo en el paciente.

Por otro lado, mencionan que la depresión no fue el problema más frecuente y que la impulsividad común en la adolescencia juega un gran papel en la problemática suicida. En cuanto a los antecedentes familiares se destacó que existe una gran disparidad en la formación educativa de los progenitores con una ventaja franca del padre sobre la madre. La disfunción familiar y el alcoholismo se presentaron de manera frecuente.

Por lo que se refiere al tratamiento, reportan que no se logró captar a todos los pacientes de manera satisfactoria por lo que se concluye que no se ofreció un marco suficientemente claro de atención pues se crearon expectativas que no se pudieron resolver y más aun porque el empleo de la psicoterapia de corte psicodinámico a largo plazo, no fue tan estructurante como para contener la angustia y la desesperación ante la vida. Los autores proponen que el investigar los aspectos sociodemográficos y clínicos de los adolescentes con intento de suicidio, permite establecer puntos de alerta para la valoración de casos futuros y mecanismos concretos para su manejo desde su ingreso a las salas de urgencias.

Terroba G., Heman A., Saltijeral T. & Martínez P. (1986) estudiaron el intento de suicidio en adolescentes señalando algunos factores clínicos y sociodemográficos significativos. En una muestra de 81 jóvenes de 15 a 24 años que habían cometido intento de suicidio se valoraron los síntomas depresivos y la ansiedad como factores clínicos, así como la severidad y letalidad del intento como factores de riesgo.

Se encontró que casi el 70% fueron mujeres, 68% solteros, 28% habían cometido un intento previo y 29% dos o más intentos. Las razones más frecuentemente expuestas para cometer el acto fueron las afectivas (42%) y las familiares (37%). El 64% realizaron el intento bajo circunstancias de severidad moderada. El 67% llevó a cabo el intento bajo una letalidad mínima y moderada baja. El 90% de los jóvenes presentaron ansiedad intensa y 80% presentaron signos y síntomas de depresión que variaba de un grado intenso a un grado severo.

Los autores concluyen que el intento de suicidio en adolescentes debe ser evaluado tomando en consideración la historia socio-psicológica y el contexto de desarrollo de la adolescencia. Al parecer la decisión de un adolescente de atentar contra su vida surge de la combinación de problemas que se remontan al pasado -sobre todo a la infancia y que se reactivan en la adolescencia- y problemas del momento actual. Sería más valioso determinar la asociación entre eventos negativos sucedidos en la vida del adolescente y el grado de depresión, evaluando ésta última a partir de un diagnóstico psiquiátrico, y no sólo a través de instrumentos o escalas para evaluar la depresión, los cuales únicamente determinan la presencia o ausencia de síntomas depresivos sin agruparlos en una categoría diagnóstica. Asimismo, para la prevención, es muy importante el conocimiento de la dinámica que lleva el adolescente con su familia y sus amigos.

Como se puede observar, el acervo de investigaciones sobre las conductas suicidas realizadas en nuestro país, revela que éstas son, en su mayoría, estudios epidemiológicos que pretenden estimar las tasas de incidencia de los suicidios consumados, de los intentos de suicidio o bien de la ideación suicida. Casi todos los estudios revisados estudian las características sociodemográficas, psicosociales y familiares de los sujetos. También cabe resaltar que los investigadores interesados en el tema giran su atención hacia el estudio del suicidio en adolescentes y no a las edades infantiles.

E) JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La revisión de los estudios antecedentes nos permite concluir que en nuestro país la investigación sobre las conductas suicidas infantiles es muy limitada. La mayor parte de los autores giran su atención al estudio del suicidio durante la adolescencia. Todos los reportes encontrados se refieren a estudios epidemiológicos que en su mayoría pretenden estimar las tasas de incidencia de los suicidios consumados, de los intentos de suicidio o bien de la ideación suicida, estudiando las características socio-demográficas, psicosociales y familiares. Asimismo, abordan la relación de las conductas suicidas en niños y adolescentes con los diagnósticos psiquiátricos.

En otros países las investigaciones epidemiológicas son abundantes y coinciden en la necesidad de comprender e identificar tempranamente a los niños con ideas e intentos suicidas para implementar tratamientos y estrategias preventivas. Estas investigaciones tienen como objetivo principal estimar la incidencia y los índices de prevalencia de distintas variables, estudiando muestras tanto de la población general, poblaciones escolares-comunitarias, como poblaciones clínicas, hospitalarias y de servicios de emergencia. En casi todos los estudios se analizan las mismas variables. Los investigadores que siguen esta metodología, estudian ampliamente la variable del grado de conciencia de los padres acerca de los problemas suicidas de sus hijos, encontrando que los padres no se percatan o no reportan dichos problemas.

Aproximaciones distintas a las epidemiológicas son realmente escasas. Se ha teorizado sobre la patogenia del suicida juvenil en relación con la representación mental de la vida y la muerte; en relación a la dinámica de la personalidad; y en relación a los procesos familiares. En este último sentido, cabe resaltar el trabajo de Orbach, I. (1988) quien siguiendo el modelo fenomenológico propone el concepto del *problema irresoluble*, que es un problema familiar complejo y enmascarado que se manifiesta como un problema exclusivo del niño suicida.

La literatura psicoanalítica sobre el tema del suicidio infantil es muy limitada. Se ha hecho hincapié en las tendencias agresivas del niño como explicativas del suicidio: a) por internalización de la agresión, originalmente agresión homicida, se provoca el autocastigo y de ahí el intento suicida; b) por miedo a la pérdida del control sobre los instintos, con una debilidad patológica en la estructura del yo, el suicidio representa un alivio ante los impulsos tiránicos internos del niño; c) como resultado de la temprana formación de tendencias sado-masoquistas.

Los reportes de casos suicidas en niños desde el psicoanálisis son muy escasos. Aquellos de los que disponemos están sustentados desde la teoría y técnica de Melanie Klein. Uno se refiere al rechazo a la comida como síntoma suicida en una niña de tres años (Milner, M. 1944). El otro describe el mecanismo de identificación proyectiva y el proceso de simbolización en el tratamiento psicoanalítico de un niño de cinco años con problemática suicida (Samy, M. 1998). Sin embargo, no se estudian los conceptos de *posición esquizo-paranoide* y *posición depresiva*; conceptos fundamentales de la teoría kleiniana.

El reporte de Samy, M. (1998), constituye una aportación especialmente valiosa para el presente trabajo en tanto conceptualiza el material clínico siguiendo los mecanismos de identificación proyectiva, simbolización y diferenciación en la relación de objeto. Además se interesa por la evolución de dichos fenómenos durante el tratamiento de su pequeño paciente.

Sin embargo, el autor menciona sólo de manera sucinta los términos de *posición esquizo-paranoide* y *posición depresiva*, y se da por hecho que su aproximación los incluye, pero no los toma como conceptos centrales en su estudio. Tampoco describe el funcionamiento propio de cada una de las posiciones, ni cómo se manifiestan la identificación proyectiva, la simbolización y la relación de objeto de acuerdo con dichos estados de funcionamiento.

Un aspecto fundamental para el presente trabajo es que la característica más importante del concepto kleiniano de *posición* es la de ser un estado fluctuante que puede ser más o menos duradero, permanente, o bien, puede ser temporal, momentáneo, lo cual diferencia de manera inequívoca la *posición* del concepto clásico psicoanalítico y psicológico de etapa de desarrollo como concepto cronológico. El estudio del vaivén entre las *posiciones esquizo-paranoide* y *depresiva* por los mecanismos de regresión a puntos de fijación y progresión a puntos de crecimiento en los casos de conducta suicida infantil, es un aspecto no abordado en el trabajo de Samy, M. (1998).

De acuerdo con la teoría del desarrollo temprano descrita por Melanie Klein, el interés principal del presente trabajo es el de estudiar las características propias de la *posición esquizo-paranoide* y de la *posición depresiva* tal y como se reflejan en las conductas suicidas infantiles. Se estudia

cómo el tratamiento psicoterapéutico psicoanalítico coadyuva a la evolución del funcionamiento mental de un niño con conductas suicidas, desde la *posición esquizo-paranoide* hasta la *posición depresiva*, y cómo dicho funcionamiento se da en un oscilar entre ambas *posiciones* a pesar del predominio de una u otra; abordaje no estudiado previamente por otros autores.

Para ello, se presenta el caso clínico de un niño de siete años, entre cuya florida sintomatología ha manifestado deseos y amenazas suicidas y ha cometido dos intentos de suicidio. Se describe tanto la valoración efectuada a través de un estudio psicológico completo, como el material clínico recabado durante cuatro años de tratamiento psicoanalítico.

CAPITULO II

EL SUICIDIO EN LA OBRA DE SIGMUND FREUD

Analizar las conductas suicidas desde la teoría psicoanalítica de Melanie Klein, nos remite inevitablemente a las consideraciones sobre el suicidio planteadas por Freud, de las cuales partió Klein para desarrollar sus conceptos.

A lo largo de la vasta obra de Sigmund Freud encontramos alusiones al tema general del suicidio como en *Contribuciones para un debate sobre el suicidio*, de sus *Escritos breves* (1910), en donde Freud plantea que para abordar este problema, es necesario partir del estado de la melancolía y su comparación con el afecto del duelo, por lo que resulta especialmente importante su tratado sobre *Duelo y melancolía* (1917[1915]) para entender la psicodinamia de la conducta suicida.

En diversos trabajos aborda el tema de manera más o menos sucinta como en *Psicopatología de la vida cotidiana* (1901); en *Totem y tabú* (1913[1912-13]); en *Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina* (1920); en *El yo y el ello* (1923); en *El problema económico del masoquismo* (1924); y, finalmente, en su *Esquema del psicoanálisis* (1940 [1938]).

En su magistral trabajo *"Duelo y Melancolía"* (1917[1915]), Freud nos ofrece un fundamento inestimable para la comprensión de las relaciones de objeto y los mecanismos que operan en la melancolía y en las tendencias suicidas.

En este trabajo plantea que, al igual que el duelo, la melancolía es una reacción a la pérdida de un objeto amado. Pero en la melancolía hallamos que la pérdida del objeto queda sustraída de la consciencia, a diferencia del duelo normal en donde nada de lo que respecta a la pérdida es inconsciente. En la melancolía la pérdida es de naturaleza más ideal: el objeto tal vez no está muerto, pero se perdió como objeto de amor. El melancólico no percibe conscientemente qué es lo que ha perdido; aún en los casos en que la pérdida es conocida para él, sabe a *quién* perdió, pero no lo *que* perdió en él. Es la pérdida desconocida, la causa de la melancolía. (p. 243).

En el melancólico hallamos una extraordinaria disminución del amor propio; es decir, un considerable empobrecimiento del yo: el sujeto se dirige a sí mismo amargos reproches, se insulta, se denigra y espera la repulsión y el castigo. El cuadro de este delirio de insignificancia, predominantemente moral, puede llevar al sujeto a una delirante expectativa de castigo. Analizando las autoacusaciones del melancólico, descubrimos que los reproches con los que el sujeto se abruma van dirigidos en realidad a otra persona, a un objeto de amor, y desde éste han rebotado sobre el propio yo. ¿Por qué? Al principio hubo una elección de objeto, una ligadura de libido con otra persona. Ante la pérdida, la ofensa real o el desengaño, el sujeto sustrae la libido del objeto pero no la desplaza a otro, como normalmente debe ocurrir. La libido libre fue retraída al yo y sirvió para establecer una identificación del yo con el objeto abandonado. "La sombra del objeto cayó sobre el yo" (p. 246), y a partir de ese momento el yo fue juzgado como el objeto por una instancia especial (evidentemente se refiere al superyó, aunque aquí no lo nombra como tal). La pérdida del objeto se transformó en una pérdida del yo, y el conflicto entre el yo y la persona amada, en una bipartición entre el yo crítico y el yo alterado por identificación.

Freud (1917[1915]), señala que tiene que haber existido una fuerte fijación al objeto de amor y contradictoriamente, al mismo tiempo una escasa resistencia de la investidura de objeto; contradicción que se explica en función de que la elección de objeto tuvo efecto sobre una base narcisista; es decir, que cuando surge alguna dificultad la investidura de objeto puede regresar al narcisismo. La identificación narcisista con el objeto se convierte entonces, en un sustituto de la investidura de amor, de modo que la relación erótica no puede ser abandonada a pesar del

conflicto con la persona amada. Se sustituye el amor al objeto por una identificación con él, dándose una regresión desde un tipo de elección de objeto hasta el narcisismo originario.

La identificación es corolario de la elección de objeto, y es el primer modo, ambivalente en su expresión, como el yo distingue a un objeto. En la melancolía ocurre una regresión desde la investidura de objeto hasta la fase oral o canibalística del desarrollo libidinal, perteneciente aún al narcisismo; de ahí que el yo querría incorporarse al objeto ingiriéndolo y devorándolo.

La pérdida del objeto de amor hace surgir la ambivalencia de los vínculos amorosos. Cuando preexiste una disposición a la neurosis obsesiva, el conflicto de ambivalencia presta al duelo una estructura patológica, de modo que el autorreproche se produce por haber deseado la pérdida del objeto amado e incluso por ser culpable de ella. En la depresión obsesiva, tras la muerte de personas amadas, se presenta este conflicto de ambivalencia pero no el recogimiento regresivo de la libido. La melancolía rebasa la pérdida por muerte y abarca las situaciones de afrenta, de menosprecio y de desengaño, tras las cuales puede surgir la oposición entre amor y odio 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 insultándolo, denigrándolo, haciéndolo sufrir y ganando en este sufrimiento una satisfacción sádica. Por ello, el tormento que el melancólico se inflige a sí mismo, es indudablemente placentero. Al igual que en la neurosis obsesiva, encontramos en el melancólico una satisfacción de tendencias sádicas y de tendencias al odio dirigidas hacia el objeto, pero vuelta hacia la propia persona. Por el camino indirecto del autocastigo, consigue el sujeto su venganza de los objetos originarios y atormenta a los que ama por medio de la enfermedad; así no tiene que mostrarles directamente su hostilidad. En la melancolía, la investidura de amor en relación con su objeto ha experimentado un destino doble; en una parte, ha regresado a la identificación, pero en otra parte, bajo la influencia del conflicto de ambivalencia, fue trasladada hacia atrás, hacia la etapa del sadismo más próxima a ese conflicto.

Para Freud (1917[1915]), “sólo este sadismo nos revela el enigma de la inclinación al suicidio, por la cual la melancolía se vuelve tan interesante y... peligrosa.” (p. 249, el subrayado es mío). Ante una amenaza de muerte, vemos liberarse un monto tan gigantesco de libido narcisista, que parecería incomprensible cómo el yo puede consentir su propia destrucción. El neurótico experimenta impulsos homicidas hacia otros que pueden volverse contra el yo; pero sólo el

estudio de la melancolía nos permite entender cómo estos impulsos pueden convertirse en actos. El yo sólo puede darse muerte cuando el retorno de la investidura de objeto le permite tratarse a sí mismo como un objeto; es decir, cuando dirige contra sí mismo la hostilidad que tiene contra el objeto, hostilidad que representa la reacción originaria del yo contra los objetos del mundo exterior. En la regresión a la elección objetual narcisista, el objeto queda cancelado, pero a pesar de ello demuestra ser más poderoso que el yo. “En las dos situaciones contrapuestas del enamoramiento extremo y el suicidio el yo, aunque por caminos enteramente diversos, es sojuzgado por el objeto.” (p. 250, el subrayado es mío).

Una de las peculiaridades más singulares de la melancolía es su tendencia a transformarse en manía, un estado que presenta los síntomas opuestos. El contenido de la manía es, para Freud (1917[1915]), idéntico al de la melancolía. Ambas afecciones luchan contra el mismo “complejo” de relación de dominio del objeto, al que el yo probablemente sucumbe en la melancolía, mientras que en la manía, el yo lo ha dominado o lo ha hecho a un lado. Es decir, en la manía, el yo parece haber dominado la pérdida del objeto, (o al duelo por dicha pérdida, o quizá al objeto mismo), quedando así disponible la contrainvestidura del doloroso sufrimiento de la melancolía. El maníaco evidencia su emancipación del objeto que le hizo sufrir, emprendiendo con hambre voraz nuevas investiduras de objeto. La manía no es otra cosa que un triunfo, pero nuevamente queda oculto para el yo eso que él ha vencido y sobre lo cual ha triunfado.

De las tres premisas de la melancolía: pérdida del objeto, ambivalencia y regresión de la libido al yo, encontramos las dos primeras en los reproches obsesivos del duelo normal; ahí, es la ambivalencia el resorte del conflicto, que una vez superado no deja el menor indicio de triunfo, como en la manía. De modo que, nos dice Freud, es la regresión de la libido al yo, lo que explica la manía; es decir, que la acumulación de investidura, antes ligada y que se libera al término del trabajo melancólico y posibilita la manía, tiene que estar en relación directa con la regresión de la libido al narcisismo.

Como veremos éstas y otras ideas de Freud permearon el pensamiento de Melanie Klein al desarrollar su concepción del desarrollo temprano, en especial lo que respecta a la *posición depresiva*. Asimismo tuvieron una gran influencia en su aproximación a los estados patológicos y específicamente a su concepción de la conducta suicida.

Siguiendo el pensamiento clásico freudiano, en la dinámica de la conducta suicida podemos distinguir los componentes que ésta comparte con los estados patológicos y con las manifestaciones de conductas normales.

En el capítulo VIII de su *Psicopatología de la vida cotidiana* (1901), Freud considera que “nunca se puede excluir que un suicidio sea el desenlace del conflicto psíquico” (p.175-6, el subrayado es mío), y lo relaciona con las lesiones autoinferidas cuando aparecen como síntomas patológicos en las psiconeurosis graves, y aún en los casos normales como castigo ante la culpa. Considera que los daños en apariencia casuales, son en verdad lesiones que el sujeto mismo se inflige, pues existe una tendencia a la autopunición que saca partido de una situación externa que por casualidad se le ofrece o incluso la crea, hasta alcanzar el efecto dañino deseado. Por supuesto que esto ocurre por un propósito inconsciente.

Freud (1901), propone que junto al suicidio deliberado consciente, existe también una autoaniquilación semideliberada -con propósito inconsciente- que explota un riesgo mortal, enmascarado como azaroso infortunio. Considera que la tendencia a la autoaniquilación está presente, con cierta intensidad, en un mayor número de personas que el de aquellas en donde la observamos abiertamente. Las lesiones inflingidas a sí mismo son un compromiso entre la pulsión (de autoaniquilación) y las fuerzas que todavía se le contraponen. Aún en el suicidio consumado, la inclinación autodestructiva estuvo presente desde mucho tiempo antes con menor intensidad, o bien como una tendencia inconsciente y sofocada. De este modo, podemos sospechar que ciertos accidentes mortales de apariencia casual, se tratan en realidad de suicidios tolerados inconscientemente; y viceversa: el sujeto puede entregarse al intento inconsciente de suicidio porque conscientemente no quería perpetrarlo.

Siguiendo la línea desde lo patológico hasta lo normal y hasta lo filogenético, en *Totem y tabú* (1913 [1912-13]) plantea que así como en el mito cristiano el pecado original del hombre es indudablemente un pecado contra Dios Padre, del cual Cristo redime a los hombres por medio del autosacrificio, así “los impulsos suicidas de nuestros neuróticos resultan ser, por regla general, unos autocastigos por deseos de muerte dirigidos a otros” (p.155, n.59, el subrayado es mío); idea que -como ya observamos- desarrolló con toda profundidad en *Duelo y melancolía* (1917[1915]) y sobre la cual insistió en su 26a. conferencia “La teoría de la libido y el narcisismo” de sus *Conferencias de introducción al psicoanálisis* (1916-1917).

Bajo estas consideraciones, en *Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina* (1920), estudia el intento suicida de una paciente homosexual de dieciocho años, como reacción al cumplimiento de castigo (autopunición), por haber desarrollado en su inconsciente intensos deseos de muerte contra uno de los padres. Quizá por afán de venganza contra el padre, quien le perturbaba su amor por una dama de mayor edad; pero más probablemente contra la madre cuando quedó embarazada de su hermanito. Evidentemente siguiendo *Duelo y melancolía*, explica el enigma del suicidio aclarando que “no halla quizá la energía psíquica para matarse quien, en primer lugar, no mata a la vez un objeto con el que se ha identificado, ni quien, en segundo lugar, no vuelve hacia sí un deseo de muerte que iba dirigido a otra persona.” (p.155, el subrayado es mío).

En este trabajo, Freud (1920) profundiza en el cumplimiento de deseo como explicativo de la reacción suicida. Por un lado, se cumplía para la paciente el deseo cuyo desengaño la había empujado a la homosexualidad, es decir, el deseo de tener un hijo del padre, pues siguiendo el juego de palabras alemanas (caer y parir) e inglesas (caer y quedar embarazada o parir), ahora la joven -aventándose a las vías del tren para suicidarse- “caía por culpa del padre” (p.155). Por otro lado, en la identificación con la madre, que habría debido morir en ese parto del hijo que le había arrebatado, este cumplimiento de castigo es, otra vez, un cumplimiento de deseo.

Cabe resaltar que en el estudio de este caso, Freud en ningún momento acude al elemento histriónico de manipulación como explicativo del intento de suicidio, a pesar de que, tras su restablecimiento físico, la paciente obtuvo una situación más favorable que antes a sus deseos homosexuales. Los padres ya no osaron contrariarla y de hecho se sintieron derrotados en sus medidas disciplinarias para dominar la perturbación manifiesta; y la dama, objeto de su amor, dejó de rechazarla y comenzó a tratarla amistosamente. A pesar de ello, Freud centra sus consideraciones siguiendo la línea de la desesperación melancólica ante el rechazo del objeto de amor, la regresión narcisista de la libido y el deseo de muerte dirigido al propio yo por identificación con el objeto primario. Consideraciones teóricas que serán discutidas en el presente trabajo en relación con la generalizada idea de explicar el intento de suicidio exclusivamente como recurso histérico manipulador por parte del sujeto. Este aspecto no reduccionista, queda también claramente planteado por Freud en su 30a. conferencia “Sueño y ocultismo” de sus *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis* (1933 [1932]).

En el capítulo V de *El yo y el ello* (1923), Freud estudia “Los vasallajes del yo”; es decir, los nexos entre el yo, el ello, el superyó y el mundo exterior, y recurre a los hechos clínicos para explicar el sentimiento inconsciente de culpa, observable en la llamada “reacción terapéutica negativa”, y lo relaciona nuevamente con el proceso de la melancolía. La resistencia a la curación se debe a que un sentimiento de culpa halla su satisfacción en la enfermedad y no quiere renunciar al castigo del padecer. Pero el sentimiento de culpa es mudo para el enfermo, no le dice que es culpable; él no se siente culpable, sino enfermo. Esto se aplica a los fenómenos más extremos pero es posible que cuente, en menor medida, para muchos casos de neurosis grave, quizá para todos. Aquí Freud establece que “quizá es justamente este factor, la conducta del ideal del yo (o superyó), el que decide la gravedad de una neurosis” (p.51).

En este trabajo, Freud (1923) aborda las diferencias entre el sentimiento de culpa normal-consciente (consciencia moral) como expresión de una condena del yo por el superyó, y el sentimiento de culpa consciente que se presenta de manera hiperintensa en la neurosis obsesiva y en la melancolía, pero con divergencias significativas entre ambas afecciones en la conducta del ideal del yo.

En la neurosis obsesiva, el sentimiento de culpa es muy intenso pero no puede justificarse ante el yo. Por eso el yo del neurótico obsesivo se resiste contra la imputación de culpabilidad; no la acepta y en el tratamiento demanda al analista que ratifique su desautorización de esos sentimientos de culpa. Hacerlo de nada serviría, pues el superyó está influido por procesos de los cuales el yo no se ha percatado, en cambio pueden descubrirse los impulsos reprimidos que son el fundamento del sentimiento de culpa. En este caso “el superyó ha sabido más que el yo acerca del ello inconsciente {no sabido}” (p.52). En la melancolía es aún más fuerte la impresión de que el superyó ha arrastrado hacia sí a la consciencia. Pero aquí el yo no interpone veto alguno, se confiesa culpable y se somete al castigo. En la neurosis obsesiva se trataba de mociones repelentes que permanecían fuera del yo; en la melancolía, el objeto a quien se dirige la cólera del superyó, ha sido acogido en el yo por identificación.

Freud (1923) se pregunta: ¿cómo es que el superyó se exterioriza esencialmente como crítica y así despliega contra el yo una dureza y severidad tan extraordinarias? En la melancolía hallamos que el superyó hiperintenso que ha arrastrado hacia sí a la consciencia, se lanza con furia inmisericorde sobre el yo como si se hubiera apoderado de todo el sadismo disponible en el

individuo. El componente destructivo se ha depositado en el superyó y se ha vuelto hacia el yo, de manera que “lo que ahora gobierna en el superyó es como el cultivo puro de la pulsión de muerte, que a menudo logra efectivamente empujar al yo a la muerte, cuando el yo no consiguió defenderse antes de su tirano mediante el vuelco a la manía” (p. 54, el subrayado es mío). Por oposición a lo que ocurre en la melancolía, el neurótico obsesivo nunca llega a darse muerte; es como inmune al peligro de suicidio porque es la conservación del objeto lo que garantiza la seguridad del yo.

Desde la perspectiva de la vida pulsional y ahondando en el sentimiento de culpa y la necesidad de castigo, Freud aborda el estudio de la contraparte del sadismo en su obra *El problema económico del masoquismo* (1924). Afirma que en el ser vivo, la libido se enfrenta con la pulsión de destrucción o de muerte; ésta, que impera dentro del individuo, querría desagregarlo y llevarlo a la condición de la estabilidad inorgánica (aunque sea relativa). La tarea de la libido es volver inocua esta pulsión destructora, para lo cual desvía buena parte de esta pulsión hacia afuera, dirigiéndola hacia los objetos del mundo exterior. Recibe, entonces, el nombre de pulsión de destrucción, pulsión de apoderamiento, voluntad de poder. Un sector de esta pulsión es puesto directamente al servicio de la función sexual y es el sadismo propiamente dicho. Pero otro sector permanece en el interior del organismo y allí es ligado libidinosamente, constituyendo el masoquismo erógeno, originario. Así, se da el domefiamiento de la pulsión de muerte por la libido. Se produce una mezcla y una combinación muy vastas y de proporciones variables entre las dos clases de pulsión. El masoquismo sería el testigo y un relicto de aquella fase de formación en que aconteció la liga, tan importante para la vida, entre Eros y la pulsión de muerte. Cuando el sadismo proyectado al exterior es nuevamente introyectado bajo ciertas constelaciones, da por resultado el masoquismo secundario que viene a añadirse al originario.

Cuando el masoquismo pierde su vínculo con la sexualidad y el padecer como tal es lo que importa, Freud (1924) lo denomina masoquismo moral, causado por poderes o circunstancias impersonales, y al explicar el por qué lo seguimos denominando masoquismo, lo relaciona nuevamente con el sentimiento de culpa “inconsciente”. Existe una diferencia entre la continuación inconsciente de la moral y el masoquismo moral: en la primera, el acento recae sobre el sadismo acrecentado del superyó, al cual el yo se somete; en la segunda, recae sobre el genuino masoquismo del yo, quien pide castigo, sea de parte del superyó o de los poderes

parentales de afuera. En ambos casos se trata de una relación entre el yo y el superyó o poderes equiparables a éste último, y en ambos el resultado es una necesidad que se satisface mediante el castigo y el padecimiento. Pero el sadismo del superyó deviene consciente con estridencia, mientras que el afán masoquista del yo, permanece oculto para la persona y se descubre por su conducta. Así, Freud propone traducir la expresión “sentimiento inconsciente de culpa” por “necesidad de ser castigado por un poder parental”.

“Para provocar el castigo, el masoquista se ve obligado a hacer cosas inapropiadas, a trabajar en contra de su propio beneficio, destruir las perspectivas que se le abren en el mundo real y, eventualmente, aniquilar su propia existencia real.” (p.175, el subrayado es mío). Esta reversión del sadismo hacia la persona propia ocurre por la “sofocación cultural de las pulsiones”, que lleva a abstenerse de aplicar una parte de los componentes pulsionales destructivos; éstos se observan como un acrecentamiento del masoquismo en el interior del yo. Pero la destrucción que retorna desde el mundo exterior puede ser acogida por el superyó y aumentar su sadismo al yo. Así, el sadismo del superyó y el masoquismo del yo se complementan y se aúnan para provocar las mismas consecuencias. Sólo así podemos comprender por qué de la sofocación de las pulsiones resulta un sentimiento de culpa, y por qué la conciencia moral se vuelve tanto más severa y susceptible, cuanto más se abstenga la persona de agredir a los demás.

El masoquismo moral pasa a ser el testimonio clásico de la existencia de la mezcla de pulsiones. Su peligrosidad se debe a que descende de la pulsión de muerte, pero como tiene el valor psíquico de un componente erótico, “ni aún la autodestrucción de la persona puede producirse sin satisfacción libidinosa” (p. 176, el subrayado es mío).

Finalmente, Freud sintetiza y redondea estas ideas en su *Esquema del psicoanálisis* (1940 [1938]), en donde plantea que mientras la pulsión de destrucción produce efectos en el interior como pulsión de muerte, permanece muda; y sólo se vuelve observable cuando es vuelta hacia afuera como pulsión de destrucción hacia otro, lo cual es necesario para la conservación del individuo.

Con la instalación del superyó, montos considerables de la pulsión de agresión son fijados en el interior del yo y allí ejercen efectos autodestructivos. Retener la agresión es en general insano y produce efectos patógenos. La destrucción de sí mismo por vuelta de la agresión hacia la propia

persona -como en un ataque de furia, o en el golpearse a sí mismo- es evidente que el sujeto habría preferido infligir a otro ese maltrato. Una parte de destrucción de sí, permanece en lo interior hasta que consigue matar al individuo, lo cual ocurre cuando la libido se ha consumido o se ha fijado de una manera desventajosa. "...el individuo muere a raíz de sus conflictos internos; la especie, en cambio, se extingue por su infructuosa lucha contra el mundo exterior..." (p.148).

Más adelante en este trabajo, Freud (1940 [1938]), aborda las resistencias y las limitaciones de la técnica psicoanalítica, y plantea que nos enfrentamos a la "necesidad de estar enfermo o de padecer" causada por dos factores: el primero es el sentimiento de culpa o conciencia de culpa, por un superyó duro y cruel, en donde el individuo no debe sanar sino permanecer enfermo pues no merece nada mejor. Ahí, nos limitamos a hacer consciente esa resistencia e intentamos desmontar poco a poco ese superyó hostil. El otro factor se refiere a las personas cuya pulsión de autoconservación ha experimentado un trastorno. Parecen no perseguir otra cosa que dañarse y destruirse a sí mismas; se incluyen aquellos que al fin perpetran realmente el suicidio (p.180, el subrayado es mío). Suponemos que en ellas han sobrevenido vastas desmezclas de pulsión a consecuencia de las cuales se han liberado cantidades hipertróficas de la pulsión de destrucción vuelta hacia adentro. Tales pacientes no pueden tolerar ser restablecidos por el análisis y lo contrarían por todos los medios. "Pero, lo confesamos, éste es un caso que todavía no se ha conseguido esclarecer del todo" (p.181).

A) SUPERYÓ Y SENTIMIENTO DE CULPA

Como se puede observar, es imposible comprender cabalmente las consideraciones de Freud acerca del fenómeno suicida, sin profundizar en el estudio del desarrollo del superyó y del sentimiento de culpa. En sus trabajos: *Introducción del narcisismo* (1914), *Duelo y melancolía* (1917[1915]), *Psicología de las masas y análisis del yo* (1921), *El yo y el ello* (1923) y *El malestar en la cultura* (1930 [1929]), Freud nos ilustra al respecto.

Como veremos a continuación, el tema de la génesis del superyó plantea ciertas dificultades epistemológicas. Al igual que el estudio de otros conceptos de la metapsicología freudiana, el del

superyó pone claramente de manifiesto que el pensamiento de Freud sigue la concepción ontogenética tanto como lo filogenético, de manera que por momentos resulta difícil seguir la sucesión temporal, de acuerdo con la secuencia de la lógica consciente; es como si Freud nos movilizara en dos temporalidades simultáneamente. Quizá, la idea del conocimiento *a posteriori*, que con tanta frecuencia aparece en sus elaboraciones teóricas, nos ayude a vencer esta dificultad epistemológica. Aunado a ello, Freud logró su concepción definitiva acerca del superyó bajo la hipótesis del modelo estructural del aparato psíquico, pero nunca abandonó la importancia de la concepción tópica; movilizarnos en los dos modelos provoca cierta complejidad para la aprehensión de la génesis del superyó.

Es indiscutible que fue hasta su trabajo *El yo y el ello* (1923), cuando Freud conceptualizó como superyó a la instancia crítica diferenciada a partir del yo. Sin embargo, la “facultad de la autocrítica” y su correlato, el sentimiento de culpa, habían atraído su interés desde las primeras épocas de su obra, principalmente en conexión con el estudio de los autorreproches en la neurosis obsesiva. Así, por ejemplo, desde sus *Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa* (1896), estableció que “las representaciones obsesivas son siempre reproches mudados, que retoman desde la represión y están referidas siempre a una acción de la infancia, una acción sexual realizada con placer” (p.170).

No obstante, fue el concepto de narcisismo el que permitió dar luz sobre el verdadero mecanismo de tales autorreproches, con lo cual Freud introdujo los conceptos de “ideal del yo” y de la “instancia psíquica de observación de sí” vinculada con él, en su importantísimo trabajo *Introducción del narcisismo* (1914). Esta obra resulta de particular interés para el presente estudio pues, además de que en él plantea claramente estos conceptos (que serían las bases de lo que finalmente llamaría superyó), incursiona en el problema más profundo de las relaciones entre el yo y los objetos externos, que podemos considerar como corolario de su exposición sobre el proceso a través del cual una investidura de objeto es remplazada en la melancolía por una identificación; proceso que -como ya dijimos- es fundamental para la comprensión de las conductas suicidas. Aunado a ello, en esta obra inicia su estudio del narcisismo partiendo de aquellos rasgos psicóticos que, como veremos, se presentan en el caso que nos ocupa.

Así, Freud (1914) nos dice que la idea de narcisismo primario y normal surgió al considerar la demencia praecox (Kraepelin) o esquizofrenia (Bleuler), bajo la premisa de la teoría de la libido.

Estos enfermos (parafrénicos) muestran dos rasgos fundamentales de carácter: el delirio de grandeza y el extrañamiento de su interés respecto del mundo exterior (personas y cosas). Parecen haber retirado realmente su libido de las personas y cosas del mundo exterior, pero sin sustituirlas por otras en su fantasía como lo hace el histérico y el neurótico obsesivo. El delirio de grandeza nació a expensas de la libido de objeto. La libido sustraída del mundo exterior fue conducida al yo y así surgió una conducta que podemos llamar narcisismo. Pero el delirio de grandeza no es una creación nueva, sino una amplificación y el despliegue de un estado que ya antes había existido; por lo tanto, el narcisismo nace por el replegamiento de las investiduras de objeto como un narcisismo secundario que se edifica sobre la base de otro, primario. “Nos formamos así, la imagen de una originaria investidura libidinal del yo, cedida después a los objetos; empero considerada en su fondo, ella persiste, y es a las investiduras de objeto como el cuerpo de una ameba a los seudópodos que emite.” (p.73).

Las energías psíquicas al comienzo están juntas en el estado de narcisismo y son indiscernibles para nuestro análisis grueso, y sólo con la investidura de objeto se vuelve posible diferenciar una energía sexual (la libido) de una energía de las pulsiones yoicas. Para Freud, el narcisismo es un estado intermedio entre el autoerotismo y el amor de objeto. El autoerotismo es un estado temprano de la libido, las pulsiones autoeróticas son iniciales, primordiales; por lo tanto, algo tiene que agregarse al autoerotismo -una nueva acción psíquica- para que el narcisismo se constituya. Es decir, que el yo tiene que ser desarrollado: “es un supuesto necesario que no esté presente desde el comienzo en el individuo una unidad comparable al yo.” (p.74)

Así como al comienzo la libido yoica quedó oculta a nuestra observación tras la libido de objeto, reparamos primero en que el niño elige sus objetos sexuales tomándolos de sus vivencias de satisfacción. Las primeras satisfacciones sexuales autoeróticas son vivenciadas a través de funciones vitales que sirven a la autoconservación. Las funciones sexuales se apuntalan al principio en la satisfacción de pulsiones yoicas, y sólo más tarde se independizan de ellas; por eso las personas encargadas de la nutrición, el cuidado y la protección del niño (principalmente la madre o sustituto), devienen los primeros objetos sexuales. Freud (1914) llamó a este tipo de elección de objeto *del apuntalamiento* o tipo anaclítico. Ahora bien, cuando el desarrollo libidinal experimentó una perturbación, el individuo no elige su posterior objeto de amor según el modelo de la madre, sino según el de su propia persona. Se busca a sí mismo como objeto de amor y

exhibe el tipo de elección de objeto *narcisista*. En este sentido, para Freud, todo ser humano tiene abiertos frente a sí ambos caminos para la elección de objeto, pudiendo preferir uno u otro; tiene dos objetos sexuales originarios: él mismo y la mujer que lo crió. Por lo tanto, presuponemos en todo ser humano el narcisismo primario que, eventualmente, puede expresarse de manera dominante en su elección de objeto.

Los caminos para la elección de objeto sugerirían que se ama: 1] Según el *tipo narcisista*: a) a lo que uno mismo es (a sí mismo); b) a lo que uno mismo fue; c) a lo que uno querría ser; y d) a la persona que fue una parte del sí-mismo propio. 2] Según el *tipo del apuntalamiento*: a) a la mujer nutricia; y b) al hombre protector.

De acuerdo con Freud (1914) es posible comprobar la existencia del narcisismo, si consideramos la actitud de los padres tiernos hacia sus hijos como un renacimiento y reproducción del narcisismo propio, abandonado. La sobrestimación gobierna este vínculo afectivo, prevaleciendo una compulsión a atribuir al niño toda clase de perfecciones y a encubrir todos sus defectos. Se suspenden frente al niño, todas esas conquistas culturales cuya aceptación hubo de arrancarse al propio narcisismo, y a renovar a propósito de él, la exigencia de prerrogativas a que se renunció hace mucho tiempo. El niño debe tener mejor suerte que sus padres, no debe estar sometido a esas necesidades objetivas: enfermedad, muerte, renuncia al goce, restricción de la voluntad propia, no han de tener vigencia para el niño; las leyes de la naturaleza y de la sociedad han de cesar ante él, y realmente debe ser de nuevo el centro y el núcleo de la creación. “*His Majesty the Baby*, como una vez nos creímos. Debe cumplir los sueños, los irrealizados deseos de sus padres; el varón será un gran hombre y un héroe en lugar del padre, y la niña se casará con un príncipe como tardía recompensa para la madre.” (p.88). El conmovedor amor parental, no es otra cosa que el narcisismo de los padres.

En este trabajo, Freud (1914) nos dice que la observación del adulto normal muestra amortiguado el delirio de grandeza que una vez tuvo, pues las mociones pulsionales libidinales sucumben a la represión cuando entran en conflicto con las representaciones culturales y éticas del individuo. Los impulsos y mociones de deseo son desaprobados con indignación o ahogados antes de que devengan conscientes, porque se ha erigido en el interior de sí un *ideal* por el cual el individuo mide su yo actual. La formación de ideal sería, de parte del yo, la condición de la represión; y sobre este yo ideal recae ahora el amor de sí mismo de que en la infancia gozó el yo real. El

narcisismo aparece desplazado a este nuevo yo ideal que, como el infantil, se encuentra en posesión de todas las perfecciones valiosas. Como siempre ocurre en el ámbito de la libido, el hombre se ha mostrado incapaz de renunciar a la satisfacción de que gozó una vez. No quiere privarse de la perfección narcisista de su infancia, y si no pudo mantenerla por estorbárselo las admoniciones que recibió en la época de su desarrollo y por el despertar de su juicio propio, procura recobrarla en la nueva forma del ideal del yo. “Lo que él proyecta frente a sí como su ideal es el sustituto del narcisismo perdido de su infancia, en la que él fue su propio ideal.” (p.91)

Freud (1914) nos alerta sobre la confusión entre la formación de un ideal del yo y la sublimación de la pulsión, y nos dice que el haber trocado el narcisismo por la veneración de un elevado ideal del yo no implica haber alcanzado la sublimación de las pulsiones libidinosas. El ideal del yo reclama esa sublimación pero no puede forzarla. De hecho, encontramos máximas diferencias de tensión entre la constitución del ideal del yo y la medida en que se sublimaron las pulsiones libidinales primitivas; procesos que contribuyen en proporciones por entero diversas a la causación de la patología. La formación del ideal aumenta las exigencias del yo y es el más fuerte favorecedor de la represión; la sublimación es la vía de escape que permite cumplir esas exigencias sin dar lugar a la represión. “No nos asombraría que nos estuviera deparado hallar una instancia psíquica particular cuyo cometido fuese velar por el aseguramiento de la satisfacción narcisista proveniente del ideal del yo, y con ese propósito observase de manera continua al yo actual midiéndolo con el ideal.” (p.92, el subrayado es mío).

Fue en este trabajo, Freud (1914), donde estableció que lo que llamamos nuestra “conciencia moral” satisface la caracterización de dicha instancia, la cual nos permite comprender el delirio de ser observado del paranoide y dado que la formación del ideal del yo partió de la influencia crítica de los padres, la institución de la conciencia moral fue en el fondo una encarnación de la crítica de los padres primero, y después de la crítica de la sociedad.

En *Psicología de las masas y análisis del yo* (Freud, 1921), continúa trabajando sobre el tema del ideal del yo, específicamente en sus capítulos VII y VIII en donde aborda el tema de la elección de objeto, ahora en relación con el proceso de identificación. Considera a ésta, como “la más temprana exteriorización de una ligazón afectiva con otra persona” (p.99). El complejo de Edipo nace por la confluencia de la investidura de objeto a la madre y la identificación con el padre. Después, cuando dicho complejo se invierte, se toma al padre como objeto de satisfacción de las

pulsiones sexuales, de manera que en la identificación, el padre es lo que uno querría *ser*, mientras que en la elección de objeto, el padre es lo que uno querría *tener*. La diferencia depende de que la ligazón recaiga en el sujeto o en el objeto del yo. La primera ligazón ya es posible antes de toda elección sexual de objeto. En lo metapsicológico, la identificación aspira a configurar el yo propio a semejanza del otro, tomado como "modelo".

El estudio de la formación neurótica del síntoma, de la homosexualidad y de la melancolía, conducen a Freud a corroborar que el proceso identificación es ambivalente desde sus comienzos; puede expresarse como ternura o como deseo de eliminación. Se comporta como un legado de la primera fase oral de la libido, en la que el objeto anhelado y apreciado se incorpora por devoración y así se aniquila como tal, de manera que la identificación reemplaza a la elección de objeto por vía regresiva, mediante la introyección del objeto en el yo. En la melancolía, además - como ya expusimos-, se presenta una cruel denigración de sí por el yo, unida a la implacable autocrítica y a los amargos autorreproches, que en el fondo se aplican al objeto y constituyen la venganza del yo sobre él. En la melancolía, la introyección del objeto es una evidencia innegable.

En este trabajo, Freud (1921), profundiza sobre el papel del superyó, diciendo que en la melancolía el yo se muestra dividido, descompuesto en dos fragmentos, uno de los cuales arroja su furia sobre el otro. Este otro fragmento es el alterado por introyección, que incluye al objeto perdido. El que se comporta tan cruelmente, incluye a la conciencia moral, una instancia crítica del yo, que también en épocas normales se le ha contrapuesto críticamente, sólo que nunca de manera tan implacable e injusta. En nuestro yo se desarrolla una instancia así, que se separa del resto del yo y puede entrar en conflicto con él. Es el llamado "ideal del yo" y le atribuimos las funciones de la observación de sí, la conciencia moral, la censura onírica y el ejercicio de la principal influencia en la represión. Es la herencia del narcisismo originario, en el que el yo infantil se contentaba a sí mismo. Poco a poco toma, de los influjos del medio, las exigencias que éste plantea al yo y a las que el yo no siempre puede allanarse, de manera que el ser humano, toda vez que no puede contentarse consigo en su yo, puede hallar su satisfacción en el ideal del yo, diferenciado a partir de aquel. En el delirio de observación se vuelve patente la descomposición de esa instancia, y así descubre su origen, que son las influencias de las autoridades, sobre todo de los padres. La medida del distanciamiento entre este ideal del yo y el yo actual es muy variable

según los individuos, en muchos de los cuales esta diferenciación interior del yo no ha avanzado mucho respecto del niño.

Abordando el estado de enamoramiento adolescente, Freud (1921) nos lleva más allá en el estudio del ideal del yo. Con el fenómeno de la sobrestimación sexual, el objeto amado goza de cierta exención de la crítica, sus cualidades son mucho más estimadas que en las personas a quienes no se ama o que en ese mismo objeto en la época en que no era amado. Por idealización, se ama sensualmente al objeto sólo en virtud de sus excelencias anímicas; cuando en realidad sólo la complacencia sensual pudo conferir al objeto tales excelencias. De modo que el objeto es tratado como el yo propio, y por tanto en el enamoramiento afluye al objeto una medida mayor de libido narcisista. El objeto sirve para sustituir un ideal del yo propio, no alcanzado. Se ama en virtud de perfecciones a que se ha aspirado para el yo propio y que ahora a uno le gustaría procurarse, para satisfacer su narcisismo, por este rodeo. El yo resigna cada vez más todo reclamo, se vuelve más modesto, mientras el objeto se hace más grandioso y valioso; al final llega a poseer todo el amor de sí mismo del yo y la consecuencia natural es el autosacrificio de éste. "El objeto, por así decir, ha devorado al yo." (p.107) Junto a esta entrega del yo al objeto, fallan por entero las funciones que recaen sobre el ideal del yo. El yo calla la crítica que es ejercida por esta instancia; todo lo que el objeto hace y pide es justo e intachable. La conciencia moral no se aplica a nada de lo que acontece en favor del objeto. *El objeto se ha puesto en el lugar del ideal del yo.*

A diferencia de la identificación, en donde el yo se enriquece con las propiedades del objeto por su introyección, en el extremo de la servidumbre enamorada, el yo se ha empobrecido, se ha entregado al objeto, le ha concedido el lugar de su ingrediente más importante. Pero desde el punto de vista económico, no se trata de un enriquecimiento o empobrecimiento; también en el enamoramiento extremo, el yo se ha introyectado el objeto. Lo esencial sería que en la identificación, el objeto se ha perdido o ha sido resignado; después se lo vuelve a erigir en el interior del yo, y el yo se altera parcialmente según el modelo del objeto perdido. En el enamoramiento, el objeto se ha mantenido y es sobreinvertido como tal por el yo a sus expensas. La diferencia sería *que el objeto se ponga en el lugar del yo o en el del ideal del yo.*

Bajo el estudio del instinto gregario, Freud (1921) concluye que la raíz de la conciencia moral social y del sentimiento del deber, está en la exigencia de igualdad surgida por la envidia

originaria y por los celos hacia los hermanos. El niño querría desalojar al otro, mantenerlo lejos de los padres y expropiarle todos sus derechos; pero en vista de que este niño -como todos los que vienen después- es amado por los padres de igual modo, y por la imposibilidad de perseverar en su actitud hostil sin perjudicarse, es compelido a identificarse con los otros niños y así se forma el sentimiento de masa o de comunidad, que después en la escuela halla su ulterior desarrollo. La primera exigencia de esta formación reactiva es la de la justicia y el trato igual para todos. Si uno mismo no puede ser el preferido, entonces ningún otro deberá serlo. Se da una transmutación y sustitución de los celos por un sentimiento de masa. Rivales al comienzo, han podido identificarse entre sí por su parejo amor hacia el mismo objeto. Cuando una situación pulsional es susceptible de diversos desenlaces, no ha de sorprendernos que se produzca aquel con el cual se asocia la posibilidad de cierta satisfacción, aunque se posponga el logro de la meta. Ninguno debe querer destacarse, todos tienen que ser iguales y poseer lo mismo. La justicia social quiere decir que uno se deniega muchas cosas para que también los otros deban renunciar a ellas o, lo que es lo mismo, no puedan exigir las.

Por último, y ya muy cercano a su pronta hipótesis del modelo estructural del aparato psíquico, en este trabajo Freud (1921) aborda el problema de la estabilidad del ideal del yo. En el curso del desarrollo se dio la separación en un yo coherente y una parte reprimida inconsciente que se dejó fuera de él. Ahora el yo se vincula como un objeto con el ideal del yo -desarrollado a partir de él- y posiblemente todas las acciones recíprocas entre objeto exterior y yo-total que se dan en las neurosis, vengan a repetirse en el interior del yo, pues la estabilidad de esta adquisición está expuesta a constantes perturbaciones. "En el sueño y la neurosis, eso excluido insiste en ser admitido a las puertas custodiadas por resistencias, y en la vigilia y el estado de salud nos servimos de particulares artificios para acoger temporariamente en nuestro yo lo reprimido sorteando las resistencias y mediando la ganancia de placer," (p.123-124), como en el chiste, el humor y lo cómico.

Es plausible que la división entre el ideal del yo y el yo no se soportase de manera permanente y tuvieran que hacerse involuciones temporales, haciendo infracciones periódicas de las prohibiciones, como en las fiestas en donde los excesos están permitidos. El ideal del yo abarca la suma de todas las restricciones que el yo debe obedecer y por eso la suspensión del ideal no podría menos que ser una fiesta grandiosa para el yo, que así tendría permitido volver a

contentarse consigo mismo. "Siempre se produce una sensación de triunfo cuando en el yo algo coincide con el ideal del yo. Además el sentimiento de culpa (y el sentimiento de inferioridad) puede comprenderse como expresión de la tensión entre el yo y el ideal." (p.124)

La oscilación de la tristeza a la alegría, y de la melancolía a la manía, podría entenderse considerando que el ideal del yo se disuelve temporalmente en el yo, después que lo rigió antes con particular severidad. Es indudable que en el maniaco, yo e ideal del yo se han confundido, de suerte que la persona, en un talante triunfal y de autoarrobamiento que ninguna autocrítica perturba, puede regocijarse por la ausencia de inhibiciones, miramientos y autorreproches. Es menos evidente, aunque muy verosímil, que la miseria del melancólico sea la expresión de una bipartición tajante de ambas instancias del yo, en que el ideal, desmedidamente sensible, hace salir a la luz de manera despiadada su condena del yo en el delirio de insignificancia y en la autodenigración.

Hemos rastreado algunas ideas en el pensamiento freudiano que describen la génesis del superyó, proveniente de los más tempranos vínculos de objeto del niño. Pero es indudable que Freud alcanzó su concepción definitiva acerca del superyó en su obra *El yo y el ello* (1923) con su tesis principal de la división tripartita de la psique. Aquí nos muestra que el superyó deriva de la transformación de las primeras investiduras de objeto del niño en identificaciones, y de ese modo ocupa el sitio del complejo de Edipo.

Es interesante que al abordar el nexo del yo con la consciencia, en donde reitera y defiende la premisa fundamental del psicoanálisis de diferenciar lo psíquico en consciente e inconsciente (resultando tan esencial uno como el otro) plantea lo sorprendente que resulta descubrir que la autocrítica y la conciencia moral -consideradas como operaciones anímicas situadas en lo más alto de la valoración social y ética- son inconscientes, y como tales tienen importantísimos efectos en la vida del individuo. Con ello refuta la idea de esperar que las funciones anímicas encuentren un acceso más fácil y seguro a la consciencia, cuanto más alto se sitúan en esa escala de valores. En este sentido, también menciona que el "sentimiento inconsciente de culpa" desempeña un papel económico decisivo en numerosos cuadros patológicos y levanta los más poderosos obstáculos en el camino de la curación.

En el capítulo III de esta obra (Freud 1923), el superyó aparece como equivalente del “ideal del yo” o ideal-yo. Partiendo nuevamente de su intelección de la melancolía, ahora advierte que el proceso de erigir en el yo al objeto perdido, es decir sustituir una investidura de objeto por una identificación, es tan frecuente y típico como para considerarlo fundamental en la conformación del yo, pues dicho proceso contribuye esencialmente a producir lo que se denomina “carácter”.

Al comienzo de todo, -en la fase primitiva oral- suponemos que las investiduras de objeto parten del ello, que siente las aspiraciones eróticas como necesidades. El yo primitivo y endeble recibe noticia de las investiduras de objeto y les presta su anuencia o busca defenderse de ellas mediante la represión. Si el objeto sexual es resignado, a cambio sobreviene la alteración del yo que describimos como una erección del objeto en el yo. Quizá por medio de la introyección -que es una regresión al mecanismo de la fase oral- el yo facilite o posibilite la resignación del objeto; y tal vez esta identificación sea en general la condición bajo la cual el ello resigna sus objetos. Es este un proceso muy frecuente, sobre todo en fases tempranas del desarrollo y conduce a Freud (1923) a la concepción de que “el carácter del yo es una sedimentación de las investiduras de objeto resignadas, contiene la historia de estas elecciones de objeto.” (p.31)

La trasposición de una elección erótica de objeto en una alteración del yo es un camino que permite al yo dominar al ello. “Cuando el yo cobra los rasgos del objeto, se impone él mismo al ello como objeto de amor, busca repararle su pérdida diciéndole: < mira, puedes amarme también a mí; soy tan parecido al objeto...>” (p.32) Esta trasposición de libido objetual en libido narcisista conlleva una resignación de las metas sexuales, una desexualización, y por tanto, una suerte de sublimación.

Los efectos de las primeras identificaciones, las producidas a la edad más temprana, serán universales y duraderas; y esto nos reconduce a la génesis del superyó pues “tras éste se esconde la identificación primera, y de mayor valencia, del individuo: la identificación con el padre de la prehistoria personal.” (p.33) No parece ser el resultado ni el desenlace de una investidura de objeto: es una identificación directa e inmediata (no mediada) y más temprana que cualquier investidura de objeto. Las primeras elecciones de objeto que atañen al padre y a la madre parecen tener su desenlace en una identificación de esa clase, reforzando la identificación primaria. Esto ocurre por la disposición triangular de la constelación edípica que, por la bisexualidad constitucional, habremos de considerarla como complejo de Edipo completo, que en realidad se

nos aparece como una serie, en uno de cuyos extremos se sitúa el Edipo normal, positivo, y en el otro el inverso, negativo; mientras que los eslabones intermedios exhiben la forma completa, con participación desigual de ambos componentes. A raíz del sepultamiento del complejo de Edipo, las cuatro aspiraciones contenidas en él, se desmontan y desdoblan de tal manera que de ellas surge una identificación-padre y madre. La identificación-padre retendrá el objeto-madre del complejo positivo y simultáneamente, el objeto-padre del complejo invertido; y lo análogo ocurre para la identificación-madre.

“Así, como resultado más universal de la fase sexual gobernada por el complejo de Edipo, se puede suponer una sedimentación en el yo, que consiste en el establecimiento de estas dos identificaciones, unificadas de alguna manera entre sí. Esta alteración del yo recibe su posición especial: se enfrenta al otro contenido del yo como ideal del yo o superyó .” (p.35-6, el subrayado es mío). Pero el superyó no es simplemente un residuo de las primeras elecciones de objeto del ello, sino también es una enérgica formación reactiva frente a ellas. Su vínculo con el yo no se limita a la advertencia: “ <así (como el padre) *debes ser*>, sino que comprende también la prohibición: <así (como el padre) *no te es lícito ser*; no puedes hacer todo lo que él hace, muchas cosas le están reservadas>.” (p.36) Esta dualidad del superyó deriva de su anterior participación en la represión del complejo de Edipo; incluso debe su génesis a este ímpetu represivo.

Habiendo reconocido en los progenitores el obstáculo para la realización de los deseos edípicos, el yo infantil se fortalece para esa operación represiva erigiendo dentro de sí ese mismo obstáculo. Toma prestada del padre la fuerza para lograrlo de modo que el superyó conserva el carácter del padre, y cuanto más intenso fue el complejo de Edipo y más rápido se produjo su represión (por influjo de la autoridad, la religión, la enseñanza, la lectura), tanto más riguroso devendrá después el imperio del superyó como conciencia moral, y quizá también como sentimiento inconsciente de culpa sobre el yo.

El superyó subroga los rasgos más significativos del desarrollo del individuo y de la especie, y en la medida en que procura una expresión duradera del influjo parental, eterniza la existencia de los factores a que debe su origen. El superyó es, por tanto, “la herencia del complejo de Edipo” (p.37) y la expresión de las más potentes mociones y los más importantes destinos libidinales del ello. Mediante su institución, el yo se apodera del complejo de Edipo y simultáneamente se

somete. él mismo, al ello. “Mientras que el yo es esencialmente representante del mundo exterior, de la realidad, el superyó se le enfrenta como abogado del mundo interior, del ello.” (p.37) Conflictos entre el yo y el ideal (superyó) reflejarán la oposición entre lo real y lo psíquico, entre el mundo exterior y el mundo interior.

El ideal del yo o superyó satisface todas las exigencias que se plantean a la esencia superior del hombre: contiene el germen a partir del cual se formaron todas las religiones; el juicio acerca de la propia insuficiencia en la comparación del yo con su ideal da por resultado el sentir religioso de la humillación, que el creyente invoca en su añoranza (del padre). Maestros y autoridades fueron retomando el papel del padre, sus mandatos y prohibiciones han permanecido vigentes en el ideal del yo y ahora ejercen como conciencia moral, la censura moral. “La tensión entre las exigencias de la conciencia moral y las operaciones del yo es sentida como sentimiento de culpa.” (p.38)

El superyó conserva a lo largo de la vida su carácter de origen, proveniente del complejo paterno: la facultad de contraponerse al yo y dominarlo. Es el monumento recordatorio de la endeblez y dependencia en que el yo se encontró en el pasado y mantiene su imperio aún sobre el yo maduro. “Así como el niño estaba compelido a obedecer a sus progenitores, de la misma manera el yo se somete al imperativo categórico de su superyó.” (p.49) Descender de las primeras investiduras de objeto del ello y por tanto del complejo de Edipo, significa para el superyó estar en relación con las adquisiciones filogenéticas del ello y significa convertirse en reencarnación de anteriores formaciones yoicas que han dejado sus sedimentos en el ello. Por eso el superyó mantiene duradera afinidad con el ello y puede subrogarlo frente al yo. Se sumerge profundamente en el ello y por eso está distanciado de la consciencia del yo. El superyó da pruebas de su independencia del yo consciente y de sus íntimos vínculos con el ello inconsciente. Siendo una parte del yo, permanece accesible a la consciencia desde las representaciones palabra (conceptos, abstracciones), pero la “energía de investidura” no les es aportada a estos contenidos del superyó por la percepción auditiva (la instrucción, la lectura) sino que la aportan las fuentes del ello.

Dijimos que la tensión entre el yo y el superyó se manifiesta como sentimiento de culpa que es una condena del yo por su instancia crítica. El sentimiento inconsciente de culpa que se esconde tras la llamada “reacción terapéutica negativa”, demuestra ser un obstáculo altamente poderoso frente a los esfuerzos del análisis; mucho más que otros como la inaccesibilidad narcisista, la

actitud negativa frente al analista y el aferramiento a la ganancia secundaria de la enfermedad. Tratamos de poner poco a poco al descubierto los fundamentos reprimidos inconscientes, con lo cual va mudándose en un sentimiento consciente de culpa. Gran parte del sentimiento de culpa tiene que ser normalmente inconsciente, porque la génesis de la conciencia moral se enlaza de manera íntima con el complejo de Edipo, que pertenece al inconsciente. El superyó se exterioriza como crítica y el sentimiento de culpa es la percepción que corresponde en el yo a esa crítica.

En la desmezcla de pulsiones -necesaria para la sublimación que implica la identificación con el arquetipo paterno que lo engendra- Freud (1923) encuentra otro fundamento de la severidad del superyó. Tras la sublimación, el componente erótico ya no tiene más la fuerza para ligar toda la destrucción aleada con él, y ésta se libera como inclinación de agresión y destrucción. Sería de esta desmezcla justamente de donde el ideal extrae el sesgo duro y cruel del imperativo deber-ser.

Bajo la angustia del yo frente al superyó (angustia de la conciencia moral), se esconde la angustia de castración. Del ser superior que devino ideal del yo, pendió una vez la amenaza de castración, y la angustia generada es, probablemente, el núcleo en torno al cual se depositó la posterior angustia de la conciencia moral; la angustia de castración se continúa como angustia de la conciencia moral. De la misma forma, la angustia de muerte se juega entre el yo y el superyó. La angustia de muerte del melancólico admite sólo una explicación: el yo se resigna a sí mismo porque se siente odiado y perseguido por el superyó, en vez de sentirse amado. "...vivir para el yo tiene el mismo significado que ser amado: que ser amado por el superyó, que también en esto se presenta como subrogado del ello." (p.58) El superyó se encarga de la misma función protectora y salvadora que al comienzo recayó sobre el padre. El yo no puede menos que extraer la misma conclusión cuando se encuentra en un peligro objetivo desmedidamente grande, que no cree poder vencer con sus propias fuerzas. Se ve abandonado por todos los poderes protectores y se deja morir. Así, la angustia de muerte puede ser concebida, lo mismo que la angustia de la conciencia moral, como un procesamiento de la angustia de castración. Por la gran significatividad del sentimiento de culpa en la neurosis, podemos decir, que en los casos graves, la angustia neurótica común experimenta un refuerzo por el desarrollo de angustia entre el yo y el superyó (angustia de castración, de la conciencia moral, de muerte).

Por último, pero de primordial importancia para el presente trabajo, encontramos las elaboraciones de Freud acerca del superyó, del sentimiento de culpa y de la pulsión de muerte, en

su extraordinaria obra *El malestar en la cultura* (1930 [1929]), en donde estudia el irremediable antagonismo entre las exigencias pulsionales y restricciones de la cultura. Aquí, Freud pretende dar respuesta a la inquietud de cuál es el fin y el propósito de la vida: “alcanzar la dicha, conseguir la felicidad y mantenerla” (p.76); es decir, vivenciar intensos sentimientos de placer y lograr la ausencia de dolor y de displacer; pero las restricciones propias de la cultura, se erigen como obstáculos ante esa aspiración. Evaluar claramente el papel de estas restricciones por las influencias tanto interiores como exteriores, así como sus efectos recíprocos, fue posible -como ya estudiamos- gracias a su planteamiento del modelo estructural con el cual estableció la hipótesis del superyó y su origen en las primeras relaciones de objeto.

En este trabajo, Freud (1930[1929]) revela su “propósito de situar al sentimiento de culpa como el problema más importante del desarrollo cultural y mostrar que el precio del progreso cultural debe pagarse con el déficit de dicha provocado por la elevación del sentimiento de culpa.” (p.130, el subrayado es mío).

La cultura impone grandes sacrificios a la sexualidad: originalmente, con la prohibición del incesto; proscribiendo las exteriorizaciones de la vida sexual infantil; al circunscribir la elección de objeto del individuo genitalmente maduro, al sexo contrario; prohibiendo las satisfacciones extragenitales; con el reclamo de una vida sexual uniforme para todos; con la legitimidad y la monogamia como limitaciones al amor genital heterosexual, que es lo único no proscrito. Da la impresión de que la vida sexual del hombre culto ha experimentado un retroceso en su valor como fuente de acciones de felicidad. o sea, para el cumplimiento del fin vital. El no tolerar estas frustraciones de la vida sexual, da lugar a la formación de síntomas como satisfacciones sustitutivas.

En forma equivalente, la cultura impone enormes restricciones a la inclinación agresiva del ser humano, pues la hostilidad primaria y reciproca de los individuos provoca que la sociedad culta se encuentre bajo una permanente amenaza de disolución. La cultura pretende ligar entre sí a los miembros de la comunidad libidinalmente y se vale de todos los medios y promueve los caminos para establecer fuertes identificaciones entre ellos. moviliza una libido de meta inhibida a fin de fortalecer los vínculos de amistad: <amarás a tu prójimo como a ti mismo>. y necesita del precepto <ama a tus enemigos>, precisamente por el rechazo, la hostilidad y el odio que existen entre los individuos.

Con la introducción del concepto de narcisismo, Freud modificó la oposición que corría entre pulsiones yoicas y pulsiones sexuales, por la de Eros (pulsiones de vida) y pulsión de muerte. Bajo la premisa de que la inclinación agresiva y destructiva es una disposición pulsional autónoma, originaria del ser humano, sostiene que la cultura encuentra en ella su obstáculo más poderoso. La cultura, nos dice Freud (1930[1929]), sería un proceso al servicio del Eros, que quiere reunir a los individuos en una gran unidad: la humanidad; a lo cual se opone la pulsión agresiva, la hostilidad de uno contra todos y todos contra uno. Esta pulsión de agresión es el retoño y el principal subrogado de la pulsión de muerte, que corre junto al Eros y que comparte con éste el gobierno del universo. La evolución cultural nos presenta la lucha entre Eros y Muerte, pulsión de vida y pulsión de destrucción, tal como se lleva a cabo en los seres humanos. “Esta lucha es el contenido esencial de la vida en general, y por eso el desarrollo cultural puede caracterizarse sucintamente como la lucha por la vida de la especie humana. ¡Y esta es la gigantomaquia que nuestras niñeras pretenden apaciguar con el <arrorró del cielo>!” (p.118, el subrayado es mío).

Freud (1930[1929]) plantea que es posible colegir los métodos de los que se vale la cultura en su intento por erradicar la agresión a través de la historia evolutiva del individuo, quien ha inhibido su gusto por la destrucción. Al ser introyectada, la agresión en realidad es reenviada a su punto de partida: el yo, acogiéndose en una parte que se le contrapone: el superyó; ahí como “conciencia moral” ejerce contra el yo la misma severidad agresiva que el yo habría satisfecho en otros. La “conciencia de culpa” que es la tensión entre el superyó (severo) y el yo (sometido), se exterioriza como necesidad de castigo. Así, la cultura coarta el gusto agresivo del individuo, debilitándolo, desarmándolo y vigilándolo mediante una instancia situada en su interior.

Es necesario establecer que el sentimiento de culpa surge cuando el individuo ha hecho algo que considera como “malo” o cuando experimenta el propósito de hacer algo malo, lo cual presupone la capacidad para diferenciar el bien del mal; capacidad que se desarrolla a partir de la influencia ejercida por aquellos de quienes se depende por el desvalimiento infantil. Son ellos quienes determinan lo que ha de llamarse malo y bueno, de manera que más que ante un sentimiento de culpa, estaríamos ante la angustia frente a la pérdida de amor. Perder el amor del otro de quien se depende, significa quedar desprotegido ante diversos peligros, pero sobretudo ante el peligro de que este ser hiperpotente demuestre su superioridad en forma de castigo. “Por consiguiente, lo

malo es, en un comienzo, aquello por lo cual uno es amenazado con la pérdida de amor; y es preciso evitarlo por la angustia frente a esa pérdida.” (p.120) Hacer algo o querer hacerlo tiene el mismo desenlace: ser descubierto por la autoridad y recibir un castigo. A este estado se le ha llamado “mala conciencia”, pero en realidad es “angustia social” pues la comunidad reemplazará a los padres; la conciencia de culpa en este nivel no es más que el temor a la pérdida del amor y la angustia se dirige sólo a la posibilidad de ser descubierto.

Sólo con la instauración del superyó -y más precisamente, de acuerdo con su intensidad y su esfera de influencia- se puede hablar de conciencia moral y de sentimiento de culpa, pues sólo entonces los fenómenos de la conciencia moral son elevados a un nuevo grado: ante el superyó, nada puede ocultarse, ni siquiera los pensamientos. El peligro real parece haber desaparecido y se creería que el superyó no tiene motivo alguno para maltratar al yo. Pero el influjo del proceso genético que deja sobrevivir a lo pasado y superado, se exterioriza en el hecho de que en el fondo las cosas quedan como al principio. “El superyó pena al yo pecador con los mismos sentimientos de angustia, y acecha oportunidades de hacerlo castigar por el mundo exterior.” (p.121) .

De este modo, el sentimiento de culpa tiene dos orígenes: la angustia frente a la autoridad (que obliga a renunciar a las satisfacciones pulsionales) y más tarde la angustia frente al superyó (que además impulsa al castigo, puesto que a él no se le ocultan los deseos prohibidos). Por tanto, pese a la renuncia consumada sobreviene el sentimiento de culpa, pues el deseo persiste. He aquí la gran desventaja económica de la implantación del superyó, es decir, de la formación de la conciencia moral. La abstención virtuosa ya no es recompensada por la seguridad del amor; la desdicha que amenazaba desde afuera (pérdida de amor y castigo de la autoridad externa) se ha trocado en una desdicha interior permanente: la tensión de la conciencia de culpa.

La severidad del superyó -reclamo de la conciencia moral- es continuación de la severidad de la autoridad externa. Ocurre que entre más virtuoso es el individuo, el superyó se comporta con mayor severidad y desconfianza; el yo obediente y austero se esfuerza en vano por granjearse la confianza de su mentor. El hombre virtuoso está mayormente expuesto a las tentaciones de satisfacción pulsional, pues la denegación continuada tiene por efecto aumentar las tentaciones.

Podemos entender la extraordinaria severidad que alcanza la conciencia moral en los mejores y más obedientes porque al comienzo, la conciencia moral (mejor dicho: la angustia, que más tarde

deviene conciencia moral) es la causa de la renuncia de lo pulsional, pero esta relación se invierte después. Cada renuncia de lo pulsional deviene ahora una fuente dinámica de la conciencia moral; cada nueva renuncia aumenta su severidad e intolerancia. La conciencia moral es la consecuencia de la renuncia de lo pulsional; es decir, la renuncia de la pulsional (impuesta desde afuera) crea la conciencia moral, que después reclama más y más renunciaciones.

Lo que en este sentido ocurre con la pulsión agresiva nos permite otra concepción que redondea la teoría. A saber: cada fragmento de agresión de cuya satisfacción nos abstenemos, es asumido por el superyó y acrecienta su agresión contra el yo. Respecto de la autoridad que estorba al niño las primeras satisfacciones que son también las más sustantivas, tiene que haberse desarrollado en él un alto grado de inclinación agresiva. El niño debió renunciar a la satisfacción de esta agresión vengativa, acogiendo dentro de sí por identificación, esa autoridad inatacable que ahora deviene el superyó y entra en posesión de toda la agresión que como hijo, de buena gana habría ejercido contra ella. Se da la inversión: <si yo fuera el padre y tú el hijo, te maltrataría>.

El vínculo entre superyó y yo es el retorno -desfigurado por el deseo- de vínculos objetivos {real} entre el yo todavía no dividido y un objeto exterior. La diferencia esencial consiste en que la severidad originaria propia del superyó no es la que se ha experimentado de parte de ese objeto o la que se le ha atribuido, sino que subroga la agresión propia contra él. De este modo, la conciencia moral ha nacido por la sofocación de una agresión y en su ulterior desarrollo se refuerza por nuevas sofocaciones de esa índole. La agresión vengativa del hijo está co-determinada por la medida de la agresión punitiva que le atribuye y que espera del padre. En este sentido, nos dice Freud (1930[1929]) que "... la severidad del superyó desarrollada por un niño en modo alguno espeja la severidad del trato que ha experimentado." Y agrega: "Como lo han destacado correctamente Melanie Klein y otros autores ingleses." (p.126, n.9)

Por ello, cabe considerar la idea de las series complementarias en la formación del superyó y en la génesis de la conciencia moral, en donde cooperan factores constitucionales congénitos, influencias del medio y la historia filogenética, pues recordemos la hipótesis de que el sentimiento de culpa de la humanidad descende del complejo de Edipo y se adquirió a raíz del parricidio perpetrado por la unión de hermanos.

En ese tiempo no se sofocó una agresión, se la ejecutó (la misma agresión cuya sofocación en el hijo está destinada a ser la fuente del sentimiento de culpa). El arrepentimiento fue el resultado de la originaria ambivalencia de sentimientos hacia el padre; los hijos lo odiaban pero también lo amaban; satisfecho el odio tras la agresión, en el arrepentimiento por el acto salió a la luz el amor; por vía de identificación con el padre, instituyó el superyó, al que confirió el poder del padre a modo de castigo por la agresión perpetrada contra él y así creó las limitaciones destinadas a prevenir una repetición del crimen. La inclinación a agredir al padre se repitió, pero persistió también el sentimiento de culpa que recibía un nuevo refuerzo cada vez que una agresión era sofocada y transferida al superyó.

Así, distinguimos la participación del amor en la génesis de la conciencia moral, tanto como el carácter fatal e inevitable del sentimiento de culpa. De manera que no es necesario matar al padre o abstenerse del crimen, en ambos casos uno se siente culpable, pues el sentimiento de culpa es la expresión del conflicto de ambivalencia, de la lucha eterna entre Eros y la pulsión de muerte. “Y ese conflicto se entabla toda vez que se plantea al ser humano la tarea de la convivencia.” (p.128)

El impedimento de la satisfacción erótica también provoca una inclinación agresiva hacia la persona que la estorbó, y esta agresión también será sofocada, de tal manera que es sólo la agresión la que se trasmuda en sentimiento de culpa al ser sofocada y endosada al superyó. Pero las dos variedades de pulsión difícilmente aparecen alguna vez puras, lo que conduce a Freud (1930[1929]) al siguiente enunciado: “Cuando una aspiración pulsional sucumbe a la represión, sus componentes libidinosos nos traspuestos en síntomas, y sus componentes agresivos, en sentimiento de culpa.” (p.134, el subrayado es mío).

A manera de síntesis, Freud precisa el significado de algunos términos que se refieren a la misma constelación. El superyó es una instancia descubierta por el psicoanálisis; la conciencia moral, una función que le atribuimos junto a otras (vigilar y enjuiciar las acciones y los propósitos del yo; ejercer una actividad de censura). El sentimiento de culpa, es la percepción del yo de ser vigilado de esa manera, la apreciación de la tensión entre sus aspiraciones y los reclamos del superyó. La necesidad de castigo o angustia frente a esa instancia crítica, es una exteriorización pulsional del yo que ha devenido masoquista bajo el influjo del superyó sádico; vale decir, que el yo emplea un fragmento de la pulsión de destrucción interior -preexistente en él- en una ligazón erótica con el superyó.

Freud (1930[1929]), finaliza este trabajo retomando el asunto de la cultura y nos dice que también la comunidad plasma un superyó, bajo cuyo influjo se consuma el desarrollo cultural. Este superyó tiene un origen semejante al del individuo y reposa en la impresión que han dejado tras de sí grandes personalidades conductoras que con frecuencia, en vida, han sido maltratadas y cruelmente eliminadas, tal y como el padre primordial que mucho después de su asesinato violento ascendió a la divinidad. El superyó de la cultura plantea severas exigencias ideales cuyo incumplimiento es castigado mediante una “angustia de la conciencia moral”. Hay procesos anímicos que resultan más familiares y accesibles a la conciencia vistas del lado de la masa, que del lado del individuo. En éste, las agresiones del superyó emergen como reproches pero las exigencias mismas permanecen inconscientes. Si devienen conscientes, coinciden con los preceptos del superyó de la cultura.

El superyó de la cultura ha plasmado sus ideales y plantea sus reclamos. Los que atañen a los vínculos entre los seres humanos se resumen en la ética, que es como un ensayo terapéutico, como un empeño de alcanzar -por mandamiento del superyó- lo que hasta entonces el restante trabajo cultural no ha conseguido. El problema es cómo sortear el máximo obstáculo que se opone a la cultura: la inclinación constitucional de los seres humanos a agredirse unos a otros.

Concluye Freud (1930[1929]): “He aquí, a mi entender, la cuestión decisiva para el destino de la especie humana: si su desarrollo cultural logrará, y en caso afirmativo, en qué medida, dominar la perturbación de la convivencia que proviene de la humana pulsión de agresión y de autoaniquilamiento.” (p.140, el subrayado es mío).

CAPÍTULO III

MELANIE KLEIN Y LA TEORÍA PSICOANALÍTICA

Las conductas suicidas infantiles son manifestaciones psicopatológicas complejas, cuyo análisis desde la teoría psicoanalítica, implica el estudio de los procesos intrapsíquicos tal y como se desarrollan desde la más temprana infancia; específicamente aquellos que se relacionan con las vicisitudes de las pulsiones agresivas y con las alteraciones en el desarrollo del superyó.

La teoría psicoanalítica de Melanie Klein, ha probado una utilidad clínica inestimable, para lograr una profunda comprensión de las conductas suicidas infantiles. Es por ello, que a continuación se sintetiza la concepción kleiniana del suicidio; su teoría del desarrollo temprano, incluyendo los conceptos de *posición esquizo-paranoide* y *posición depresiva*; la psicopatología de las *posiciones esquizo-paranoide* y *depresiva*, con énfasis en la psicogénesis de las conductas suicidas; y finalmente, el concepto kleiniano de *posición* y la interacción dinámica entre las *posiciones esquizo-paranoide* y *depresiva*.

A) CONCEPCIÓN KLEINIANA DEL SUICIDIO

Desde sus primeros trabajos, Klein, M. (1922) sostuvo -siguiendo a Freud- que la etiología de la enfermedad mental debe buscarse en la temprana infancia. Partiendo de uno de los descubrimientos más importantes de Freud, quien estableció que la diferencia entre “normal” y “anormal” es sólo cuantitativa y no de estructura, Klein, M. op.cit., coincide en que la frontera entre “sano” y “enfermo” nunca es bien definida; de tal manera, que en la época de la pubertad cuando los niños normalmente presentan dificultades psicológicas y cambios en la personalidad, se pone de relieve un gran número de conflictos de variada intensidad, muchos de los cuales ya existían tenuemente y por ello permanecían ocultos, y ahora “pueden aparecer en forma extrema e incluso alcanzar manifestaciones tales como el suicidio o actos criminales”. (pag. 66, el subrayado es mío).

Estas manifestaciones se desencadenan actuando sobre una estructura psíquica inestable constituida desde la temprana infancia, por lo que resulta urgente investigar áreas desconocidas que van más allá de los acontecimientos físicos y mentales obvios; es decir, debemos descubrir las causas inconscientes mediante la inapreciable ayuda del método psicoanalítico.

En el adulto encontramos todos los estadios de su desarrollo infantil temprano, y los encontramos en el inconsciente que contiene todas las fantasías y las tendencias reprimidas por el superyó. Las represiones más profundas son aquellas que están dirigidas contra las tendencias más antisociales, tales como el canibalismo y las tendencias asesinas de la mayor variedad (Klein, M. 1927), es decir, contra el sadismo.

De acuerdo con la teoría kleiniana, en los niños pequeños ya encontramos el placer por la crueldad, la dominación y la posesión; placer que denota fijaciones sádico-orales y sádico-anales. Desde los primeros estadios del desarrollo descubrimos al superyó en acción por el temprano advenimiento del Complejo de Edipo, conectado con un fuerte sentimiento de culpa. El niño dirige su libido al progenitor del sexo opuesto y su odio al del mismo sexo. En el caso contrario, cuando el niño dirige su libido al progenitor del mismo sexo y su odio al del sexo opuesto, se presenta el Edipo invertido. Cuando estas relaciones edípicas no pueden establecerse y mantenerse, y el niño se aparta de ambos padres, encontramos una de las bases de la personalidad antisocial.

Los padres son la fuente del superyó en la medida en que sus órdenes, prohibiciones, etc., son absorbidas por el niño mismo. Pero este superyó no es idéntico a los padres, está formado en parte por las propias fantasías sádicas del niño. Se da una lucha entre los impulsos sádicos por un lado, y la angustia y el sentimiento de culpa por el otro, ya que en el inconsciente opera el precepto de "ojo por ojo", lo que explica las ideas fantásticas infantiles de lo que los padres podrían hacerle a los niños: matarlos, cocinarlos, castrarlos, etc., porque es lo que ellos quisieran hacerles. Se da entonces el proceso de represión del sadismo, que impide que éste aparezca a través de fantasías en el juego o en otras formas sublimadas, de modo que las fijaciones quedan reprimidas en un círculo sin fin. El sentimiento de culpa también queda reprimido y el niño repite una y otra vez una variedad de actos, expresando sus deseos de ser castigado. Este deseo de castigo es un factor determinante cuando el niño repite constantemente actos de mala conducta y acciones criminales.

Para Klein, M. (1927), tanto el niño normal como el anormal, usan la represión para manejar sus conflictos; pero como éstos son menos intensos en el niño normal, el círculo será menos fuerte. También en cuestión de grado, ambos utilizan el mecanismo de "huída de la realidad". Mucho más de lo que parecería superficialmente, el niño se resiente por lo displacentero de la realidad y trata de adaptarla a sus fantasías y no sus fantasías a la realidad. Por ello, con frecuencia se observa que el niño es capaz de consolarse fácilmente y parece no sufrir. En realidad, se consuela en su fantasía.

Cuando existen alteraciones en el desarrollo, esta huída de la realidad se intensifica y prepara, en parte, la base para la psicosis. Podemos percibir estas alteraciones en el niño que da la impresión de no sentirse afectado y sólo muestra una intensa vida de fantasía. En realidad se refugia en su capacidad para consolarse ante la frustración de sus deseos; usa su juego y su imaginación para probarse a sí mismo que todo está bien y seguirá estando bien. Esto ocurre cuando la represión es muy fuerte y temprana, e impide el surgimiento de fantasías, y despoja de la posibilidad de elaborar las fijaciones a través de otras formas, o sea, de sublimarlas.

Así, la disposición antisocial no se debe a un superyó menos severo que en el niño normal, se debe a un superyó que actúa en otra dirección. Son justamente la angustia y el sentimiento de culpa los que conducen al niño a las conductas antisociales y destructivas. Probablemente sea la

fijación del superyó en un estadio muy primitivo, lo que resulta ser el factor diferencial, por lo es necesario profundizar nuestro conocimiento sobre el desarrollo temprano.

Obsérvese que ésta última concepción, apunta a una de las mayores y controvertidas divergencias teóricas de Melanie Klein con respecto a Freud, para quien, en su concepción estructural del aparato psíquico (*El yo y el Ello*, 1923), el superyó es una instancia protectora del individuo. Cabe la aclaración en tanto ésta es la teorización de Freud mayormente estudiada; pues recordemos que en sus posteriores trabajos -concretamente en *El malestar en la cultura* (1930 [1929])- concibe el papel del superyó como una instancia restrictiva y aniquiladora. Lo que nunca postuló Freud, es que la génesis de dicha severidad se encontrara en estadios tan primitivos, tal y como lo contempló Melanie Klein.

B) LA TEORÍA DEL DESARROLLO TEMPRANO DE MELANIE KLEIN: “POSICIÓN ESQUIZO-PARANOIDE” Y “POSICIÓN DEPRESIVA”.

Partiendo de Freud (1905) y su concepto fundamental en psicoanálisis de que el trauma psíquico ocurre por la fantasía inconsciente del sujeto y no necesariamente por la vivencia de una situación externa traumática, Melanie Klein (1932, 1952) se centró de manera inequívoca en la investigación del mundo interno del sujeto, siendo pionera de las teorías de relaciones objetales.

Según Klein, M., (1952) existe suficiente yo al nacer como para sentir ansiedad, utilizar mecanismos de defensa y establecer primitivas relaciones de objeto en la fantasía y en la realidad. Al principio el yo está muy desorganizado, pero de acuerdo con la orientación del crecimiento fisiológico y psicológico, desde el comienzo el yo tiende a integrarse. En los primeros estadios del desarrollo, el yo es lábil y se halla en un estado de constante fluencia; su grado de integración varía día a día, y hasta de un momento a otro. Este yo inmaduro está expuesto, desde el nacimiento, a la ansiedad provocada por la innata polaridad de las pulsiones de vida y muerte. También está expuesto al impacto de la realidad externa que le produce situaciones de ansiedad

(como el trauma de nacimiento), pero también le produce placer (como el amor, calor y alimento provenientes de la madre).

Klein, M. (1952) denominó *posición esquizo-paranoide* al modo de funcionamiento mental que caracteriza los primeros meses de vida del desarrollo normal, y que posteriormente se presenta en la patología. El mundo interno se encuentra plagado por objetos escindidos en buenos y malos, de acuerdo con las experiencias gratificantes y frustrantes; pero principalmente de acuerdo con las fantasías y ansiedades provocadas por la libido y la pulsión de muerte. Cuando el bebé se enfrenta a la ansiedad que le produce la pulsión de muerte, el yo en parte la proyecta y en parte la convierte en agresión. El yo escindido proyecta fuera su parte que contiene el instinto de muerte y la coloca en el objeto original: el pecho. En su fantasía, el bebé llega a experimentar ese objeto como malo y amenazador, dando origen a un sentimiento de persecución. Pero también proyecta la libido a fin de crear un objeto que satisfaga la pulsión de autoconservación. El objeto queda disociado en dos partes: el pecho ideal y el persecutorio, pecho bueno y pecho malo. Se establece una relación de objeto parcial: se escinde el yo y se escinde el objeto, por lo que el modo de relación es *esquizoide* y la ansiedad predominante es *paranoide*. La fantasía del objeto ideal se fusiona con experiencias gratificadoras de ser amado y amamentado por la madre, que son introyectadas y a su vez confirman dicha fantasía; se funciona por el mecanismo de idealización. La fantasía de persecución se fusiona con experiencias reales de privación y dolor, atribuidas por el bebé a los objetos persecutorios y esas vivencias son nuevamente proyectadas al objeto parcial malo.

Además de las experiencias de gratificación y frustración que provienen del exterior, una serie de procesos endopsíquicos -principalmente introyección y proyección- contribuyen a la doble relación con el objeto primitivo. El lactante proyecta sus pulsiones de amor y las atribuye al pecho gratificador, así como proyecta sus pulsiones destructivas al exterior y las atribuye al pecho frustrador. Simultáneamente, por introyección un pecho bueno y un pecho malo se instalan en el interior. Estos primeros objetos introyectados forman el núcleo del superyó. Para Klein, M. (1952) el superyó comienza con los primeros procesos introyectivos y se construye a partir de figuras buenas y malas que son internalizadas en situaciones de amor y de odio en los diversos estadios del desarrollo y son gradualmente asimiladas e integradas por el yo.

Los ataques fantaseados dirigidos contra el objeto están altamente influidos por la voracidad del lactante. Por proyección, el temor a la voracidad del objeto constituye un elemento esencial de la ansiedad persecutoria: el pecho malo devorará al bebé con la misma voracidad con la que él desea devorarlo. El deseo de ilimitada gratificación tanto como la ansiedad persecutoria, contribuyen a que el lactante mantenga la escisión de los objetos, a que permanezcan separados en bueno y malo en su mente, y por tanto se mantiene la escisión del yo. La escisión, la omnipotencia, la idealización, la negación y el control de los objetos internos y externos, predominan en este estadio.

Estos primeros métodos de defensa son de naturaleza extrema, de acuerdo con la intensidad de las emociones tempranas y con la limitada capacidad del yo para tolerar la ansiedad aguda. Aunque estas defensas obstruyen el camino a la integración, son esenciales para el total desarrollo del yo, porque alivian una y otra vez las ansiedades del bebé. Esta seguridad relativa y temporaria se logra principalmente manteniendo el objeto perseguidor separado del objeto bueno. La presencia del objeto ideal en la mente, permite al yo conservar fuertes sentimientos de amor y gratificación por momentos. El objeto bueno también ofrece protección contra el objeto perseguidor porque el lactante siente que lo ha reemplazado.

He aquí una de las paradojas a las que constantemente nos conduce la teoría kleiniana, y con base en las cuales Winnicott, D.W. (1958a, 1958b, 1963a, 1963b) desarrolla sus postulados teóricos. La capacidad del yo para tolerar la ansiedad a la que está expuesto está determinada, en parte, por la innata tolerancia a la frustración; pero en parte también por la posibilidad de recibir gratificaciones reales del mundo exterior. En un intento por manejar dicha ansiedad, el yo emplea primitivos mecanismos defensivos de naturaleza extrema; pero sin ellos, el desarrollo sería imposible, pues gracias a ellos el objeto perseguidor se mantiene separado del objeto bueno que brinda la seguridad y los sentimientos de amor y gratificación.

También paradójicamente, hay situaciones en que se proyecta lo bueno para mantenerlo a salvo de lo que internamente se vive como malo y destructor; y situaciones en que se introyectan los perseguidores e incluso se hace una identificación con ellos en un intento por controlarlos. Lo importante es mantener la escisión.

El considerar que estos mecanismos de defensa de la *posición esquizo-paranoide* son exclusivamente negativos es un error. La escisión, siempre y cuando no sea excesiva y conduzca a la rigidez, es un mecanismo de gran importancia. No sólo sienta las bases de mecanismos posteriores como la represión, sino que sigue funcionando en forma atemperada a lo largo de toda la vida. Igualmente, es necesario cierto grado de ansiedad persecutoria para poder reconocer, evaluar y reaccionar ante circunstancias externas realmente peligrosas. Y la creencia en la bondad de los objetos y de uno mismo se basa en la idealización, precursora de las adecuadas relaciones objetales. Esta idealización persiste en muchas situaciones como el enamorarse, apreciar la belleza, formarse ideales sociales o políticos, todo lo cual incrementa la riqueza y variedad de la vida.

Con el transcurso de la *posición esquizo-paranoide*, la capacidad del yo para manejar la ansiedad uniendo las emociones contrastantes hacia la madre, es progresiva. Esto implica que la atenuación del temor al objeto malo por medio de la confianza en el objeto bueno y la *ansiedad depresiva* sólo surgen durante fugaces vivencias. A medida que dichas vivencias son más constantes y significativas, el yo introyecta al objeto ideal como prevaleciendo sobre los objetos persecutorios; la pulsión de vida predomina sobre los derivados de la pulsión de muerte.

A partir de los procesos alternados de integración y desintegración, gradualmente se desarrolla un yo más integrado, con mayor capacidad para el manejo de la ansiedad persecutoria. En condiciones favorables la introyección de objetos buenos y experiencias gratificantes de amor y cuidados predomina sobre los objetos malos, para dar paso a la integración del objeto en uno sólo y al funcionamiento propio de la *posición depresiva*.

Siguiendo al autor kleiniano Wilfred Bion (1966) diremos que este predominio de objetos buenos y experiencias gratificantes radica, principalmente, en la capacidad materna para el “ensueño” o *reverie*. El autor nos dice que aparte de los canales físicos de comunicación, “el amor se expresa a través del “ensueño” (*reverie*)” (pag.58), al que considera como la fuente psicológica que satisface las necesidades del niño de amor y comprensión. Bion (1962) establece que la personalidad del niño por sí misma es incapaz de utilizar los datos de los sentidos, y tiene la necesidad de evacuar esos elementos en la madre y confiar en que ella los transformará en elementos utilizables para él.

Para Bion (1962), "Un desarrollo normal tendrá lugar si la relación entre el niño y el pecho permite a aquél proyectar un sentimiento, por ejemplo, que se está muriendo, en la madre y reintroyectarlo después que su estadía en el pecho lo ha tornado tolerable para la psiquis del niño. Si la proyección no es aceptada por la madre, el niño siente que a su sentimiento de que se está muriendo le es arrancado su significado. Por lo tanto, lo que reintroyecta no es un miedo a morir que se ha tornado tolerable, sino un terror sin nombre". (pag.160).

Dicho en términos del autor mexicano Marco Antonio Dupont (1988): para que ocurra el desarrollo normal y el bebé pueda dejar atrás el funcionamiento *esquizo-paranoide*, es necesaria la capacidad de la madre para tolerar las proyecciones de su bebé, contenerlas, elaborarlas y transformarlas en respuestas que puedan llegar a ser significativas.

Por lo que se refiere a la *posición depresiva*, Klein, M. (1952) la definió como la constelación mental en donde el bebé reconoce un objeto total y se relaciona con dicho objeto. Durante el segundo trimestre del primer año de vida, se presentan cambios en el desarrollo intelectual y emocional que evidencian la evolución en el desarrollo del yo. Aunque predominan los impulsos y deseos orales, la organización sexual progresa y las tendencias uretrales, anales y genitales adquieren fuerza. Se amplía la gama de fantasías y éstas se vuelven más elaboradas y diferenciadas. Paralelamente ocurren cambios en la naturaleza de las defensas.

Estos progresos se reflejan en la relación con la madre. Es el tiempo en que propios y extraños advierten y comentan que el bebé ya la reconoce. La relación con la madre, que se ha ido desarrollando gradualmente mientras el pecho figuraba aún como principal objeto, se establece más firmemente y la identificación con ella se fortalece cuando el bebé llega a percibir e introyectar a su madre como persona, es decir, como "objeto total". La madre como persona total puede ser a veces buena y a veces mala, puede estar presente o ausente y se le puede amar y odiar al mismo tiempo.

Los procesos de síntesis actúan en la totalidad del campo de las relaciones objetales internas y externas. Se sintetizan los aspectos contrastantes de los objetos internalizados (superyó primitivo) y de los objetos externos (los padres). La mayor integración del yo conduce a una mayor coherencia entre las partes escindidas buenas y malas.

Al haber mayor integración, el conflicto entre amor y odio aparece con claridad. El bebé descubre cuán desamparado se encuentra y cómo depende totalmente de la madre. Al percibirla como objeto total puede recordarla, es decir, puede recordar gratificaciones anteriores en momentos en que la madre parece frustrarlo, y recuerda frustraciones cuando la madre lo está gratificando. Reconoce que es una misma persona, él mismo, quien ama y odia a una misma persona, su madre. Se enfrenta entonces a los conflictos vinculados con su propia ambivalencia, lo que trae consigo un cambio en la naturaleza de las ansiedades.

En la *posición depresiva* las ansiedades brotan de la ambivalencia y el motivo principal de la ansiedad del bebé, es que sus propios impulsos agresivos hayan destruido o lleguen a destruir al objeto amado del que tanto depende. La ansiedad con respecto a la madre internalizada, a la que teme dañada, sufriendo, en peligro de ser aniquilada, o ya aniquilada y perdida para siempre, es de naturaleza depresiva y conduce a la inhibición de las pulsiones agresivas y al impulso de reparar el daño inflingido.

El bebé bien integrado que puede evocar y conservar su amor por el objeto bueno, incluso mientras lo odia, está expuesto a nuevos sentimientos poco conocidos en la *posición esquizo-paranoide*: el duelo y la nostalgia por el objeto bueno al que se siente perdido y destruido, y la culpa provocada por el sentimiento de haberlo atacado. Ante la ansiedad depresiva surge la defensa maniaca, aunque todavía persisten los métodos omnipotentes de negación, idealización, escisión y control, pero ahora se los utiliza para neutralizar la desesperación depresiva. Incluso se puede vivir como persecutoria, por la momentánea regresión a la *posición esquizo-paranoide*.

Los progresos en el desarrollo del yo capacitan al bebé para enfrentar la realidad psíquica, utilizando defensas más adecuadas, y el deseo de reparar al objeto dañado entra en juego de lleno. Aumenta la comprensión del mundo externo y la imagen de los padres, en un principio distorsionada en figuras idealizadas y terroríficas, se aproxima gradualmente a la realidad. A medida que el bebé reintroyecta una y otra vez un mundo externo más realista y tranquilizador y establece dentro de sí objetos totales, se producen progresos esenciales en la organización del superyó. Cuando se unen los objetos buenos y malos, éstos atenuados por aquellos, se modifica la relación entre el yo y el superyó, es decir se produce una asimilación progresiva del superyó por el yo. En las fases tempranas de la *posición depresiva*, el superyó es vivenciado aún como muy severo y persecutorio; pero a medida que se afirma la relación de objeto total, el superyó pierde

algunos de sus aspectos monstruosos y se aproxima a una imagen de padres buenos y amados. Dicho superyó no es sólo la fuente de sentimientos de culpa, sino también un objeto de amor que ayuda en la lucha contra la pulsión de muerte.

Obsérvese que esta evolución del superyó en la concepción kleiniana, coincide en sus características con el superyó protector de Freud (1923). Nuevamente, la divergencia parece radicar en la génesis temprana que Klein le adjudica.

Para Klein, M., (1937), el dolor del duelo propio de la *posición depresiva* y las necesidades reparatorias de restaurar los objetos internos y externos amados, constituyen las bases de la creatividad y la sublimación. La reparación se dirige al objeto y al yo, en parte por preocupación y culpa por el objeto, y en parte por las pulsiones de autoconservación. La preocupación por el objeto cambia los fines pulsionales y produce una inhibición de la agresividad. La represión reemplaza gradualmente a la escisión. Los mecanismos psicóticos ceden lugar a los neuróticos: inhibición, represión y desplazamiento.

He aquí la génesis de la formación de símbolos. Para proteger al objeto, el bebé inhibe los derivados pulsionales y en parte los desplaza sobre sustitutos. Los procesos de sublimación y de formación de símbolos están estrechamente vinculados con conflictos y ansiedades de la *posición depresiva* y son una consecuencia de éstos.

En el desarrollo normal, la *posición depresiva* está ligada a cambios fundamentales de la organización de la libido del bebé, pues durante ese período (alrededor de la mitad del primer año de vida), el bebé entra en los estadios tempranos del Complejo de Edipo. Los deseos orales de incorporación de objetos parciales, se transfieren del pecho materno al pene del padre. Los deseos genitales se unen con los orales y se produce una internalización del pene paterno, a la vez objeto bueno y malo. Convergen deseos de distintos orígenes que van hacia los objetos parciales y totales: el pene del padre, codiciado y odiado, existe como parte del cuerpo del padre y simultáneamente existe en el interior del bebé y de la madre.

Por la ansiedad depresiva provocada por el temor de perder a la madre, el bebé se vuelve hacia el padre y lo introyecta como objeto total. La libido y la ansiedad se distribuyen, estimulan las relaciones de objeto y disminuyen la preocupación depresiva. Así, los estadios tempranos del

Complejo de Edipo positivo y negativo, ayudan a superar la *posición depresiva* que parcialmente llega a su término al iniciarse el período de latencia, con la resolución de la neurosis infantil.

Estrictamente hablando, la *posición depresiva* nunca se elabora por completo y siempre se experimentan ansiedades relacionadas con la ambivalencia y la culpa. Las situaciones de pérdida reavivan la ansiedad de perder el objeto interno bueno y con ella todas las ansiedades originalmente vividas en la *posición depresiva*. Si se ha establecido un objeto interno bueno suficientemente afianzado, las situaciones de ansiedad depresiva serán elaboradas de manera fructífera, redundando en mayor enriquecimiento y creatividad.

C) PSICOPATOLOGÍA DE LAS POSICIONES ESQUIZO-PARANOIDE Y DEPRESIVA: PSICOGÉNESIS DE LAS CONDUCTAS SUICIDAS.

Segal, H., (1973) en una excelente recopilación de los conceptos fundamentales de la teoría kleiniana, describe lo que conocemos como la psicopatología de la *posición esquizo-paranoide*, recordando que en el desarrollo de los primeros meses de la vida se establecen los puntos de fijación de la psicosis. Esto ocurre porque los procesos anteriormente descritos se perturban cuando las experiencias malas predominan sobre las buenas y se presenta entonces la identificación proyectiva patológica, ampliamente descrita por el autor kleiniano Wilfred Bion (1966).

Cuando la ansiedad y los derivados de la pulsión de muerte son muy intensos, especialmente la envidia, la parte proyectada se deshace en pedazos, desintegrando al objeto en fragmentos diminutos. La realidad se experimenta como primordialmente persecutoria, se odia violentamente toda experiencia de la realidad externa e interna. La fragmentación del yo es un intento de desembarazarse de toda percepción y es al aparato perceptual al que principalmente se ataca, destruye y oblitera. Cuando la envidia es muy intensa, la percepción de un objeto ideal es tan dolorosa como la experiencia de un objeto malo, ya que el objeto ideal provoca una envidia intolerable.

Según Klein, M., (1957) por la envidia se pretende ser tan bueno como el objeto; como esto es imposible, la intención es arruinar lo bueno que posee el objeto para suprimir la fuente de envidia. Este aspecto dañino de la envidia es lo que la hace tan destructiva para el desarrollo, pues convierte en mala a la fuente misma de todo lo bueno, fuente de la que depende el bebé. Aunque surge del amor y la admiración primitivos, la envidia tiene un componente libidinal menos intenso que la voracidad y se considera la primera externalización directa de la pulsión de muerte.

El pecho ideal es la fuente de todo bienestar físico y mental, un reservorio inagotable de alimento, calor, amor, comprensión y sabiduría. La experiencia de satisfacción aumenta el amor por el objeto y el deseo de poseerlo, preservarlo y protegerlo; pero esta experiencia también provoca el deseo de ser la fuente de semejante perfección. Los dolorosos sentimientos de envidia provocan el deseo de destruir las cualidades del objeto que producen sentimientos tan penosos.

La envidia temprana muy intensa interfiere el funcionamiento normal de los mecanismos esquizoides, pues se ataca y arruina el objeto ideal originario de la envidia y no se puede mantener el proceso de escisión en un objeto ideal y un objeto persecutorio. Esto conduce a la confusión entre lo bueno y lo malo; queda interferida la introyección del objeto ideal y por tanto, se altera el desarrollo del yo y del superyó.

Cuando la capacidad de reparación de objetos internos y externos se encuentra alterada, el yo se siente acosado por la ansiedad constante de perder totalmente los objetos buenos internos, está empobrecido y debilitado, su relación con la realidad es frágil y vive en perpetuo temor y amenaza de hacer una regresión masiva a la *posición esquizo-paranoide*.

He aquí, uno de los principales factores relacionados con la psicogénesis de diversas patologías como la depresión, los estados maniaco-depresivos y las conductas criminales y suicidas; psicopatología estudiada por Melanie Klein en diversos trabajos (1927, 1934, 1935, 1940 y 1963).

Desde 1927, Klein, M., concluyó que uno de los factores que subyace a las conductas antisocial y suicida, no es la debilidad o falta de superyó, o falta de conciencia; sino que es la abrumadora severidad del superyó, la responsable de dichos comportamientos. Para Klein, M., (1934) el niño

pequeño alberga impulsos y fantasías agresivas en contra de sus padres, los proyecta en ellos y así desarrolla una imagen fantástica y distorsionada de la gente que lo rodea. Internaliza estas imágenes irreales y se siente gobernado por padres fantásticamente peligrosos y crueles; es decir, gobernado por el superyó. En la temprana fase sádica, que normalmente todo individuo supera, el niño se protege contra este temor a sus violentos objetos tanto externos como introyectados, redoblando en su imaginación sus ataques contra ellos. Se establece un círculo vicioso: la angustia del niño lo impulsa a destruir a sus objetos, esto lleva a un incremento de la angustia, misma que presiona una vez más contra los objetos.

Cuando en el curso normal del desarrollo disminuyen el sadismo y la angustia, el niño encuentra recursos y modos socialmente más aceptados para dominarla. Esta mayor adaptación a la realidad permite al niño conseguir más apoyo contra las *imago*s fantásticas a través de su relación con los padres reales. En tanto que en los estadios más tempranos del desarrollo sus fantasías agresivas en contra de los padres y hermanos despertaban principalmente la angustia porque estos objetos podrían volverse contra él, esas tendencias se convierten ahora en la base de sentimientos de culpa y deseos de reparar lo que en su imaginación ha hecho. Cuanto más aumenta la tendencia y capacidad de reparar y más crece la creencia y confianza en los que lo rodean, más se apacigua el superyó, y viceversa. Pero en los casos en que el círculo vicioso entre el odio, la angustia y las tendencias destructivas no pueden romperse (como resultado de un fuerte sadismo y una angustia abrumadora), el individuo sigue bajo la tensión de las primeras situaciones de ansiedad y continúa utilizando los mecanismos de defensa más primitivos. Si por razones externas o intrapsíquicas, el miedo al superyó sobrepasa ciertos límites, el individuo puede sentirse compelido a destruir a la gente; esta compulsión suele formar la base del desarrollo de la conducta antisocial y/o de la psicosis.

Los puntos de fijación de la psicosis han de hallarse en los primeros estadios del desarrollo. Abraham, K. (1924) propuso diferenciar dos estadios dentro de la fase anal-sádica, cuyos componentes distinguen dos tipos de comportamiento en relación con el objeto. En el primero, el erotismo anal va ligado a la evacuación, y la pulsión sádica a la destrucción del objeto; en el segundo estadio, el erotismo anal va ligado a la retención, y la pulsión sádica al control posesivo del objeto. El paso de un estadio al otro constituye un progreso decisivo hacia el amor de objeto.

Siguiendo a Abraham, K. op.cit., Klein, M., (1932) coincide en que el límite entre el estadio anal primario y el estadio anal secundario, forma la línea de demarcación entre las psicosis y las neurosis. Considera los puntos de fijación en estos estadios, como puntos de partida, no solamente de enfermedades subsecuentes, sino también de trastornos que el niño sufre durante las primeras etapas de su vida.

Las situaciones de ansiedad excesiva que surgen en la fase de sadismo máximo son un factor etiológico fundamental en las perturbaciones psicóticas. En las fases más tempranas del desarrollo, los niños normales también pasan por situaciones de ansiedad que son de carácter psicótico. Si aquellas situaciones tempranas son activadas en un grado elevado, ya sea por razones internas o externas, el niño exhibirá rasgos psicóticos. Si está demasiado presionado por sus *imago*s que hacen surgir miedo y no puede contrarrestarlas suficientemente con la ayuda de las *imago*s bondadosas y de sus objetos reales, está expuesto a perturbaciones que son similares a las psicosis del adulto y que se prolongan a menudo en una psicosis en la vida futura; o bien forman la base de enfermedades graves u otras dificultades del desarrollo. Pero desde que en la infancia las situaciones de ansiedad de esta naturaleza entran en acción invariablemente en una época u otra y alcanzan cierta intensidad, todo niño manifestará síntomas psicóticos en una u otra época de su vida.

Por ejemplo, el cambio entre la alegría excesiva y la tristeza extrema, que es característica de las perturbaciones melancólicas y maniaco-depresivas, es un fenómeno regular en el niño pequeño. No se comprende justamente la verdadera extensión y profundidad de la infelicidad y la tristeza que sienten los niños. La depresión del niño, aunque no tan aguda, tiene las mismas causas que la perturbación melancólica del adulto, y “la depresión infantil también está acompañada por ideas de suicidio. Los accidentes de mayor o menor importancia que sufren los niños, las automutilaciones y las heridas que se infieren, representan tentativas de suicidio realizadas con medios todavía insuficientes”. (Klein, M. 1932, pag. 169, el subrayado es mío).

En el desarrollo normal, los mecanismos depresivos ejercen su influencia y la temprana ansiedad paranoide se elabora por medio de mecanismos obsesivos y tendencias de reparación. El temor a la pérdida y la destrucción del objeto se elabora en calidad de fantasía. En cambio, en la melancolía el proceso fundamental es la pérdida del objeto amado y da por resultado la instalación del objeto dentro del yo. Debido a un exceso de impulsos canibalísticos en el sujeto,

esta introyección se malogra y la consecuencia es la enfermedad. ¿Por qué el proceso de introyección es tan específico para la melancolía?

Dar respuesta a esta inquietud, indudablemente remite a la concepción freudiana de la melancolía, de la cual parte el pensamiento kleiniano.

Como ya desarrollamos en el capítulo anterior, Sigmund Freud en su magistral trabajo "*Duelo y Melancolía*" (1915 [1917]), nos ofrece un fundamento inestimable para la comprensión de las relaciones de objeto y los mecanismos que operan en la melancolía y en las tendencias suicidas. Hemos visto cómo estas ideas de Freud permearon el pensamiento de Melanie Klein al desarrollar su concepción del desarrollo temprano, en especial lo que respecta a la *posición depresiva*. Asimismo, tuvieron una gran influencia en su aproximación a los estados patológicos.

Para Klein, M., (1935), la principal diferencia entre la incorporación en la paranoia y en la melancolía está relacionada con cambios en la relación del sujeto con el objeto, aunque también se trata de un cambio en la constitución del yo introyectante; es decir, se trata de una diferencia entre el predominio de la *posición esquizo-paranoide* en el paranoico y el acceso a la *posición depresiva* con severas fijaciones en la *posición esquizo-paranoide*, en el melancólico.

Al principio, cuando el sadismo oral tiene un papel predominante (que constituye una de las bases de la esquizofrenia), el poder del yo de identificarse con sus objetos es aún muy limitado, en parte porque todavía no está coordinado y en parte porque los objetos introyectados son más bien objetos parciales. En la paranoia, las defensas se dirigen principalmente a la destrucción de los "perseguidores" y la ansiedad ocupa un lugar prominente en el cuadro. A medida que el yo completa su organización, las *imago*s internalizadas se aproximan más a la realidad y el yo puede identificarse más ampliamente con los objetos "buenos". El miedo a la persecución, dirigido primeramente sólo al yo, se extiende ahora también al objeto bueno, y en adelante la preservación del objeto bueno será considerada como sinónimo de la supervivencia del yo.

Con el paso a la relación de objeto total, se vive el temor a la pérdida del objeto amado y se intensifica el mecanismo de introyección, con la fantasía de que el objeto amado puede ser conservado a salvo dentro del sujeto. La ansiedad por miedo a que el objeto sea destruido en este proceso, conduce a las perturbaciones de la función de introyección, pues ante el aumento de la

percepción de la realidad psíquica, el yo se enfrenta a su propia incapacidad para protegerlo y preservarlo contra los objetos internalizados perseguidores y contra el ello. La destrucción y expulsión del objeto -procesos característicos del primer nivel anal- inician el mecanismo depresivo, confirmando la conexión genética entre paranoia y melancolía.

El mecanismo paranoico de la destrucción de objetos, persiste por todos los medios que el sadismo oral, uretral y anal tiene a su disposición; pero persiste en menor grado y con ciertas modificaciones debido al cambio en la relación del sujeto con sus objetos. El temor de que el objeto "bueno" sea expulsado junto con el "malo", hace que los mecanismos de expulsión y proyección pierdan parcialmente su valor. El yo hace un mayor uso de la introyección del objeto bueno como un mecanismo de defensa, asociado al surgimiento de tendencias y fantasías importantes: realizar la reparación del objeto. El yo se siente impelido a llevar a cabo una reparación por todos los ataques sádicos que en fantasías regresivas anteriores ha dirigido contra ese objeto; impelido por su creciente identificación con el objeto bueno internalizado.

Dijimos que los primeros objetos internalizados forman la base del superyó e influyen en su estructura, lo cual nos permite comprender su inflexible severidad en el caso del melancólico. Las persecuciones y exigencias de los objetos malos internalizados; los ataques de esos objetos unos contra otros; la apremiante necesidad de cumplir con las estrictas exigencias de los objetos "buenos", protegerlos y aplacarlos dentro del yo, con el resultante odio del ello; la constante incertidumbre sobre la "bondad" de un "objeto bueno", que hace que éste se transforme tan prontamente en uno malo; son factores que se combinan para producir en el yo la sensación de ser presa de exigencias imposibles y contradictorias que surgen del interior, condición que se siente como mala conciencia. Los primeros balbuceos de la conciencia están asociados con la persecución por objetos malos.

La opinión psicoanalítica general, admite como causa de la inflexible severidad del superyó en el melancólico, la necesidad apremiante que existe en el yo de obedecer a las exigencias muy estrictas de los objetos "buenos", es decir, la del objeto erigido en el yo. Para Klein, M., (1935), únicamente observando la relación compleja del yo con sus objetos malos fantaseados, así como con sus objetos buenos, y observando el cuadro completo de la situación interna, podremos comprender "la esclavitud a que se somete el yo cuando obedece a las exhortaciones y exigencias extremadamente crueles de su objeto amado erigido dentro de él" (pag.274-275). El yo trata de

mantener los objetos buenos separados de los malos, lo que trae como resultado un concepto de objetos extremadamente malos y extremadamente perfectos; es decir, sus objetos amados son intensamente morales y exigentes. Al no lograr mantenerlos separados, una parte de la crueldad de los objetos malos y del ello la adjudica a los objetos buenos, y esto aumenta aun más la severidad de sus exigencias. Cuanto mayor es la ansiedad de perder los objetos amados, mayor es la lucha del yo por salvarlos; y cuanto más difícil se hace la tarea de reparación, más estrictas se vuelven las exigencias asociadas con el superyó.

Es difícil trazar una línea definida entre los sentimientos y contenidos de ansiedad del paranoico y el depresivo, desde que ambos están íntimamente ligados. Pueden distinguirse si se considera que en el depresivo, la ansiedad persecutoria está principalmente relacionada con la preservación de los objetos buenos internalizados totales, con los cuales se identifica el yo. En este caso, la ansiedad por miedo de que los objetos buenos, y con ellos el yo, sean destruidos o se encuentren en estado de desintegración, está estrechamente relacionada con los esfuerzos continuos y desesperados del yo, por salvar a sus objetos buenos internalizados y externos. El paranoico, por su parte, ha introyectado también un objeto real y total, pero no ha podido llegar a una identificación completa con él, o habiendo llegado a ésta, no ha podido mantenerla. La ansiedad persecutoria es demasiado grande; hay sospechas y ansiedades de naturaleza fantástica que dificultan una completa y estable introyección de un objeto bueno y real. Una vez introyectado, hay poca capacidad de conservarlo como objeto bueno, puesto que dudas y sospechas de toda clase harán que el objeto amado se torne pronto en un perseguidor. En este caso, la relación con los incipientes objetos totales y con el mundo real, está mayormente influida por la primera relación con objetos parciales internalizados.

Donde la ansiedad persecutoria se halla en camino ascendente, no son posibles ni la identificación completa y estable con otro objeto, en el sentido de considerarlo y comprenderlo como realmente es, ni una capacidad plena para el amor.

Klein, M. (1935), considera que los casos en los que se presenta esta mezcla de tendencias paranoicas y depresivas, “nos pueden conducir a la mejor comprensión de la todavía enigmática reacción del suicida”, (pag.282, el subrayado es mío). Menciona que de acuerdo con los hallazgos de Abraham y Glover, el suicidio se dirige contra el objeto introyectado. Agrega que al cometer

un suicidio el yo intenta matar a sus objetos malos, pero al mismo tiempo se propone también salvar a sus objetos amados, internos y externos.

En algunos casos, las fantasías subyacentes al suicidio se dirigen a salvar a los objetos buenos internalizados y a esa parte del yo que está identificada con ellos; al mismo tiempo, se pretende destruir la otra parte del yo que está identificada con los objetos malos y con el ello. Así, se satisface el odio contra el objeto, por medio del exterminio de los objetos internos. Otra satisfacción que está en el fondo de la fantasía de suicidio, es la unión pacífica del yo con sus objetos amados.

En otros casos, el suicidio parece estar determinado por el mismo tipo de defensas, pero aquí éstas se relacionan con el mundo externo y con los objetos reales, en parte como sustitutos de los internalizados. El melancólico odia no sólo a sus objetos malos, sino también a su ello, y a éste lo odia vehementemente. Al cometer el suicidio, su propósito puede ser establecer una reparación definida de sus relaciones con el mundo externo, porque él desea librar al objeto real -o el objeto "bueno" que ese mundo entero representa y con el cual el yo está identificado- de sí mismo, de aquella parte de su yo que está identificada con sus objetos malos y con su ello. En el fondo percibimos que tal paso es la reacción contra sus propios ataques sádicos sobre el cuerpo de la madre, que es para el niño la primera representación del mundo exterior. El odio y la venganza contra los objetos reales (buenos) también tienen un papel importante en ese paso, pero es precisamente en él contra el que lucha el melancólico por medio del suicidio, para salvar a sus objetos reales.

La manía es una vía de escape contra la melancolía, y también es un refugio ante una situación paranoica que el yo no puede dominar. Lo que principalmente caracteriza a la manía es el sentimiento de omnipotencia que tiene como propósito controlar y dominar a los objetos introyectados; así, se niega el miedo y la persecución, y puede efectuarse la reparación del objeto. Cuando predomina la manía, el sujeto recurre a métodos violentos como matar a los objetos y desde su omnipotencia, supone que podrá inmediatamente devolverles la vida.

Finalmente, en un trabajo póstumo (el último que escribió), Klein, M. (1963) relaciona el problema del suicidio con el sentimiento de soledad. En la perturbación maniaco-depresiva, el sujeto ha dado ya algunos pasos hacia la *posición depresiva*: percibe al objeto más como un todo,

y sus sentimientos de culpa, si bien ligados aún a mecanismos paranoides, son más intensos y menos fugaces. Por consiguiente, experimenta en mayor medida que el esquizofrénico, el anhelo de tener dentro de sí al objeto bueno a fin de protegerlo y ponerlo a salvo. Pero se siente incapaz de hacerlo, puesto que, al mismo tiempo, no ha elaborado suficientemente la posición depresiva, de modo que su capacidad de reparar, de sintetizar al objeto bueno y alcanzar la integración del yo, no se ha desarrollado lo suficiente. En la medida en que en su relación con el objeto bueno existe todavía una considerable cantidad de odio, y por consiguiente de miedo, no está lo bastante capacitado para repararlo. Por lo tanto, su relación con dicho objeto no le proporciona suficiente alivio sino tan sólo la sensación de ser odiado y no querido; siente que su objeto bueno está constantemente expuesto a la amenaza de sus propios impulsos destructivos. El anhelo de poder superar todas estas dificultades respecto del objeto bueno forma parte del sentimiento de soledad. “En casos extremos esto se expresa en la tendencia al suicidio” (pag.312, el subrayado es mío).

D) EL CONCEPTO KLEINIANO DE “POSICIÓN” Y LA INTERACCIÓN DINÁMICA ENTRE LAS POSICIONES ESQUIZO-PARANOIDE Y DEPRESIVA.

Una revisión de lo expuesto hasta ahora, permite deducir que para Melanie Klein existe una diferencia fundamental entre el concepto de *posición* y el de etapa de desarrollo. Desde sus primeros trabajos denota que su pensamiento acerca de los fenómenos psíquicos y específicamente su conceptualización del desarrollo temprano, venía permeado por la idea de que la constitución del sujeto evoluciona por un ir y venir entre la progresión y la regresión del desarrollo, entre la integración y la desintegración.

En su “*Contribución a la psicogénesis de los estados maniaco-depresivos*” (1935), introduce el término *posición depresiva* para referirse a la conjunción particular de relaciones objetales, ansiedades y defensas, ya descrita. En este trabajo, ella misma señala explícitamente este *insight* sobre el concepto de *posición*, en una nota de pie de página, sin fecha y que muy probablemente sea posterior:

“He descrito las ansiedades psicóticas y los mecanismos de defensa del niño usando los términos de fases de desarrollo. La conexión genética entre ellos, en verdad, ha sido respetada en mi descripción y también la fluctuación que continúa entre ellas bajo la presión de la ansiedad hasta que se alcanza más estabilidad, pero desde que en el desarrollo normal las ansiedades psicóticas y los mecanismos nunca predominan aislados, el término fases psicóticas no es realmente satisfactorio. Uso ahora el término “posición”, en relación con las primeras ansiedades y defensas psicóticas en el desarrollo del niño. Me parece más fácil asociarlas con este término que con las palabras “mecanismos” o “fases”, para las diferencias entre las ansiedades psicóticas del desarrollo del niño y las psicosis del adulto: por ejemplo, el rápido cambio que tiene lugar de una ansiedad de persecución o de un sentimiento depresivo a una actitud normal, cambio que es tan característico en el niño”. (pag.282, el subrayado es mío).

En su trabajo “*Notas sobre algunos mecanismos esquizoides*” (1946), acuña el término “posición paranoide”, -que precede a la *posición depresiva*- en lugar de “fase persecutoria”. Posteriormente aclara que utilizaba el término “posición paranoide” como sinónimo de la “posición esquizoide” de W.R.D. Fairbairn. Finalmente decidió combinar ambos términos y utilizar la expresión *posición esquizo-paranoide*, tal y como la conceptualizó finalmente en 1952.

En 1948, en el prefacio a la tercera edición de su obra “*Psicoanálisis de niños*” (1932), menciona que al estudiar el desarrollo temprano, le fue necesario introducir cambios en cuanto al énfasis de uno y otro fenómeno, y en cuanto a las relaciones cronológicas; por lo que diferenció dos fases principales en los primeros meses de vida que originalmente denominó “posición paranoide” y “posición depresiva”. Explica su utilización del término, de manera casi idéntica a como lo hace finalmente en “*Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del bebé*”. (1952):

“Elegí el término “posición” para designar las fases paranoide y depresiva porque estos agrupamientos de ansiedades y defensas, aunque surjan primeramente en los estadios primitivos, no se restringen a éstos, sino que aparecen y reaparecen durante los primeros años de la infancia y bajo determinadas circunstancias en la vida ulterior”. (pag. 207, el subrayado es mío).

Otros autores han hecho énfasis en el concepto de *posición*. Money-Kyrle, R.E. (1975), como editor de las *Obras Completas* de Melanie Klein, considera que es un concepto de suma importancia, en tanto que viene a ocupar el lugar de la fase o el estadio como unidad del desarrollo.

Bion, W., (1962, 1966), tomó como base diversos conceptos kleinianos para desarrollar su teoría del pensamiento; específicamente, dio gran importancia a los conceptos de *posición esquizo-paranoide* y *posición depresiva*. Grinberg, et.al., (1973) en su excelente recopilación de las ideas de Bion, describen que para Bion existen dos mecanismos que principalmente participan en la formación del “aparato para pensar los pensamientos”: el primero está representado por la relación dinámica entre algo que se proyecta, *un contenido* y un objeto que lo contiene, *continente*. El segundo es el representado por la relación dinámica entre las *posiciones esquizo-paranoide y depresiva*. “Bion conceptualiza los momentos de integración y desintegración como un permanente oscilar entre ambas situaciones y simboliza esta relación con el signo PS <-->D”. (Pag. 65, el subrayado es mío).

Young, E.B.(1996) considera que el uso kleiniano de la palabra *posición* enfatiza la relación dinámica entre las *posiciones esquizo-paranoide y depresiva*, y que Bion, sugirió que las dos posiciones se encontraban en un equilibrio “químico” una con la otra; es decir, en una interacción constantemente fluctuante. Siguiendo la concepción bioniana, Young, op.cit., coincide en la inseparabilidad de las dos posiciones.

Parece claro que ante el concepto de *posición*, el curso y el resultado del desarrollo ya no se expresan en función de sucesivas etapas libidinales, sino en función de relaciones objetales internalizadas y externas del yo y del superyó. Las implicaciones teóricas de este concepto para la comprensión de las conductas suicidas infantiles son tan importantes, como las consecuencias técnicas para su abordaje terapéutico.

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

A) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La revisión de estudios antecedentes demuestra que la conducta suicida en los niños ha sido escasamente estudiada desde la teoría psicoanalítica, específicamente desde las aportaciones de Melanie Klein, quien, a lo largo de cuarenta años de ardua labor, logró construir un edificio teórico y técnico que nos ayuda a comprender la condición psicodinámica del sujeto con problemática suicida.

En el presente trabajo se estudia la conducta suicida de un niño de siete años desde la teoría del desarrollo temprano planteada por Melanie Klein. Se presenta y discute el material clínico que permite ilustrar el funcionamiento mental propio de la *posición esquizo-paranoide* y de la *posición depresiva*, como conceptos fundamentales de la teoría kleiniana, tal y como se han descrito en el capítulo anterior.

Se pretende rescatar la característica fundamental del concepto de *posición* a diferencia del concepto clásico de etapa de desarrollo. La *posición* implica un estado de funcionamiento que puede ser más o menos permanente, duradero; o bien, puede ser temporal, momentáneo. El

material clínico de este paciente con problemática suicida nos brinda la oportunidad de observar, durante el proceso psicoanalítico, un oscilamiento entre las *posiciones esquizo-paranoide y depresiva* por los mecanismos de regresión a puntos de fijación y de progresión a puntos de crecimiento, a pesar del predominio de uno u otro estado de funcionamiento.

Se estudian las características de las *posiciones esquizo-paranoide y depresiva* tal y como se reflejan en la sintomatología, en la historia del desarrollo, en la historia familiar, en la transferencia, en el juego y en el dibujo; incluyendo, la descripción de los derivados de la libido (amor, tendencia a la integración y al crecimiento) y de la pulsión de muerte (agresión, fantasías de muerte y aniquilamiento); incluyendo también, la descripción de las ansiedades predominantes, de los mecanismos de defensa y de las relaciones de objeto parcial y total. Todo ello referido al desarrollo del yo, con énfasis especial en el desarrollo del superyó, dado el papel decisivo de ésta última instancia en la problemática suicida.

El caso clínico se presenta describiendo tanto la valoración efectuada a través de un estudio psicológico completo, como el material clínico recabado durante cuatro años de tratamiento psicoanalítico. Se desarrolla en detalle la evolución terapéutica, haciendo énfasis en la elaboración de las conductas y amenazas suicidas, de las conductas y fantasías destructivas y autodestructivas, y de las ansiedades y mecanismos de defensa. Se describen las modificaciones en el superyó y los consecuentes cambios evolutivos en el yo y en las relaciones de objeto.

B) TIPO DE INVESTIGACIÓN

Se trata de un "*Estudio de un Caso Clínico*", siguiendo los lineamientos del psicodiagnóstico infantil y de la psicoterapia psicoanalítica desde la teoría y técnica de Melanie Klein.

Partiremos de que el psicodiagnóstico infantil es un proceso ineludible al enfrentar el trabajo terapéutico con niños. Su importancia es indiscutible si lo consideramos como un punto de partida, y más aún cuando pretendemos ofrecer un servicio por demás complejo y delicado. Tratamos de coadyuvar al alivio que, en mayor o menor grado, aqueja a quienes lo solicitan. Ante una petición de ayuda, emprendemos un proceso de evaluación utilizando diversas técnicas e

instrumentos, dependiendo de cada caso. Lo hacemos de acuerdo con un marco epistemológico que puede variar según la formación profesional de cada uno de nosotros.

Considerar el psicodiagnóstico infantil a la luz del psicoanálisis ha reportado invaluables beneficios; principalmente, la posibilidad de contar con un marco de referencia que le da consistencia y utilidad clínica al proceso de evaluación y de intervención terapéutica, sobre todo porque el diagnóstico y el pronóstico implican emitir una opinión profesional y plantear una estrategia de tratamiento.

Con base en la concepción holística de los fenómenos clínicos, buscamos ampliar nuestro marco de referencia más allá de la sintomatología: a través del psicodiagnóstico damos cuenta del desarrollo global del niño, de sus alcances y fallas en los procesos de maduración y desarrollo, y en los procesos de estructuración de la personalidad. La teoría psicoanalítica nos enseña que el síntoma, e incluso un síndrome psiquiátrico, es una manifestación de un proceso psicopatológico subyacente que habrá de ser aclarado psicodinámicamente para poder plantear un abordaje terapéutico adecuado, pues sólo incidiendo en el mundo interno del sujeto, es posible comenzar a desarticular la patología. El diagnóstico psicodinámico ha brindado la posibilidad de lograr una amplia y profunda comprensión de las conductas suicidas infantiles, indagando y estableciendo sus causas.

Desde el punto de vista de la intervención terapéutica pretendemos incidir sobre las causas subyacentes a la sintomatología; es decir, que la meta del análisis será la investigación, interpretación y elaboración de las motivaciones inconscientes. En la psicoterapia infantil, establecemos comunicación con el niño fundamentalmente a través del juego, así como por medio de la comunicación verbal.

Desde el enfoque kleiniano, el juego es una actividad compleja que, por un lado, expresa ansiedad, y por el otro, tiene una eminente función placentera ya que jugando el niño satisface sus deseos y logra dominar la ansiedad. Por ello, el modo de intervenir será la interpretación de las raíces inconscientes de dicha ansiedad. Juego e interpretación son la técnica fundamental: los elementos del juego son simbólicos y deben ser interpretados como tales, siempre y cuando podamos descubrir su significado en el contexto global de las conductas del niño.

Para Melanie Klein (1932) el juego es equivalente a la asociación libre y considera que al igual que en el sueño, el niño expresa sus fantasías, sus deseos y experiencias de un modo simbólico por medio de juegos y juguetes. Al hacerlo, utiliza los mismos medios de expresión y el mismo lenguaje que nos es familiar en los sueños, y sólo comprenderemos totalmente este lenguaje si nos acercamos a él como Freud, S. (1900) nos ha enseñado a acercarnos al lenguaje de los sueños. Al igual que en éstos, el simbolismo es sólo una parte de dicho lenguaje, por lo que la interpretación simbólica deberá desentrañar no sólo el significado de cada símbolo separadamente, sino tener en cuenta todos los mecanismos y formas de representación usados en el trabajo onírico, sin perder de vista la relación de cada factor con la situación total. En este sentido, la interpretación simbólica ocurre cuando el analista ha logrado un insight de ciertas conexiones: entonces se interpretan los fenómenos observados enlazándolos con el inconsciente y con la situación analítica en su totalidad. Aquí se incluye la contratransferencia y se descarta la lectura racional, pues la interpretación se basa también en el inconsciente del analista.

El juego es también la representación de un drama, la escenificación de una fantasía inconsciente que se despliega desde el principio, a veces un instante y otras largamente. El escenario donde se juega la batalla pulsional a través de un guión de fantasías inconscientes es el cuerpo materno, que aparece lleno de riquezas deseadas y de monstruos aterradoras. Esta fantasía es trasladada al propio consultorio del analista que, simbólicamente, representa el cuerpo materno y por lo tanto, tiene una importancia fundamental en la transferencia analítica.

La técnica interpretativa parte desde el inconsciente pues desde ahí se plantea la creatividad y las actividades yóicas más elevadas; desde los elementos y mecanismos más primitivos se dan las bases para la constitución del aparato psíquico; desde la representación del cuerpo se logran importantes funciones, incluyendo el acceso a la realidad.

Finalmente, partiremos -siguiendo a Melanie Klein (1932)- de que es incorrecto considerar que la conducta del niño en análisis, evidentemente distinta a la del adulto, hace necesario emplear una técnica diferente. El análisis de niños ha de emprenderse con la mente abierta, descubriendo los caminos y medios para explorar las profundidades más recónditas y para encontrar la verdadera naturaleza del niño sin imponer restricciones a la técnica. En este sentido, Esperanza Plá (1992) siguiendo la escuela kleiniana en nuestro país, insiste sobre la necesidad de que el psicoanalista de niños tenga la misma actitud consciente e inconsciente que el psicoanalista de

adultos, para lo cual se requiere un profundo análisis personal; agreguemos: y un arduo trabajo de supervisión también.

C) EL SUJETO

Se estudia el caso de un niño varón de siete años y tres meses de edad, entre cuya florida sintomatología ha presentado deseos y amenazas suicidas y ha cometido dos intentos de suicidio; también ha presentado conductas destructivas y antisociales como rasgos inherentes a su comportamiento. El chico fue referido por la escuela para una evaluación general del desarrollo (en especial de los aspectos emocionales) por presentar problemas de conducta, de aprendizaje y del desarrollo social-adaptativo, con el fin de determinar la conveniencia de su ingreso a un programa de educación especial.

De acuerdo con el proceso psicodiagnóstico inicial se encontró una problemática multideterminada por factores de desarrollo neurológico, factores emocionales y factores de índole familiar. En el nivel psicodinámico, se concluyó que se trata de un *Predominio Psicótico de la Personalidad* de acuerdo con el autor post-kleiniano Wilfred Bion (1957).

Se indicó psicoterapia psicoanalítica con periodicidad de tres veces por semana, misma que el chico ha seguido durante cuatro años, con impecable constancia y en forma ininterrumpida salvo por los períodos normales de vacaciones. El abordaje terapéutico inicial incluyó su ingreso al programa de educación especial; tratamiento medicamentoso con el fin de controlar la situación neurológica; y entrevistas semanales de orientación con los padres. Asimismo, se efectuaron interconsultas con el neurólogo a cargo y reuniones periódicas con el equipo docente de la escuela. A lo largo de estos cuatro años, se han efectuado las modificaciones pertinentes a la estrategia terapéutica propuesta inicialmente, y serán descritas en el reporte psicoterapéutico.

D) INSTRUMENTOS

La presente investigación se ha realizado utilizando los siguientes instrumentos: a) Entrevista, b) Batería de Pruebas Psicológicas, c) Historia Clínica, y d) Reporte Psicoterapéutico. Dichos instrumentos se utilizaron siguiendo el Método Clínico de indagación -sobre el que ya Piaget, J., (1933) nos alertara- integrando los datos obtenidos a través de la observación, de la entrevista, de las sesiones de juego, y de la aplicación de pruebas psicológicas.

El método clínico implica, en primera instancia, que la consulta ocurre en la relación personal con el examinador, dentro del marco del paradigma transferencia-contratransferencia. Es en ese vínculo que se dan los procesos psicodiagnóstico y psicoterapéutico. El terapeuta de niños trabaja considerando que dicho vínculo se establece no sólo con el paciente sino con los padres también.

Siguiendo a Pichón-Riviere, E. (1980), diremos que el trabajo clínico se efectúa de acuerdo con el "Esquema Conceptual Referencial y Operativo" (ECRO) del examinador. Es decir, que además del conocimiento teórico-técnico y práctico, la relación clínica se establece gracias a la *distancia óptima* (Ulloa, F., 1970), que tiene que ver con la personalidad del clínico, con sus experiencias anteriores y con su capacidad de introspección, para así lograr una *escucha* en la que el clínico "mete el cuerpo" sin intruir, pero tampoco espiando; establece un vínculo en donde es capaz de recibir, metabolizar y devolver los afectos que la relación inevitablemente le despierta y los pone al servicio del método. Así, logrará intervenir desde las hipótesis que constantemente va formulando y no sólo interviene para comprobar si ocurre o no lo que dice la teoría. Para elaborar cada hipótesis, el clínico incluye lo que está sucediendo ahí, en el vínculo mismo. En este sentido partimos de la premisa fundamental de Ulloa, F., (1970) cuando dice que "en clínica no practicamos teorías, conceptualizamos prácticas". (el subrayado es mío).

a) ENTREVISTA. La principal herramienta de abordaje es la entrevista, dado que no sólo permite obtener todos aquellos datos que tan afanosamente consignamos en la Historia Clínica, sino que además, la entrevista brinda la oportunidad de *escuchar* la historia subjetiva, permite indagar "esa" historia del niño y de los padres, entreviendo las cualidades inconscientes que perpetúan la presencia del síntoma. De acuerdo con Mannoni, M., (1965) el sufrimiento sólo puede ser expresado en la medida en que el sujeto puede estar seguro de ser escuchado.

b) **BATERÍA DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS.** La alteración generalizada de los procesos de maduración y desarrollo, nos obliga a evaluar las condiciones de los mismos por comparación con rangos estándares, con el fin de contar con un parámetro que permita establecer las posibilidades adaptativas del sujeto. Para ello, las pruebas psicológicas constituyen un instrumento de inestimable valor.

De acuerdo con nuestra concepción holística fundamental, es pertinente aclarar que los datos que estos instrumentos nos aportan serán valiosos a nuestra comprensión, sólo en la medida en que los contextualicemos e interpretemos clínicamente y seamos capaces de integrarlos al acervo de información obtenida por otras técnicas.

Recordemos el riesgo sobre el que nos alertan Siquier de Ocampo, et.al. (1974) acerca de que cuando las pruebas constituyen en sí mismas el objetivo del psicodiagnóstico, pueden ser utilizadas como un escudo entre el profesional y el paciente para evitar los sentimientos y ansiedades que moviliza la situación clínica. Por el contrario, cuando el psicólogo experimenta un deseo de genuino acercamiento y afronta la sobrecarga afectiva por las depositaciones que el paciente le hace, asume su desprotección y sus sentimientos de soledad, que lo llevan a cuestionarse quién es y cómo debe trabajar.

Pero también, tomemos en cuenta lo que García Arzeno, M.E. (1993) nos dice al respecto: cuando el psicólogo o examinador sobrevalora la entrevista libre y relega a un segundo plano otras técnicas, está tomando prestada la identidad del psicoanalista y corre el riesgo de devaluar los instrumentos que éste no utiliza.

En el presente estudio, los resultados de la batería de pruebas psicológicas, se integraron clínicamente a los datos obtenidos por medio de la observación, de la entrevista y de las sesiones de juego a fin de lograr el diagnóstico psicodinámico que permitió planear la estrategia de tratamiento.

c) **HISTORIA CLÍNICA.** La Historia Clínica es un instrumento que nos permite organizar los hallazgos del proceso psicodiagnóstico infantil, estructurándolos en dos partes:

PARTE DESCRIPTIVA

Identificación

Motivo de consulta

Circunstancias de la consulta

Descripción de los Padres

Historia del problema actual

Historia del desarrollo

Historia familiar

PARTE INTERPRETATIVA

Examen mental (incluye Resultados de las Pruebas Psicológicas)

Clave Psicodinámica

Diagnóstico y Pronóstico

Estrategia de Tratamiento

Recomendaciones.

D) REPORTE PSICOTERAPÉUTICO. En esta investigación, el material de la psicoterapia psicoanalítica se organiza de acuerdo con cuatro etapas del tratamiento que ilustran, en la transferencia, los conceptos planteados en el marco teórico:

1. Momento inicial: predominio de la *posición esquizo-paranoide*.
2. Final del primer año: acceso a la *posición depresiva* y regresión a la *posición esquizo-paranoide*.
3. Segundo y tercer años: fluctuación entre las *posiciones esquizo-paranoide* y *depresiva*.
4. Final del cuarto año e inicio del quinto: predominio de la *posición depresiva* con fijaciones en la *posición esquizo-paranoide*.

Se ha seleccionado el material de cinco sesiones de cada una de estas etapas, haciendo un total de veinte sesiones terapéuticas. Asimismo, se incluye la descripción de algunos datos que ilustran sintéticamente lo ocurrido entre tanto, a fin de brindar una mayor coherencia del proceso.

El material clínico se presenta en tres modalidades fundamentales: i) se describen datos de la conducta, verbalizaciones y actitudes del sujeto, conceptualizándolos teóricamente; ii) se reporta material clínico *ad verbatimum*; iii) se ejemplifican conceptos teóricos a través del material clínico.

CAPITULO V

EL PSICODIAGNÓSTICO:

HISTORIA CLÍNICA

A) PARTE DESCRIPTIVA

❖ IDENTIFICACIÓN

Se trata de un paciente varón, a quien llamaremos Iván, de siete años y tres meses de edad, de nivel de escolaridad pre-primaria, que asiste a una escuela particular del sur de la ciudad de México y cursa con problemas académicos y escolares significativos. Es el primogénito de una familia de nivel socioeconómico alto, integrada por el padre de 36 años, la madre de 33, el paciente, una hermana de cinco años y un hermano de dos. El paciente vive con sus padres y con sus dos hermanos en una colonia residencial del sur de la ciudad.

Iván es un niño extraordinariamente delgado, de estatura regular, cuya edad aparente es inferior a la cronológica, a lo cual contribuye su postura, además de su compleción: camina encorvado, cabisbajo y con las rodillas y las puntas de los pies hacia adentro, lo que le da una apariencia muy infantil. Su tez es morena clara, pelo castaño ondulado, abundante, corto y más bien despeinado; su cara es alargada con ojos muy grandes de color café claro, pestañas largas, cejas tupidas, nariz recta y delgada, boca regular con labios muy bien delineados y barba afilada. Sus facciones finas y su físico agradable son difícilmente perceptibles por su gesto adusto, su entrecejo fruncido y su mandíbula apretada hacia delante; además de su postura de cabeza hacia abajo y hombros encogidos hacia arriba. Es notorio el descuido de las condiciones en su arreglo personal: se presenta desaliñado, más bien sucio y en general su vestimenta denota uso prolongado.

Camina por sí solo, y a pesar de ser un niño ágil, sus movimientos resultan peculiares por observarse cierta falla en la coordinación gruesa y un tono muscular bajo. Por momentos da la impresión de desgana, en contraste con la franca inquietud y energía que puede mostrar en otros momentos. De la misma forma, su apariencia física contrasta con su gran capacidad verbal y de razonamiento que lo hacen parecer mucho mayor de lo que en realidad es.

Impresiona como un chico raro.

❖ MOTIVO DE CONSULTA

Iván fue referido por la escuela a la que asiste. La madre acude a la primera consulta para solicitar una evaluación general del desarrollo psicológico de su hijo, en especial de los aspectos emocionales, para poder determinar la conveniencia de que Iván ingrese a un programa de educación especial dentro de la escuela a la que asiste. Iván ha cursado con problemas de conducta, de aprendizaje y del desarrollo social-adaptativo. Los padres desean conocer una segunda opinión sobre la atención terapéutica que recibe su hijo.

❖ CIRCUNSTANCIAS DE LA CONSULTA

Con el fin de lograr un psicodiagnóstico completo, además del presente estudio, se practicó una evaluación pedagógica y una evaluación neurológica a cargo de otros especialistas respectivamente.

La presente evaluación se realizó en consulta particular, dentro de un consultorio adecuadamente iluminado y aislado de ruidos e interferencias, en el que se cuenta con el mobiliario y materiales necesarios tanto para el trabajo con niños, como para las entrevistas con los padres.

TÉCNICAS UTILIZADAS PARA LA EVALUACIÓN

*Entrevista Inicial con la Madre

*Tres Entrevistas Diagnósticas:

-Una con ambos padres

-Una con la madre

-Una con el padre

*Aplicación de Pruebas Psicológicas:

-Escala de Inteligencia de Weschler para Niños: WISC-R

-Test de Apercepción Temática para Niños: CAT

-Dibujos Proyectivos: HTP y DIBUJO DE LA FAMILIA

*Una Sesión de Juego Diagnóstica

*Entrevista de Entrega de Resultados con ambos Padres.

(Nota: Dado que el Test Guestáltico Visomotor de BENDER fue recientemente aplicado en la Evaluación Pedagógica, quedó contraindicado el Re-test).

❖ DESCRIPCIÓN DE LOS PADRES

El padre, de 36 años, con maestría en administración de empresas en el extranjero, es director general de una empresa familiar. Su trabajo lo obliga a viajar constantemente por períodos mínimos de una semana. Es un hombre de complexión delgada, estatura alta, tez blanca, cabello escaso color castaño claro, recortado y muy bien peinado. Su rostro es alargado, con ojos grandes, pestañas y cejas tupidas, nariz recta, boca delgada y mentón afilado. Se presenta en adecuadas condiciones de aliño personal y su vestimenta es formal, sin ser elegante. Se conduce observando estrictamente reglas sociales de comportamiento, sobre todo al disculparse y justificarse por su impuntualidad; es amable y sonriente. Acude a la consulta con preocupación por la situación de su hijo, y se muestra muy abierto y comunicativo para emitir opiniones y para hablar de cualquier tema con excepción de asuntos relacionados con su vida personal y emocional, ante los cuales se torna reservado; sus comunicaciones son escuetas y sus respuestas son evasivas. Llama especialmente la atención su necesidad de tomar notas al escuchar algo que él considera que debe hacer con respecto de su hijo, y su necesidad de hacer listas de aspectos que le generan ansiedad. Impresiona como un hombre agradable, aunque a la vez rígido.

La madre, de 33 años, estudió la carrera de derecho pero no se tituló: nunca ha ejercido y se dedica al hogar. Es una mujer de complexión muy delgada, estatura baja, tez blanca, cabello muy negro, abundante, corto, ondulado, de arreglo casual. Su rostro es más bien alargado, mínimamente maquillada, de facciones muy finas, ojos muy grandes de color oscuro, pestañas largas y cejas delgadas muy negras, nariz afilada y boca pequeña. Se presenta en adecuadas condiciones de aliño personal y su vestimenta es austera y más bien poco femenina. De hecho, en la entrevista inicial tuvo la necesidad de justificar su elegante arreglo y maquillaje por dirigirse a un evento formal. Se presenta impuntual, ante lo cual se justifica con largas explicaciones. Su comunicación es sumamente dispersa y le es difícil concretizar sus ideas, incluso para responder a preguntas sencillas. Acude a la consulta manifestando gran preocupación por su hijo, especialmente por su situación escolar, la cual la angustia enormemente. Es una mujer sensible, con grandes aspiraciones y con una enorme frustración por sentir que no logra lo que se propone. Impresiona como una mujer culta y exigente, a pesar de su desorganización.

❖ HISTORIA DEL PROBLEMA ACTUAL

Los padres acuden con una serie de preocupaciones por el comportamiento y desempeño de Iván tanto en casa como en la escuela. Lo describen como un niño de difícil manejo desde siempre: extremadamente inquieto e impulsivo, con falta de atención, poco tolerante y con gran dificultad para controlar su enojo, expresan: *“busca mucho salirse con la suya... si no lo logra, se frustra y explota”*.

Lo reportan como un niño inteligente, con extraordinaria capacidad para razonar y expresarse verbalmente; sin embargo, esto se traduce como una gran habilidad argumentativa con el afán de cuestionar hostilmente los límites que se le marcan o lo que él considera “injusticias”.

Físicamente, es descrito como un niño *“desguanzado, encorvado y flaquito... no se ve hábil para los deportes”*.

Refieren que en algunas situaciones sociales logra integrarse y tiene algunos amigos, pero en principio le es difícil establecer relaciones: intenta llamar la atención por medio de bromas pesadas, groserías o asustando a los demás; o bien se resiste a la convivencia por temor a la burla. Sus maestras reportan que presenta dificultad para funcionar en grupo y que distrae fácilmente su atención.

Un aspecto que preocupa a los padres, especialmente al padre, es la autoestima de su hijo. Consideran que Iván no se siente bien: en momentos de frustración, con coraje, el chico se insulta a sí mismo diciéndose *tonto, torpe e inútil*. Además, constantemente adopta lo que el padre denomina una serie de *“actitudes catastróficas”*, refiriéndose a la verbalización de ideas autodestructivas y amenazas suicidas: *“lo mejor es que yo ya no esté en esta vida”, “lo mejor es que yo me suicide”, “yo mejor prefiero morirme”*.

Sólo después de haber sido interrogados al respecto, los padres informan que en dos ocasiones ha intentado matarse: durante un aparatoso berrinche, intentó lanzarse del coche mientras viajaban en carretera y con desesperación jalaba la palanca para abrir la puerta, gritando que quería morirse. En otra ocasión, tras un violento e intenso pleito con su madre, ella lo encerró en su cuarto y después de un rato de patear la puerta y gritar frenéticamente por salir, se dejó caer por

la ventana desde un primer piso; cayó en un alero intermedio y de ahí al jardín, por lo que resultó ileso.

Cabe hacer notar que esta información referente a conductas y amenazas suicidas fue omitida por la madre en la entrevista inicial a la que acudió solamente ella; esta información fue proporcionada por el padre en la segunda entrevista a la que acudieron ambos (el padre por primera vez). Durante el preocupado relato del padre, la madre se esforzaba por minimizar la importancia de estos incidentes.

Por otro lado, los padres comentan que Iván siempre ha sido un niño sumamente fantaseoso y distraído: *“se mete en su mundo... no pela... tiene sus propios intereses”*.

Durante mucho tiempo, se ha identificado en sus juegos con los personajes malos y, al relatarle cuentos, interrumpe para darles una salida de triunfo.

Reportan que desde muy pequeño fue un niño berrinchudo y muy poco tolerante a las frustraciones. Cuando tenía dos años, nació su hermana y su reacción de celos intensos fue cada vez mayor; se prolongó y se tornó más violenta al nacer su hermano.

Desde que ingresó a jardín de niños -a los dos años y medio de edad- los reportes fueron de extrema inquietud, berrinches desmedidos e incapacidad de atención. Entonces, se le practicó una evaluación y se encontró “bajo tono muscular e hiperactividad, por ADD” (Trastorno por Déficit de Atención), por lo que comenzó a recibir terapia motora a partir de los tres años (terapia a la que Iván ha asistido hasta la fecha, con renuencia y cada vez con mayor rechazo). La problemática persistió y las conductas agresivas y destructivas fueron en incremento, por lo que a los cinco años inició paralelamente terapia emocional de tipo conductual y tratamiento medicamentoso con Ritalín. De acuerdo con este abordaje terapéutico, la evolución ha sido poco favorable, con altas y bajas; ha tenido mejoría en algunos aspectos, pero anda como dormido por la medicina; ha disminuido un poco la intensidad de los berrinches y de la agresión, pero no de las ideas y las conductas autodestructivas. Recientemente, se ha sugerido el manejo de registro y reforzamiento conductual de Iván tanto en casa como en la escuela, con resultados poco alentadores por la dificultad de implementarlo consistentemente en casa y por el antagonismo

teórico-técnico con el equipo docente de la escuela. Al niño no le importan los registros; ha verbalizado: *"yo de una vez me pongo los puntos malos"*.

A los seis años y medio, fue cambiado de escuela e ingresó a la que actualmente asiste. Ahí se consideró -después de un año de haber observado su desempeño- que es necesario: a) que reciba atención escolar y académica especial en un programa de integración educativa, y b) que se reconsidere la atención terapéutica que ha venido recibiendo, por lo que se refirió a la presente evaluación, y a evaluaciones neurológica y pedagógica. Esta última sugiere que se trata de un niño con un excelente potencial de aprendizaje que se ha cristalizado en un funcionamiento intelectual normal-superior, el cual se ve obstaculizado por una severa conducta impulsiva y por una dificultad en la rapidez de procesamiento de estímulos, provocando que su rendimiento sea inconstante y sin control. Dicha evaluación lo recomendó como candidato al programa de apoyo escolar, y que se siguieran las indicaciones que se anotaran en las evaluaciones neurológica y emocional. El neurólogo, por su parte, diagnosticó la presencia de signos de inmadurez neurológica moderada y modificó el tratamiento medicamentoso -Norpramin, a corto plazo-, el cual comenzó a tomar al acudir a la primera sesión de la presente evaluación.

❖ HISTORIA DEL DESARROLLO

Iván fue producto del primer embarazo de la madre, planeado y deseado por ambos padres, con temores e inseguridades por parte de la madre de no hacer las cosas bien, de *"no ser buena mamá"*. El embarazo llegó a término y transcurrió sin complicaciones aparentes. El nacimiento fue por parto natural, inducido a las 38 semanas de gesta y se utilizaron forceps. El bebé se presentó sano y el pediatra no reportó anomalía alguna.

La madre refiere que desde recién nacido fue un bebé especialmente alerta y activo, muy despierto desde siempre. Lo amamantó por libre demanda y recuerda una etapa de mucha tensión, porque Iván presentó reflujo que se incrementaba por el régimen alimenticio: todo el día comía, lloraba mucho y dormía poco. La madre reconoce haberse sentido muy presionada e insegura desde entonces: comulgaba con las ideas de una de sus cuñadas (hermana del padre) perteneciente a la liga de la leche, y por ello acogió el sistema de la libre demanda, *"ya sabes..."*

quieres sentirte la mamá perfecta", comentó. Al reportar estos datos, asocia con su dificultad posterior y permanente para establecer límites en la crianza y educación de su hijo. Se sentía muy frustrada ante el llanto constante de su bebé, frustración que después sentiría ante sus berrinches y sus conductas agresivas y destructivas, desencadenando severos conflictos entre madre e hijo.

Después del año de edad, su alimentación se regularizó y siempre ha sido de buen comer. Actualmente se alimenta bien y come de todo; sin embargo, no gana peso, aun cuando se encuentra dentro de los rangos normales para su edad. La hora de la comida siempre ha sido conflictiva por su comportamiento: de pequeño le costaba trabajo seguir las reglas sociales de conducta y buenas maneras, y cada vez ha sido más difícil lograr que coma correctamente; además, durante las comidas se presentan serios conflictos con los hermanos.

Iván continuó siendo un bebé de poco dormir; durante mucho tiempo le costó trabajo conciliar el sueño y a la fecha despierta más temprano de lo normal. Dormido rechina los dientes, al grado que los tiene sumamente desgastados.

Fue un bebé curioso e inquieto, con un desarrollo psicomotor precoz: siempre fue muy ágil, gateó muy rápido; a los ocho meses se incorporaba con ayuda y a los nueve meses caminó. Aprendió a andar en triciclo con facilidad y actualmente intenta aprender la bicicleta, pero resulta difícil, pues no hace caso y es muy temerario. Ha logrado nadar muy bien, pero nunca le ha gustado participar en deportes y no es hábil para jugarlos.

Su desarrollo del lenguaje fue igualmente precoz: desde muy pequeño fue muy verbal y antes de cumplir los dos años conversaba perfectamente. Desde que empezó a hablar, ha mostrado una inusual capacidad para rebelarse verbalmente ante los límites que se le marcan. Siempre fue muy juguetón; al año y ocho meses de edad, la madre recuerda haber observado una característica muy peculiar en Iván: se interesaba en un juego o juguete y todo su comportamiento estaba matizado por el mismo. Todo el día lo jugaba; rondaba, comía o hablaba alrededor de ese juego o juguete. Más adelante, esto comenzó a manifestarse también alrededor de sus fantasías; a la fecha es capaz de quedarse inmerso con sus juguetes "lego" por espacio de tres o cuatro horas, siguiendo instrucciones hasta de veinte hojas. Aunque ellos no lo relacionan, la interrupción de esas actividades o fantasías con frecuencia provoca los accesos de cólera y los mencionados berrinches, que le provocan severos conflictos de relación, especialmente con la madre.

El aprendizaje de control de esfínteres se llevó a cabo sin problemas: “*como que aprendió él solito*”; a los dos años controló ambos esfínteres y nunca ha reincidido. Desde chiquito le gustaba quedarse largo rato sentado en el escusado jugando y fantaseando, y hasta la fecha lo hace. Nunca fue asqueroso; le gusta comerse los mocos y eructar sin señales de pudor. Nunca ha manifestado curiosidades sexuales: ni con respecto a las diferencias anatómicas, ni acerca del origen de los niños. A decir de los padres, son temas que no le interesan ni le preocupan.

A los dos años y medio ingresó por primera vez a la escuela, sin dificultades aparentes para separarse de su madre. Su aprovechamiento académico ha sido muy irregular porque no atiende, se dispersa y, sobre todo, no acepta ni sigue límites. Los reportes siempre apuntan a que es un niño que aprende con suma facilidad y que es muy inteligente.

Los padres consideran que hasta antes de ingresar a la escuela era un niño normalmente sociable, aunque no convivía mucho con niños de su edad. Siempre le ha sido difícil integrarse a los grupos; al principio más bien jugaba él solo y no seguía las reglas generales, lo cual se fue convirtiendo en un problema. Por su inquietud, se lleva con alguno que otro niño, pero sólo un rato; más bien se dedica a molestarlos o a proponerles maldades.

❖ HISTORIA FAMILIAR

EL PADRE.

El padre es el menor de una acaudalada familia de cinco hijos: varón el mayor, seguido por tres mujeres y finalmente el padre del paciente. El abuelo es descrito como un hombre de lucha y de trabajo que logró -junto con uno de sus hermanos- construir un emporio familiar de considerables proporciones; hombre estricto, de valores morales y religiosos muy arraigados, fue siempre para él un ejemplo a seguir. La abuela es descrita como una mujer reservada, muy de la casa y de la familia. Mujer intachable y dedicada. Los describe como una pareja y una familia muy unida, para quienes la sencillez, la austeridad y la caridad han sido primordiales en su escala de valores.

El abuelo jugó y juega el rol de guía que orienta la vida de sus hijos, yernos, nueras y nietos, y quien hasta la fecha preside la comida de familia semanal y uno o dos viajes anuales por distintas partes del mundo.

Refiere haber tenido siempre buenas relaciones con todos los miembros de su familia, con excepción de su hermano mayor, que era el único con quien peleaba, pues desde siempre fueron diametralmente opuestos: el hermano siempre fue muy impulsivo, desordenado y con muchos problemas de aprendizaje. Es descrito como emotivo y pasional. Él, por su parte, siempre fue muy ordenado y muy reservado en sus cosas; no le gustaba compartir su cuarto. A diferencia de su hermano, a él siempre le fue bien en la escuela, sobre todo al final de sus estudios en los que obtuvo premios de excelencia. El hermano desde chico tuvo dislexia y falta de organización, por lo que durante muchos años fue atendido por distintos especialistas. Recuerda que a causa de este hermano ocurrían desagradables incidentes en la familia: peleaba mucho con las hermanas, y presentaban accesos de ira y descontrol. Considera que, en este sentido, él siempre fue “el diferente”, el que se salía de esos conflictos, sobre todo en la relación con su padre, con quien siempre se llevó muy bien y a quien siempre respetó. Percibía a su padre muy preocupado por el hermano.

Finalmente, todos se casaron y tuvieron hijos. El hermano siguió siendo muy inestable; durante muchos años radicó en el extranjero; actualmente se encuentra divorciado y tiene dificultad para conservar cualquier empleo, incluyendo cargos que se le han asignado dentro de la empresa familiar. Más que llevarse con sus hermanos, refiere haber tenido muchos amigos y haberse relacionado cercanamente con sus primos, recuerda especialmente su relación con una prima de su edad.

Cuando era estudiante universitario, comenzó a trabajar algunas horas con su padre. En esa época conoció a la madre de Iván por medio de amigos mutuos de la universidad. Mantuvieron un noviazgo de cuatro años y finalmente se casaron para radicar en el extranjero, en donde él realizó estudios de postgrado.

LA MADRE.

La madre es la quinta de una acaudalada familia de seis hijos: el segundo es varón y las cuatro restantes son mujeres. Sus padres se divorciaron cuando ella tenía diez años de edad, y los hijos permanecieron al lado de la madre. Relata que su infancia transcurrió en un ambiente familiar conflictivo y violento. Describe a sus padres como de carácter muy fuerte: tenían muchos problemas, peleaban mucho. Aunque el padre era menos impulsivo, perdía la paciencia ante el temperamento explosivo de la madre: en una ocasión la golpeó, y ambos lo hacían con la mayor de las hermanas, quien era sumamente agresiva. Recuerda que a ella sólo una vez su padre le propinó un par de nalgadas.

A su madre la refiere, además, como una mujer depresiva, que constantemente amenazaba con suicidarse. Con dolor, recuerda que en repetidas ocasiones ella se asustaba mucho cuando la madre desesperada, se encerraba llorando en su cuarto, pues fantaseaba que estaría muerta.

Los conflictos entre las hermanas eran muy frecuentes y severos. Recuerda que, en una ocasión, mientras ella libraba un pleito con una de sus hermanas, la madre -en un acceso de cólera- les dio un cuchillo a cada una y las puso de pie frente a frente en el jardín, gritándoles: "*se quieren matar, pues órale, mátense*". Llorando y asustada, corrió a la cocina a dejar el cuchillo.

Su padre era muy estricto y su relación con él era menos conflictiva, aunque no muy constante. Después del divorcio, él contrajo matrimonio y tuvo dos hijos. Lo describe como un hombre sano y muy deportista, pero, por otro lado, menciona que tenía problemas con su manera de beber, pues a pesar de que no perdía el control cuando bebía, el médico lo consideró como alcohólico social; además, fumaba mucho. Tuvo un accidente en el que se fracturó el fémur, de lo cual nunca se recuperó. Estando ella recién casada (a los veintitrés años), su padre fue intervenido quirúrgicamente y se le encontró invadido de cáncer. Entró en estado de coma y a los pocos días murió. Para ella, además de dolorosa, su muerte resultó muy angustiante pues siente que se quedaron muchas cosas pendientes.

A la fecha, sus relaciones con su madre y con sus hermanas continúan siendo muy conflictivas: son cercanas y constantes, pero cuando se pelean lo hacen de manera intensa y violenta; incluso, dejan de dirigirse la palabra por semanas. En esas circunstancias se hacen bandos entre ellas.

En varios momentos de su vida, ha recibido atención psicoterapéutica: a los trece o catorce años de edad, recibió terapia un par de años. De recién casada, mientras radicaba en el extranjero, asistió algunos meses a sesiones de "Primal Scream". Después del nacimiento de su hija, tomó terapia por espacio de un año. Actualmente, y desde hace un año, acude a psicoterapia psicoanalítica, dos veces por semana.

LA PAREJA.

Desde que se conocieron, el padre -de veintidós años- tuvo la intención de establecer una relación formal con la madre -de diecinueve-; sin embargo, la situación era ambigua. Ella no se sentía muy decidida, pues él era muy contundente; siempre muy ordenado, haciendo sus listas de cosas pendientes entre las cuales anotaba telefonarla. Ella, amante del arte y de la cultura, ambicionaba una vida relajada y bohemia; salía con amigos y no se decidía a formalizar. El padre comenta haber deseado darle un manejo "más profesional" a la relación, pues todo transcurría de manera errática e impulsiva. Ella menciona que finalmente él puso un límite, y eso la ayudó a decidirse. Cuando se casaron y se fueron al extranjero a que él realizara sus estudios de maestría, ella no se había recibido; tenía la intención de hacerlo para comenzar una maestría también. Fue entonces cuando murió su padre. No logró lo que quería y siente que desde entonces ha sido muy dispersa y no logra lo que se propone; se frustra mucho al no poder hacer compromisos y se siente incapaz de hacer lo que realmente le interesa. Lo verbaliza diciendo "*como que desde entonces no logro las cosas, como que se me juntó lo de casarme, irme fuera y la muerte de mi papá*". Por otro lado, y sin relacionarlo, menciona que al casarse sintió un gran temor de no ser aceptada por la familia de su esposo a causa del divorcio de sus padres y por su personalidad emotiva y expresiva.

Dos años después, cuando el marido terminó sus estudios de maestría con mucho éxito, realizaron un viaje en el que ella se embarazó, tal y como lo habían planeado. Regresaron a vivir al interior de la república, en donde el embarazo transcurrió "*con temores de ser la peor mamá del mundo*", pero sintiéndose apoyada por su esposo.

LA FAMILIA.

Cuando Iván nació, la madre se hizo cargo de su crianza por completo; el padre trabajaba largas jornadas y viajaba con frecuencia y por semanas enteras; ella dice *“como que él me lo cedió”*. Aunque el padre estaba poco, describe a su hijo como un bebé normal y que no lo desesperaba. Recuerda que al año de edad, Iván lo buscaba mucho y cuando lloraba pedía por él. La madre se sorprende y no recuerda esto último. Refieren que *“desde entonces, a papá lo ve como héroe y a mamá como el ogro del cuento”*. Reportan que, a pesar de lo difícil que empezó a resultar su educación por mostrarse intolerante y berrinchudo, ellos no se contradecían en la disciplina, ni lo hacen actualmente; mencionan que quizá el problema sea que no han sido -ni son- muy constantes para establecer límites. Incluso, a ojos de algunos familiares y amigos, resultan muy estrictos, mientras que para otros otorgan demasiadas libertades. La madre reconoce que al principio casi no ponía límites y que después le fue muy difícil hacerlo por la ya mencionada capacidad verbal y argumentativa que el niño mostró desde pequeño.

Cuando Iván tenía un año y ocho meses de edad, la familia cambió su lugar de residencia a la ciudad de México, y durante cuatro meses vivieron en casa de los abuelos paternos. Fue entonces cuando la madre comenzó a observar en Iván aquella característica de obsesionarse con un juego o juguete y replegarse a su fantasía en forma desmedida. Se mudaron a su propia residencia, y un mes después nació su hermana, con la ya mencionada reacción intensa de celos y agresividad. Al mes siguiente Iván ingresó a la escuela y desde entonces se incrementaron las conductas agresivas, los berrinches y la incapacidad para tolerar frustraciones; estos comportamientos llegaron a ser inmanejables dos años después, cuando nació su hermano.

La hermana es descrita como una niña muy bonita físicamente, ordenada, de trato agradable. Su desempeño escolar es promedio; sin ser especialmente sociable, tiene dos o tres muy buenas amigas. En la escuela llamaron la atención de los padres y les reportaron que todo en la vida de la niña giraba alrededor de Iván. Los padres han notado que su hija últimamente no les hace caso y se está volviendo un poco berrinchuda; sienten que está imitando a Iván para llamar la atención. La relación entre Iván y su hermana es tirante: él siempre está pendiente de que sus padres no tengan favoritismos con ella y, aunque no los tienen, él constantemente reclama injusticias ante las manifestaciones cordiales o cariñosas que los padres tienen con su hija; entonces la agrade

verbal y físicamente. En realidad, Iván y su hermana no juegan juntos ni se llevan mucho; cuando él está de buenas, manipula a su hermana para obtener de los padres lo que él quiere o necesita.

El hermano menor fue prematuro y desde chico ha mostrado tener una gran voluntad; ha crecido y se ha desarrollado normalmente gracias a su tenacidad. Es muy observador y muy pendiente de lo que ocurre a su alrededor. Está empezando a hablar y en todo participa, se integra y es muy sociable. Es un niño manejable, pero con personalidad. A veces se rebela, pero obedece fácilmente. Él y la hermana tienen una estrecha relación; ella lo cuida y juegan mucho, "se quieren bien". Entre él e Iván la interacción es mínima: casi no juegan, Iván no le hace caso, lo molesta y le pega.

La relación de Iván con su madre es sumamente tensa, matizada por conflictos constantes; a solas, logran tener momentos de encuentro muy bonitos y muchos puntos de identificación intelectual y cultural, pero estando con los hermanos o con otros niños, ella vive preocupada de que no agrede, de que no sea brusco y de que no lastime. Lo mismo le ocurre en las comidas semanales a las que acuden con la familia paterna, en las cuales se reúnen los abuelos, los hijos, nueras, yernos y nietos. Para ella son situaciones especialmente tensas, pues Iván siempre acaba provocando algún desastre. En una ocasión se metió debajo de la gran mesa familiar y haciéndose el chistoso, se levantó bruscamente y tiró la comida y copas sobre los miembros de la familia que plácidamente hacían la sobremesa. Ésta fue una de las ocasiones en las que, al ser reprendido, vociferó intensos autorreproches y verbalizó ideas y amenazas suicidas.

Cabe destacar que este incidente adquiere relevancia en la medida en que, sin relacionarlo, la madre reconoce que aquella gran presión que sintió al casarse con el temor de no ser aceptada por la familia del padre, se continuó por el comportamiento de Iván: ahora teme el rechazo por no ser buena mamá y no saber educar a sus hijos. Su desesperación ante las conductas disruptivas del niño la lleva a sobrereaccionar maltratándolo verbal y físicamente, ante lo cual Iván reacciona con ira contra ella, insultándola y gritándole que la odia y que es la peor de las mamás.

Con el padre la relación es diferente; menos conflictiva, pero hay momentos muy difíciles para ambos: *"a veces me saca el tapón porque se mete en su rollo y no hay quien lo saque de ahí"*. Aunque la relación con el padre es menos cercana por sus ausencias, conservan una convivencia más cordial: trata de jalárselo a los deportes, a la bicicleta, lo aconseja y le platica mucho de

cuando él era niño. Una vez al mes, el padre invita a uno de sus hijos a comer a algún restaurante y a pasar la tarde juntos, de manera que con Iván lo hace cada tres meses aproximadamente. Ante las ideas y amenazas suicidas, el padre se paraliza y, ya después, cuando todo se ha calmado, platica con Iván y le pregunta por qué dice eso, a lo que el niño responde: *"lo digo, pero no lo voy a hacer"*.

Finalmente, cabe mencionar que, cuando acudieron a entrevistas por separado, el padre reportó que desearía que Iván se sintiera bien, que sienta que puede hacer las cosas, que se sienta un ganador, *"la seguridad que yo tuve quiero que la tenga él"*. Agrega que él siente que es una seguridad que su esposa no tuvo por el divorcio de sus padres y teme que eso provoque inseguridad en Iván. La madre, por su parte, reporta que encuentra en Iván una parte muy sensible y emotiva con la cual ella se identifica, y teme que el niño no reciba la comprensión del padre en éste sentido, pues nadie en su familia es así, y agrega: *"el único que siente y expresa sus sentimientos es L"*, refiriéndose al hermano mayor del padre.

B) PARTE INTERPRETATIVA

❖ EXAMEN MENTAL

Iván estableció contacto con una actitud de desagrado y con cierta resistencia para desprenderse de su madre, quien lo acompañaba, cuando él supo que ella no lo recogería. Desde el primer encuentro se mostró desafiante, exigente y autoritario, con una expresión de fastidio y de mal humor. Estas características de su comportamiento se mantuvieron a lo largo de la evaluación, aunque disminuyeron a medida que transcurrió la misma.

Es un niño inquieto, con dificultad para actuar por sí mismo, de acuerdo con las reglas sociales de comportamiento esperadas para su edad. Ante la consigna de actuar libremente, se paralizó y exigió que se le dijera qué hacer, mostrándose abiertamente hostil. Cabe resaltar que en esta circunstancia su capacidad lúdica se observó francamente abatida. Por otro lado, en las situaciones dirigidas para la aplicación de pruebas, se tornó inquieto en extremo, con escaso control de límites corporales y posturales, y con dificultad para seguir las indicaciones que se le dieron. Lo anterior es, evidentemente, por un deseo de retar y rebelarse, pues en ningún momento pareció no comprender lo que se le decía.

Su inquietud y dispersión resultaron manejables por medio de límites claros y firmes, a pesar de que fue necesario marcárselos constantemente. Asimismo, fue posible establecer acuerdos razonables con él y esto le permitió estar más relajado, logrando -por momentos- un intercambio cordial y bromista con la examinadora, y un comportamiento menos desorganizado.

La comunicación verbal es uno de los rasgos más sobresalientes de la conducta de Iván, lo cual denota una extraordinaria agilidad mental. Sus expresiones verbales, tanto espontáneas como dirigidas, se caracterizan por un lenguaje estructurado; utiliza conceptos de alto nivel de abstracción y un vocabulario amplio y elaborado. Es evidente que posee una excelente pronunciación, que resulta fallida cuando “se hace el chistoso” o cuando no desea trabajar en lo que se le pide; entonces adopta un lenguaje infantil.

Durante la aplicación de pruebas, el funcionamiento mental de Iván fue muy variable, sin llegar a la desorganización completa. Su rendimiento se ve francamente afectado a favor o en contra, dependiendo más de su actitud que de sus habilidades, pero sin que exista un patrón constante para ello.

Estas actitudes que afectan su rendimiento están motivadas por factores emocionales tales como: deseos, temores, autoconcepto; y no tanto por factores como el grado de dificultad de la tarea o su habilidad real para ejecutarla. Por ejemplo: ante preguntas sencillas, fue muy errático y adoptó una actitud prepotente, como si el asumir conocimientos básicos lo hiciera sentirse tonto.

En otro momento, ante preguntas de semejante grado de dificultad, se mostró muy motivado, dio respuestas no sólo correctas sino ampliamente elaboradas e incluso se adelantó a la examinadora leyendo la siguiente pregunta desde su lugar, desde una rotación de 180 grados.

Durante la aplicación de la prueba de WISC, en general se mostró interesado y, por momentos, observador y reflexivo. Cuando no sabía alguna respuesta, lo manifestaba abiertamente: si desconocía los conceptos, solicitaba información y explicaciones; fueron muy escasas las respuestas absurdas, a pesar del alto grado de dificultad que alcanzó. Demostró una excelente capacidad de planeación y casi todas sus ejecuciones fueron sumamente cuidadosas, incluso perfeccionistas. Nuevamente, se observaron actitudes diametralmente opuestas ante tareas que requieren habilidades semejantes, oscilando desde la autodevaluación (expresada como amenaza y reto: "*vas a ver, a que no puedo*") y el éxito de la ejecución, hasta la tenacidad y expresión de júbilo frente al logro.

Un rasgo que afecta negativamente su rendimiento es la incapacidad para trabajar dentro de los límites de tiempo esperados para su edad, a pesar de que su ritmo de pensamiento es adecuado. Sin ser un niño lento, no le da importancia a la consigna de trabajar lo más rápido que pueda y se pierde en detalles no esenciales, en un claro afán de perfeccionismo. Las actividades que le parecieron divertidas las ejecutó con extraordinaria rapidez.

Al solicitarle la elaboración de historias a partir de un estímulo concreto (CAT), mostró desinterés, empleó un tono burlón y descalificante, un lenguaje infantil y tuvo fallas básicas de pronunciación: "*e que etaba*" por "*es que estaba*". Una característica común en todos sus relatos fue haberlos elaborado con un mínimo seguimiento del estímulo externo; es decir, visualizaba la lámina un momento, comenzaba la historia y no volvía a hacer alusión a los personajes o eventos presentes en ella, volcándose por completo a su fantasía.

Realizó los dibujos proyectivos con agrado después de haber manifestado resistencia por considerarlos aburridos. Mostró una gran capacidad para expresarse gráficamente y con mucha creatividad y, sin embargo, la calidad de sus dibujos fue muy pobre. En la ejecución de estas pruebas se le observó ansioso.

Mostró escasa capacidad para expresarse por medio del juego como manifestación espontánea. En este sentido, Iván se limitó a una actividad que emprendió en la primera sesión y que eventualmente continuó a lo largo de la evaluación. Pintarrajeando en una hoja, “fabricó” un tiro al blanco, acompañado de elaboradas fantasías de muerte y destrucción; actividad que realizaba abstrayéndose por completo a su mundo interno y dando la impresión de que incluso se olvidaba de la presencia de la examinadora. Con la expresión de sus fantasías denotaba pensamientos cuasi-delirantes. La idea de muerte también fue expresada en relación a su renuencia inicial para separarse de su madre; dijo que cuando llega a su casa y su mamá no está, “...*las muchachas me acorralan, me molestan y me molestan hasta que me muero...*”.

Finalmente, es importante mencionar que, a medida que transcurrió la evaluación, el comportamiento de Iván tuvo una variación muy clara: sin llegar a establecer un patrón constante de evolución, sí fue mostrando cada vez mayor aceptación y la posibilidad de funcionar de acuerdo con la experiencia de las sesiones anteriores, sobre todo para seguir los límites establecidos.

RESULTADOS DE LAS PRUEBAS PSICOLÓGICAS

TEST GUESTÁLTICO VISOMOTOR DE BENDER

Según consta en el reporte de evaluación pedagógica, su ejecución en esta prueba reveló: a) que su edad de maduración en la percepción visomotora es de cinco años y medio; es decir, casi dos años por debajo de su edad cronológica, y b) que presenta indicadores altamente significativos de lesión neurológica.

ESCALA DE INTELIGENCIA DE WESCHLER PARA NIÑOS: WISC-R

Obtuvo las siguientes puntuaciones:

	Puntuación Natural	Puntuación Normalizada	Edad Equivalente
ESCALA VERBAL			
Información	12	13	9 años 2 meses
Semejanzas	12	13	9 años 10 meses
Aritmética	6	7	6 años 6 meses
Vocabulario	37	19	12 años 6 meses
Comprensión	10	9	6 años 10 meses
(Retención de Dígitos)	(8)	(9)	(6 años 10 meses)

ESCALA EJECUCIÓN

Figuras Incompletas	15	11	7 años 10 meses
Ordenación Dibujos	11	8	6 años 6 meses
Diseño con Cubos	16	11	8 años 6 meses
Composición Objetos	20	13	9 años 10 meses
Claves	46	13	< 7 años 10 meses
(Laberintos)	(19)	(12)	(8 años 10 meses)

De acuerdo con sus puntuaciones, obtuvo un coeficiente intelectual que corresponde al diagnóstico de Normal-Brillante (Escala Total: 112). En la Escala Verbal su coeficiente es de 113 y corresponde al Normal-Brillante, y en la Escala de Ejecución es de 108, Normal-Promedio.

Estos coeficientes sugieren que -en términos generales- el funcionamiento intelectual de Iván cae dentro de rangos normales, con un rendimiento ligeramente elevado en el área verbal, pero sin que exista una discrepancia significativa con respecto del área de ejecución. De acuerdo con esta línea de interpretación, la variabilidad de las puntuaciones obtenidas en los distintos subtests podría entenderse por la presencia de habilidades mayormente desarrolladas que otras, pues -con excepción de Vocabulario- los puntajes varían discretamente, comparados con el promedio estandarizado.

Sin embargo, se considera que una interpretación de esta naturaleza refleja sólo parcialmente el funcionamiento, capacidad y rendimiento real de Iván. Para lograr una comprensión cabal y que resulte útil para ayudar al chico a superar los problemas que enfrenta, es necesario analizar sus respuestas y ejecuciones en detalle, y contemplar clínicamente sus puntuaciones a la luz de la conducta observada durante la evaluación.

Desde este punto de vista, es notable el alto nivel de inteligencia general que posee y la elevada capacidad para verbalizar. Igualmente, refleja una gran capacidad de razonamiento lógico y altas capacidades de abstracción y asociación. Esto se observa tanto clínicamente como por las puntuaciones obtenidas en los subtests de Vocabulario, Información y Semejanzas; lo cual sugiere que ha recibido un elevado nivel de estimulación familiar y cultural.

Posee muy buena memoria, capacidad que puede llegar a lo excepcional cuando él se lo plantea como reto, tal y como ocurrió en el subtest de Claves, en donde su conducta evidenció una inusual exigencia: dejó de recurrir al estímulo externo y se impuso a sí mismo el recuerdo de la clave mentalmente. En este caso, se cumplió su expectativa y su rendimiento fue elevado. Sin embargo, en el subtest de Diseño con Cubos, esta exigencia provocó el temor al fracaso y una actitud devaluatoria, que le impidieron hacer uso de todo su potencial para alcanzar una puntuación mayor.

Las habilidades intelectuales que posee son mínimamente utilizadas por Iván para abordar las situaciones sociales y las relaciones interpersonales, tal y como lo demuestra su baja puntuación en el subtest de Comprensión, que indica una severa dificultad para utilizar el juicio práctico en acciones sociales de la vida cotidiana, y que merma la posibilidad de enfrentar el medio ambiente de manera adecuada.

Lo anterior coincide con la puntuación obtenida en el subtest de Ordenación de Dibujos, cuya baja no corresponde a problemas de organización visual ni al fracaso para captar claves mínimas, como tampoco a la incapacidad de planeación; habilidades que demostró tener ampliamente desarrolladas en los demás subtests de la escala de ejecución y que se observaron con claridad en su conducta. La baja en esta prueba (Ordenación de Dibujos) se explica por el desenlace antisocial -aunque lógico- que manifestó verbalmente acerca de sus arreglos de las historietas. Esto denota fallas en el sentido común y un escaso nivel de la llamada inteligencia social.

Su desempeño en el subtest de Aritmética corrobora igualmente la explicación de las inhabilidades antes mencionadas, pues su baja puntuación en esta prueba parece mayormente determinada por un factor de distractibilidad emocional, que exclusivamente por fallas de atención. De hecho, su comportamiento en ese momento fue relajado y con amplia concentración en lo que hacía. Dicho factor de distractibilidad emocional se refleja en su necesidad de funcionar siguiendo sus propios métodos de solución y su ritmo interno de razonamiento, más que apegándose a métodos, ritmos y patrones comúnmente empleados por los niños de su edad. Nuevamente, el desempeño de Iván se desvía de los parámetros sociales y, aunque utiliza soluciones creativas, su rendimiento baja.

Por otro lado, se descarta que las bajas puntuaciones en Aritmética y Dígitos estén relacionadas con el nivel de inteligencia no-verbal, con el manejo de símbolos y de conceptos abstractos, pues son habilidades necesarias también en Claves y en Diseño con Cubos, en donde obtuvo puntuaciones por arriba de su propia media.

Finalmente, aunque su dispersigrama no es el típicamente presentado por el niño con problemas neurológicos e incluso su organización visual es adecuada, así como su coordinación visomotora y su destreza manual, sí se observaron distorsiones perceptuales en Diseño con Cubos que sugieren la presencia de organicidad.

CAT, HTP y DIBUJO DE LA FAMILIA

Por lo que se refiere a los resultados de las pruebas proyectivas, se detectó que Iván posee una personalidad pobremente estructurada, que se caracteriza por una invasión de la fantasía y la incapacidad para controlarla. El yo aparece francamente debilitado y no cumple con la función de mediar entre sus impulsos, deseos y temores inconscientes, y las demandas de la realidad externa. Esta debilidad queda enmascarada por una serie de mecanismos defensivos que se manifiestan en actitudes hostiles de reto, desafío e intentos de imponer su voluntad. En realidad, experimenta fuertes sentimientos de inferioridad y minusvalía.

En la medida en que dichas conductas son de índole compensatorio, Iván se siente inadecuado, pues finalmente no recibe la retroalimentación que espera del medio externo: es decir, que su

constante búsqueda de atención, reconocimiento y aceptación queda tan lejos de su consciencia, que emplea mecanismos conductualmente opuestos a sus necesidades inconscientes. Se conduce con cierto halo de prepotencia para defenderse y, con ello, lo último que consigue es lo que realmente desea. Mientras la necesidad real no sea reconocida, la conducta persiste en busca de satisfacción.

Presenta una serie de indicadores que reflejan una gran motivación interna y un elevado potencial para la creatividad, características que sólo parcial y eventualmente se observan en su conducta. Esto se debe a que Iván se impone a sí mismo metas tan elevadas que muchas veces resultan inalcanzables y le provocan sentimientos de fracaso y devaluación. Luego entonces, pierde el interés o se resiste a hacer lo que se le pide por el temor a no cumplir con las expectativas propias y las de los demás.

El temor de no cumplir se encuentra fuertemente arraigado en su personalidad, pero, al no reconocerlo y aceptarlo, se manifiesta defensivamente en conductas contrarias: teme la burla y el rechazo, pero se conduce burlona y hostilmente; siente profundos miedos y se la pasa asustando a los demás. Esto le provoca dificultades en sus relaciones interpersonales y obstaculiza su adaptación social.

El rasgo más sobresaliente de su funcionamiento emocional es una notable persistencia de fantasías agresivas, de muerte y destrucción. En todas y cada una de sus historias y producciones gráficas estuvieron presentes estos contenidos. Además, se expresaron sin la mínima censura, denotando la incapacidad para establecer controles internos. La intensidad de los sentimientos de culpa que esto le genera lo rebasa y no cuenta con la posibilidad de recuperación y reparación.

Este descontrol de la fantasía, aunado a los mecanismos defensivos anteriormente descritos y al manejo de las expectativas sobre sí mismo, es lo que conduce a Iván a identificarse con “el malo” cuando, en realidad, lo que busca inconscientemente es ser y ser visto como “el bueno”. En el extremo, prefiere -y a la vez teme- “no ser”, que ser el malo; de ahí las autodenigraciones y la ideación suicida que presenta en momentos de extrema confusión. Desde esta perspectiva, los actuaciones suicidas deberán contemplarse con cautela.

Con respecto a la situación familiar, Iván demostró que ha internalizado el esquema de una familia integrada, otorgando a los padres los roles preponderantes; los hermanos son percibidos como pares. Presenta indicadores de tensión emocional en el ambiente familiar y angustia en la interacción entre los miembros de la familia.

En estas pruebas proyectivas, la madre es percibida como exigente, autoritaria y hostil; y a la vez como figura débil con escasa posibilidad de apoyarse en ella; por el contrario, por momentos siente que es ella la que se apoya en él. El padre aparece como rescatador de conflictos pero distante y poco presente; es percibido como figura fuerte, poderosa e inalcanzable. Por lo que se refiere a los hermanos, presenta indicadores de relaciones más bien distantes con respecto a él y muy cercana entre ellos. Refleja intensos sentimientos de rivalidad fraterna.

Por último, presenta ansiedad y preocupación por aspectos sexuales. Su imagen corporal se encuentra pobremente integrada; atribuye rasgos claramente definidos de identidad sexual a todas las figuras, con excepción de la de sí mismo.

❖ CLAVE PSICODINÁMICA

Si analizamos cuidadosamente los factores que, desde la hipótesis metapsicológica genética, han contribuido a la formación del aparato psíquico del paciente, encontramos indicadores psicopatológicos que con anterioridad a su concepción han influido para provocar alteraciones en el desarrollo temprano de las relaciones objetales y en el desarrollo del yo y del superyó. Aun cuando las condiciones en las que Iván fue concebido fueron favorables, en tanto deseado y planeado por una pareja aparentemente bien avenida, ciertas características de personalidad de los padres se concatenan como fantasmas de las tempranas relaciones de objeto.

Para la madre, haber renunciado a sus aspiraciones de una vida libre y bohemia, su partida al extranjero y la muerte de su padre, al parecer, fueron duelos complicados y son reconocidos como factores precipitantes de desorganización, pues desde entonces ella siente haber experimentado fuertes dificultades para lograr lo que se propone y para sentirse satisfecha con lo que hace.

Diremos que, en primera instancia, sus temores se arraigan en la desconfianza del padre de que ella no sea suficientemente buena madre por la inseguridad que le provocó el divorcio de sus padres. Esta dinámica entre la pareja se continúa en el temor de la madre al rechazo de la familia del padre, y se evidencia en las inseguridades que registró desde el embarazo de *“no lograr ser una buena madre”*. Temores que nos indican la presencia de un superyó primitivo y punitivo, que ante el nacimiento de Iván se refleja en su angustia de no lograr ser *“la mamá perfecta”*, a pesar de los esfuerzos que realizó al adoptar el régimen alimenticio de la libre demanda de acuerdo con los consejos de su cuñada. Pero el padre evade la angustia de la paternidad y de la crianza: adopta defensivamente el rol de proveedor escudándose en sus circunstancias laborales y *“le cede el hijo a la madre”*.

He aquí las desfavorables condiciones que originan un patológico vínculo simbiótico entre la madre y el bebé: a través de Iván, ella pretende ser aceptada y valorada por el padre y su familia, y desde entonces el niño pasa a ser aquella parte de ella que tendrá que satisfacer sus necesidades narcisistas: tendrá que ser como ella, pero también mejor que ella para demostrar que ella es “buena” y “valiosa”. La madre se identificará con él en una parte que rechaza de sí misma: ser sensible, creativa y “libre” es vivido como algo negativo, como ser “bohemia” y “rara”. Por su cualidad inconsciente, estos procesos generan una enorme confusión tanto en la madre como en el hijo; de ahí, en parte, sus conductas erráticas y su desorganización. También de ahí que, a la postre, Iván reciba de ella mensajes altamente contradictorios ante su inquietud y creatividad: “sé así y a la vez no debes serlo”.

¿Qué ocurrió en el mundo interno de este chico para que después de haber sido un bebé especialmente alerta y activo, con un desarrollo psicomotor precoz y muy hábil en sus movimientos, a los tres años de edad haya presentado fallas en la coordinación gruesa y bajo tono muscular que lo llevaron a recibir terapia motora y para que, a pesar de dicho tratamiento, a la postre camine peculiarmente encorvado, tenso, con el gesto adusto y por momentos provoque la impresión de “un sombie”? Estas alteraciones nos permiten aventurar la hipótesis de que la temprana perturbación del vínculo materno-infantil provocó distorsiones en la constitución de la imagen inconsciente del cuerpo, las cuales también se manifiestan en su dificultad para integrar un esquema corporal acorde con sus habilidades psicomotoras e intelectuales.

Una de las consecuencias es la incapacidad para atribuir diferencias sexuales a su imagen corporal. Además, la ausencia-abandono del padre impide a Iván la identificación sexual con él. Por el contrario, el padre no entra como la Ley que rompe la simbiosis ni se ofrece como figura de identificación para el chico, a pesar de los esfuerzos de éste cuando, al año de edad, “lo buscaba raucho y al llorar pedía por él”. En este sentido, diremos que el padre no sólo “*le cedió el hijo a la madre*” sino que también “*LE CEDIÓ SU MUJER AL HIJO*”, en una dinámica tan inconsciente que a la fecha la madre ni siquiera recuerda haber registrado aquella situación.

Como veremos más adelante, esta patológica simbiosis perpetúa, para el padre, la posibilidad de sentirse consciente e inconscientemente exento de la desorganización, la emotividad y la impulsividad que a ellos los caracteriza. Mientras ellos la actúen, él “se encuentra a salvo”.

La frustración de la madre ante el llanto de su bebé que la remitía al devaluatorio sentimiento de “no ser buena madre”, le impidió gozar de un bebé alerta, ágil y activo, y quizá, hasta jubiloso ante sus logros. Nuevamente, la inseguridad y la angustia de la madre y la ausencia-abandono del padre se constituyen como un ambiente poco facilitador de la contención de las ansiedades, necesaria para la crianza de un bebé. Es ahí donde se introyecta el objeto persecutorio de estar fallando constantemente, de no ser bueno; es decir, un superyó punitivo que no corresponde a las habilidades del yo.

La angustia de “no ser una buena mamá” se continuó en la ambivalencia de la madre para estructurar la vida del niño, estableciendo límites razonables que a la vez permitieran el logro de la autonomía. El padre tampoco ponía límites al chico. Las manifestaciones yoicas de reto y rebeldía fueron escasamente contenidas y provocaban la frustración de los padres. Desde la aparición del lenguaje, Iván ya mostraba defensas esquizoides y obsesivas abstrayéndose a su mundo interno de fantasías y expresando una intensa agresión ante la interrupción de las mismas. Frente a estos “berrinches” desmedidos, la madre persistió sintiéndose incapaz de educar a su hijo, pues nuevamente el escenario la remitía a la autoevaluación.

Para cuando el padre pudo tolerar su propia angustia y quiso asumir su rol de autoridad paterna, el vínculo materno-infantil se encontraba ya perturbado; es decir, que para entonces Iván ya jugaba el rol del impulsivo, desordenado y con muchos problemas de conducta (y después, de

aprendizaje) como en antaño lo jugara su hermano mayor, con lo cual “permitía” al padre seguir siendo el ordenado, con mucho autocontrol y disciplina.

La patológica dinámica de la pareja, la defensiva distancia emocional del padre y la primitiva identificación con la madre generan a Iván sentimientos de rechazo y frustración. Recibe el rechazo inconsciente del padre por ser igual a la madre; pero, al mismo tiempo, ser igual a ella representa un “triumfo”, aunque parcial, que no desea perder. Ha introyectado ese objeto parcial malo al identificarse con esa parte “negativa”, sensible y emotiva de su madre, a la que ahora intenta destruir autodestruyéndose.

El nacimiento de los hermanos arraiga los sentimientos de abandono; de ahí, en parte, las violentas conductas de rivalidad. Los celos y fantasías de que los padres los prefieren se exacerbaban al corroborar internamente los sentimientos y fantasías de no ser suficientemente bueno.

Los accesos de cólera e impulsos destructivos, seguidos por los autorreproches y las amenazas autodestructivas, perpetúan la dinámica melancólica que eventualmente desemboca en los intentos de suicidio y que subyace a la sintomatología concomitante de problemas de conducta (destructiva y antisocial), de aprendizaje (falta de organización y fallas de atención y concentración), y del desarrollo social-adaptativo (conflictos interpersonales e incapacidad para integrarse al grupo de pares).

Desde el punto de vista de la hipótesis metapsicológica estructural, diremos que Iván presenta alteraciones en el desarrollo de la personalidad, encontrándose ésta pobremente estructurada y caracterizándose por la invasión de la fantasía; con un yo francamente debilitado e incapaz de manejarla y con la presencia de un superyó sádico y punitivo. La persistencia de fantasías agresivas, de muerte y destrucción es notable; con un elevado nivel de ansiedad de naturaleza persecutoria y con la utilización de mecanismos maniacos de negación, escisión, proyección y control omnipotente. La severidad del superyó se entiende en la medida en que Iván ha introyectado las expectativas inconscientes del superyó de los padres.

Inconscientemente, para la madre, Iván es el “objeto suicida y colérico” que en antaño fuera su propia madre. Para ella, los temores y fantasías de su madre muerta, ahora se repiten en las

amenazas e intentos suicidas de Iván, y de este modo ella pretende alejarse del peligro suicida desde el momento en que es el chico quien lo actúa. La madre quiere “ser perfecta” para no ser la causante de la cólera materna e incluso de su muerte; por ello, no tolera que este hijo le refleje su imperfección y la confronte con el sentimiento de rechazo y de autodevaluación que la hacen sentir mala. De ahí su severa exigencia de que Iván sea perfecto; en la fantasía de sentirse “*la mamá perfecta*” su mirada exige que no lllore, que no haga berrinches ni destrozos en las comidas familiares, pues al hacerlo es malo, en tanto la hace sentir mala. Al no lograr la “*perfección*”, el chico juega entonces el papel del malo y se identifica con los personajes malos pero les da una salida de triunfo, en un intento por salvaguardar el objeto bueno.

Para el padre, primero la madre y después Iván (siendo iguales) representan la posibilidad de diferenciarse inconscientemente de su hermano mayor y con ello cumple con las expectativas de su propio padre. En la primitiva identificación con éste, el padre de Iván repite la historia de procrear un primogénito desorganizado que lleva su mismo nombre, al igual que su hermano mayor, siendo el primogénito, lleva el mismo nombre que el abuelo. Primogénitos desorganizados (Iván y su tío) que no cumplen con la expectativa de suceder al padre en “*la empresa familiar*”. Al igual que el abuelo, el padre tiene un hijo menor (hermano menor de Iván) disciplinado, tenaz y obediente, como él mismo fuera con su padre. Inconscientemente, la madre encuentra una ganancia en esta semejanza de Iván con el hermano mayor del padre, pues para ella representa la posibilidad de satisfacer aquellos frustrados deseos de “vida libre y bohemia”, y aquella parte sensible con la que ella se identifica y que reconoce en su cuñado.

Una dinámica de esta naturaleza nos autoriza para pensar en un vínculo perverso de la pareja: él persigue la gratificación narcisista; ella desea que él la mire como la redentora de su propia madre, de su cuñado, de su hijo, es decir, de sí misma. De esta forma, se coloca como “esclava” del padre; no cuenta con la suficiente fuerza yoica como para vivirse como valiosa, pues eso significaría la ruptura con su marido y con la familia de él: se opondría a ellos, los retaría y sólo así, quizá, comenzaría a rescatar a su hijo.

Psíquicamente, Iván se estructura a partir de la introyección de esta contradictoria constelación de fantasías y deseos inconscientes de los padres, constelación que perpetúa la psicopatología de nuestro paciente, en tanto depositario de fuertes necesidades inconscientes de ellos.

❖ DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO

Se concluye que Iván presenta una problemática multideterminada por factores de desarrollo neurológico, factores emocionales y factores de índole familiar.

Se trata de un *Predominio Psicótico de la Personalidad*, de acuerdo con el autor post-kleiniano Wilfred Bion (1957).

Se concluye que el diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención es innegable, pero aquí se contempla sólo como diagnóstico parcial. Se considera que la evolución poco favorable de las terapias a las que Iván ha estado sometido se debe a las limitaciones del enfoque terapéutico.

A pesar de las potencialidades que se reconocen en el chico, el pronóstico se encuentra reservado a la medida en que se sigan las indicaciones de tratamiento.

❖ ESTRATEGIA DE TRATAMIENTO

Iván presenta importantes fallas en la estructuración de la personalidad y requiere tratamiento psicoterapéutico que reorganice el desarrollo de la misma. Es necesario trabajar las motivaciones inconscientes causantes de las amenazas y conductas suicidas para ayudar al chico a elaborar las ansiedades y fantasías destructivas y autodestructivas; tal elaboración le permitirá un funcionamiento defensivo más acorde con sus capacidades; es decir, se requiere del trabajo interpretativo que conlleve a la modificación de la relación con el superyó para lograr los consecuentes cambios en el yo y en las relaciones de objeto.

El tratamiento psicoterapéutico de esta índole implica el trabajo con la imagen inconsciente del cuerpo, lo cual tiene un efecto sobre las fallas en el esquema e imagen corporal y, por lo tanto, sobre las alteraciones en la psicomotricidad. Dada la presencia moderada de estas últimas, se considera innecesaria la indicación de terapia motora.

Asimismo, se requiere que los padres trabajen con lo que a ellos mismos les ocurre en la interacción con su hijo, de tal manera que les sea posible comprender y modificar los aspectos de la dinámica familiar que obstaculizan el sano desarrollo de la personalidad de Iván.

Se demostró plenamente que el niño no presenta limitaciones intelectuales que contraindiquen su ingreso al programa de educación especial propuesto por la escuela a la que asiste. Se considera que el apoyo escolar que Iván puede recibir, disminuyendo la exigencia de funcionar de acuerdo con parámetros estándar y paulatinamente conducirlo a ese logro, es razón suficiente para la indicación del programa. Además, uno de los aspectos de la filosofía del mismo, con respecto a que el niño aprenda del error y no lo repudie, será un apoyo invaluable.

❖ RECOMENDACIONES

- 1.- PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA para Iván, a largo plazo y con periodicidad mínima de tres veces por semana.
- 2.- ASESORÍA PSICOLÓGICA DE ORIENTACIÓN PSICOANALÍTICA para los padres con periodicidad de una vez por semana, a cargo de otro terapeuta, y que la madre continúe su tratamiento personal.
- 3.- SEGUIMIENTO Y CONTROL NEUROLÓGICO según lo determine el médico tratante.
- 4.- INGRESO AL PROGRAMA DE APOYO ESCOLAR del colegio al que actualmente asiste.
- 5.- SUSPENDER LA TERAPIA MOTORA y en seis meses realizar una revaloración de psicomotricidad y neurodesarrollo.
- 6.- CREAR UN EQUIPO INTERDISCIPLINARIO estableciendo interconsultas entre los especialistas que queden a cargo del caso y el equipo docente de la escuela.

CAPÍTULO VI

REPORTE PSICOTERAPÉUTICO

Describir un proceso psicoterapéutico es tarea compleja en tanto hemos de seleccionar el material que resulta ilustrativo de los datos clínicos (comportamientos, actitudes, comunicaciones verbales, juegos, producciones gráficas, etc.), que reflejen el mundo interno del sujeto. En el trabajo terapéutico con niños, además hemos de sintetizar los reportes de padres y maestros como datos que revelan su funcionamiento en el entorno cotidiano.

En el presente capítulo se analiza el proceso psicoterapéutico que Iván ha seguido durante cuatro años de tratamiento. En primer lugar se plantea el Encuadre, para pasar después a describir cuatro momentos o cortes psicodinámicos que ilustran, en la transferencia, los conceptos kleinianos planteados en el marco teórico, a saber:

1. Momento Inicial: Predominio de la *Posición Esquizo-Paranoide*.
2. Final del Primer Año: Acceso a la *Posición Depresiva* y Regresión a la *Posición Esquizo-Paranoide*.
3. Segundo y Tercer Años: Fluctuación entre las *Posiciones Esquizo-Paranoide* y *Depresiva*.

4. Final del Cuarto Año e Inicio del Quinto: Predominio de la *Posición Depresiva* con Fijaciones en la *Posición Esquizo-Paranoide*.

Se reporta el material de por lo menos cinco sesiones correspondientes a cada uno de estos momentos, haciendo un total de veinte sesiones de psicoterapia. Asimismo, se describen algunos datos que ilustran sintéticamente lo ocurrido entre tanto, con la finalidad de brindar una mayor coherencia del proceso.

El material clínico se presenta en tres modalidades fundamentales: i) se describen datos de la conducta, verbalizaciones y actitudes del sujeto, conceptualizándolos teóricamente; ii) se reporta material clínico *ad verbatim*; iii) se ejemplifican conceptos teóricos a través del material clínico.

A) EL ENCUADRE

En las entrevistas de Entrega de Resultados, los padres solicitaron atención psicoterapéutica para Iván. Decidieron que el chico ingresara al programa de educación especial del colegio que lo remitió y habían sustituido el tratamiento medicamentoso que venía tomando, por el que indicó el neurólogo con quien los refirieron de dicho colegio también; de modo que la solicitud de psicoterapia se originaba en el deseo de formar un equipo multidisciplinario. Se les señaló la conveniencia de que Iván pudiera concluir las terapias a las que venía acudiendo y la necesidad de que se despidiera de los terapeutas. El psicodiagnóstico se efectuó durante el período de vacaciones de verano y ya había interrumpido su asistencia a las terapias, por lo que los padres consideraron que no era necesario que volviera. Se les propuso dar un espacio de dos semanas para que lo pensaran bien y lo platicaran con su hijo, dadas las diametrales diferencias del abordaje terapéutico. Una semana después pidieron cita y reiteraron su petición.

El trabajo clínico se dirigió, entonces, al establecimiento del encuadre, planteando, tanto a los padres como directamente a Iván, la necesidad de trabajar en sesiones de 45 minutos, tres veces por semana. Se les informó sobre los períodos de interrupción por vacaciones y se estableció la cuota de honorarios y la forma de pago, mismas que han respetado durante todo el proceso. Durante estos cuatro años Iván ha acudido con puntualidad e impecable constancia y, salvo a la

primera consulta de evaluación (descrita en el capítulo anterior) que fue traído por su madre, siempre ha venido con su chófer.

En ese momento los padres solicitaron asistir también conmigo a las sesiones de orientación que se recomendaron, pues tuvieron la impresión de que yo había logrado conocer el caso con profundidad y les parecía muy desgastante acudir con otro terapeuta e iniciar nuevamente el proceso. Fue por ello que, durante los primeros tres meses, Iván asistió dos veces por semana y los padres una; a partir del cuarto mes de tratamiento, comenzó a venir tres veces y los padres continuaron quincenalmente; unos meses después, las entrevistas con los padres fueron mensuales.

B) MOMENTO INICIAL: PREDOMINIO DE LA *POSICIÓN ESQUIZO-PARANOIDE*.

SESIÓN No. UNO.

Después de tres semanas de haber concluido el psicodiagnóstico, Iván se presenta recurriendo a su actitud original de desagrado. Ignora mi saludo, entra de mala gana y deambula por el consultorio. Se acerca al “tiro al blanco” que fabricara durante la evaluación y, mirándolo de reojo vocifera: “*te voy a matar*”, y continúa deambulando. Intento indagar al respecto y me ignora. Entonces me dirijo abiertamente a él y con firmeza le hablo de las condiciones del encuadre.

El chico parecía no escucharme, continuaba deambulando por el consultorio, haciendo caso omiso de mi persona. Encaramado en una silla o encucillado sobre la mesa, se dedicaba a hablar entre dientes como para sí mismo; se conducía apretando fuertemente la mandíbula. En distintos momentos de la sesión -y de las subsiguientes- intenté conocer los contenidos de su soliloquio sin obtener respuesta alguna. Para finalizar la sesión, sólo le dije que me daba cuenta de lo difícil que le resultaba reiniciar este trabajo conmigo y que trataríamos de indagar por qué. Casi sin darse

cuenta, salió del consultorio después de haberle insistido varias veces que nuestro tiempo había terminado.

SESIÓN No. DOS.

Acude con desagrado y camina hablando solo. Ignora mi saludo y mis preguntas acerca de cómo está y cómo le va. También lo hace cuando le pregunto si pensó algo acerca de la sesión pasada. Deambula y me da manifiestamente la espalda para tomar algún pequeño animalito de juguete o para hablar entre dientes frente al “tiro al blanco”.

En un discurso cuasidelirante, se refiere a un vaquero con sombrero. Ignora cualquier intento que hago por intervenir. Señalo (tal vez “para mí misma”) que me parece que debe estar muy asustado y que por eso prefiere ignorarme. Él continúa: *

I: Se me ocurre una idea... voy a ser famoso como el presidente Salinas de Gortari que casi desaparece al país... como mi abuelo que se murió por fumar... y yo voy a coger todos los cigarros del mundo y los voy a quemar... ya se, ¡quiero incendiar!... (y voltea a su alrededor como buscando algo)...

T: ¿Y qué quieres incendiar?

I: (Con tono desafiante): ¿Cómo QUÉ? ¡Hacer un incendio!

T: ¿Y a quién quieres incendiar?

Ya no contesta y deambula ansiosamente de un lado a otro. Insisto en indagar y me ignora. Después, con tono autoritario, me exige un encendedor o unos cerillos y amenaza con que si no se los doy, él traerá unos de su casa.

* En adelante, en los diálogos se utilizará la inicial I (Iván) para referirse al paciente, y T (Terapeuta) a la autora del presente trabajo.

T: Me imagino que estás tan asustado que quieres asustarme a mí. (Y, después de un rato, agregó): Tal vez tienes miedo de que yo te haga daño y por eso quieres quemar mi consultorio y a lo mejor hasta se te antoja quemarme a mí.

No contesta. Toca algún juguete y lo suelta mientras continúa fantaseando en voz baja y entre dientes. Cuando le digo que el tiempo ha terminado, me ignora y nuevamente tengo que insistir para que salga.

Durante las sesiones subsiguientes Iván presentó una ligera variación en su comportamiento: se conducía con desgana, pero ya no con actitud de desagrado o desafío. Continuó reaccionando como si no escuchara mis intervenciones.

Su capacidad lúdica continuaba francamente abatida y se dedicaba a deambular por el consultorio. Eventualmente, tomaba una figura de juguete de un “zorro humanizado” y decía que era muy malo, cada vez se hacía más malo y poseía pistolas y cuchillos muy poderosos. Ignoraba mis preguntas al respecto y se enconchaba en una silla verbalizando para sí mismo (y cabizbajo) una serie de elucubraciones acerca de cómo lograría su gran incendio.

Es evidente que Iván se encontraba invadido por fantasías y ansiedades derivadas de la pulsión de muerte; invasión que reflejaba la presencia de un superyó sádico y primitivo que le impedía funcionar de acuerdo con las consecuencias de daño a su persona o a la mía, a pesar de su inteligencia brillante según las escalas de Weschler. Es decir, que había proyectado en mí y en el setting sus fantasías de muerte y aniquilamiento; transferencialmente, nos vivía como objetos malos y quería destruirnos por temor a que le hiciéramos daño. Este predominio de la relación de objeto parcial, de la escisión y de la proyección de sus ansiedades, le impedían verme como una terapeuta dispuesta a entenderlo y ayudarlo, aunque a lo mejor no le cayera bien; como si quedara escindido que ya me conocía y que había llegado a relacionarse conmigo de manera cordial (durante el psicodiagnóstico). En este momento, fue posible interpretar que esta escisión tenía que ver con los sentimientos que le despertó la interrupción de nuestro trabajo, y las fantasías de destrucción ante la ansiedad de separación.

Continué interpretando, en la transferencia, su ansiedad persecutoria en términos de su reiterado temor a ser atacado por mí y unas sesiones después comenzó a dibujar al “zorro humanizado”: a veces en pedazos, a veces la figura completa, pero siempre con una precisión que denotaba el empleo de defensas obsesivas ineficaces. También comenzó a jugar con el “tiro al blanco”.

SESIÓN No. TRES.

Ignora mi saludo. Su gesto adusto con entrecejo fruncido es más marcado. Prácticamente da la impresión de esconder la cabeza, evita drásticamente la mirada, camina con los hombros encogidos hacia arriba y con evidente desgana. Entra directamente al “tiro al blanco” y comienza a enterrarle las chinchas del tablero de corcho.

T: ¿Quién es eh?

I: Este maldito, te vas a morir (y pintarrajeándole encima, agrega): éste es tu sombrerito, pero ni te sirve, ni creas, porque éste es más poderoso que tú, (y prosigue con prolíficas fantasías en donde el personaje es a la vez el malo que morirá y el poderoso que lo matará).

T: Pues ha de ser muy malo y a la vez muy poderoso.

I: Pues ¡NO!, No es malo, es Malísimo... los va a destruir a todos. No va a quedar nada.

T: Me imagino que debe estar muy enojado para querer destruirlos de esa forma.

I: Claro que no está enojado... Está enojadísimo, está furioso y es el más fuerte de todos.

T: ¿Y que se le antoja hacerles?

I: (No contesta. Continúa su soliloquio).

T: Oye, ¿cómo le gustaría destruirlos?

I: Con muchas pistolas (articula entre su discurso), con unas ametralladoras que ni tú te imaginas.

T: Pues no, realmente no me las imagino y me encantaría que me platicaras cómo son, pues deben ser sumamente poderosas (digo interesada).

I: Son todas las pistolas del mundo y nunca se le van a acabar. (Y agrega hostilmente): no hay nada más malo en todo el mundo.

T: Ni más malo, ni más enojado (agrego suavemente).

I: A veces soy malo y a veces soy malísimo...

T: ¡Claro! A veces estás enojado y a veces estás enojadísimo. Y te asusta mucho sentir tanto coraje dentro de ti.

I: ...y se las van a ver con él.

T: Así como todo mundo se las ve contigo cuando estás furioso y te dan ganas de quemar y destruir. Se me hace que te sentiste muy enojado porque dejamos de vernos y, tal vez, por eso ahora quieres quemar mi consultorio y quemarme a mí.

Señalo que el tiempo ha terminado y expresa abiertamente su renuencia para irse.

El hecho de que en la transferencia la ansiedad de separación deviniera tan intensa y persecutoria nos habla de las dificultades en el establecimiento de un vínculo de seguridad; de ahí las alteraciones del principio de realidad. El empleo de mecanismos de defensa de naturaleza extrema: escisión, idealización y control, se explican por la necesidad de mantener al objeto parcial bueno completamente separado del malo, que en el mundo interno parecieran confundirse.

En las sesiones subsiguientes continuó elaborando complejas fantasías en torno a personajes que creaba en el "tiro al blanco". Todos sus personajes siempre eran poderosamente malos, destructivos y omnipotentes; eran sus aliados y se confundía con ellos; así se lo hice saber. Pero, al mismo tiempo, también eran personajes temidos a los que había que aniquilar con las chinchas flechas del tiro al blanco, como él temía ser aniquilado.

La interpretación de estos contenidos agresivos y persecutorios dio paso a que el personaje pudiera representar a un compañero de escuela o a uno de sus hermanos que lo hubiera hecho enojar. En su elaboración llegó a desgarrar casi por completo la hoja colgada.

El trabajo interpretativo condujo a la elaboración de la proyección de sus objetos parciales malos y persecutorios.

SESIÓN No. CUATRO.

La escuela reporta que hoy tuvo un pésimo comportamiento. Como noticia del día, le platicó a sus maestras y a sus compañeros que ayer trató de suicidarse pero no pudo. No trabajó, se la pasó interrumpiendo, molestando y no dejó trabajar a nadie. Lo sacaron del salón y dijo que se quería morir, que quería matarse, a lo que la directora respondió: “lo que estás matando es el tiempo, así es que vete a trabajar”. Y me localizó alarmada.

A la sesión entra furioso diciendo que hizo puras porquerías y que está todo lleno de saliva. Se lava las manos y, dirigiéndose al tiro al blanco, lo destruye con rabia verbalizando:

I: Vas a ver cómo lo destruyo.

T: ¿A quién?

I: A Javier.

T: ¿Quién es Javier?

D: Ese de tercero que me dice sombie...

T: Y seguramente te da tanto coraje que se te antoja hacerle lo que a éste... (refiriéndome al personaje).

I: Porque él no sabe que tengo una pistola y lo voy a matar así. Pero mejor voy a hacer un incendio. Ya sé. (Y acercándose a una lámpara, pone un pedazo de papel en el foco y dice): Se va a quemar y cuando salga lumbre voy a hacer una fogata.

T: ¿Y qué quieres quemar con la fogata? Mejor tratemos de entender qué está pasando, ¿a quién quieres destruir aquí?

I: Esto no sirve. (Abandona “el incendio”).

Deambula y le pregunto por qué venía lleno de saliva y qué porquerías hizo.

I: Esa perra no me dejó comerme mi pastel de chocolate.

T: ¿Quién?

I: Mi mamá.

T: ¡Ah! Te peleaste con ella.

I: (Iracundo) No me dejó comerme mi pastel de chocolate, es injusto. Y me lavó la boca con jabón.

T: ¿Por...?

I: Porque le dije “fok you”... Pendeja...

T: Y te pusiste tan furioso que te dan ganas de destruirla como al vaquero o de quemarla como a mi consultorio.

Se calma un poco y hablamos de su gran frustración cuando no logra sus deseos, de cómo explota y después se siente muy mal. Le hablo del reporte que me dieron de la escuela y le digo que seguramente esos deseos de morirse tienen que ver con el enorme coraje que siente. Finalizo la sesión diciéndole:

T: Yo creo que así como tienes mucho coraje con Javier y con tu mamá, también tienes mucho coraje conmigo; y sientes que el coraje es tan grande adentro de ti que necesitas echarlo para afuera, porque, si no, has de sentir que te destruye.

Al final sale furioso porque el tiempo ha terminado.

SESIÓN No. CINCO.

Irrumpe en el consultorio directamente a embarrar plastilina en una hoja para “pintar” un “monstruo” negro: “*este monstruo eres tú*”, me dijo. Mientras lo hacía y hablaba de lo horrible y monstruosa que iba a quedar, le hice ver su necesidad de expresar su enojo hacia mí, su frustración y sus deseos de destruirme, tal vez relacionados con lo que sentía cuando terminaba el tiempo. Verbalizó abiertamente su coraje y amenazó con no irse aunque yo le dijera que ya acabó el tiempo. Pudimos analizar su incapacidad para separarse, pues al hacerlo la confusión interna de sus objetos parciales crecía.

Colgó al monstruo negro junto al tiro al blanco para que todos vieran lo fea que soy, aunque no lo destruyó. Esto dio pie a la interpretación de su coraje y sus fantasías destructivas hacia los otros niños a los que veía salir cuando llegaba y entrar cuando salía, para luego trabajar alrededor de sus sentimientos de rivalidad y celos hacia sus hermanos.

La elaboración en la transferencia de las ansiedades persecutorias permitió que Iván comenzara a escucharme más activamente. Un día mencionó que su papá estaba de viaje. Con ingenuidad, me precipité e intenté relacionar sus ansiedades con la ausencia de su padre. Sencillamente, se salió abruptamente al baño como reacción inmediata y así empezó a hacerlo ante mis intervenciones, corroborando la idea kleiniana de que la interpretación debe estar dirigida a los contenidos inconscientes más profundos, pues de lo contrario se eleva la resistencia.

Seguí, entonces, la línea de interpretación de la autora kleiniana Frances Tustin (1977), abordando su confusión entre los contenidos corporales, las palabras, los sentimientos y los pensamientos. Dentro de él, eran cosas incontenibles. Esto dio paso a la expresión de numerosas fantasías alrededor de la gente gorda y las mujeres embarazadas con miles de bebés adentro de la panza. Colateralmente, pudimos trabajar alrededor de los embarazos de su madre y del nacimiento de sus hermanos, aunque la principal línea de interpretación giró alrededor de las fantasías orales.

Siendo él particularmente delgado, imaginaba que la gordura podía ser tal, que provocaría la explosión del cuerpo. Comiéndose los mocos, tomaba un animalito de juguete al que todos

atacaban queriéndolo engordar porque era muy malo; lograban que comiera y comiera, crecía y crecía, hasta ocupar el espacio entero del consultorio y finalmente explotaba. Yo le devolvía: “¡qué tal si se comía y comía mis palabras y llegaba a explotar!” Mejor iba al baño y junto con sus heces y su orina evacuaba mis interpretaciones, poniendo fuera de sí esos objetos persecutorios. En ese momento del tratamiento, fantaseaba que yo era un puerquito gordo y horroroso, aunque “no me hizo explotar”.

Expresó sus temores de contraer enfermedades como el cólera por comer y de cómo la gente muere por fumar (incorporar). En una ocasión mencionó la fantasía de sentir “*como que mi cuerpo está seco*”, asociando con la preocupación de sus papás de que le pasara algo muy malo desde que él empezó a comer hojas y las personas no son herbívoras.

A través de la elaboración de estos contenidos orales, comenzó a pedir con insistencia que yo le leyera cuentos. Y así lo hice. Él no deseaba hablar de nada. Me sonreía como respuesta a mis señalamientos. Al interpretar su voracidad en términos de la necesidad de recibir de mí cosas buenas, como los bebés reciben lechita de mamá, verbalizó:

I: Yo no quiero ser bebé, pero a los bebés los castigan bien poquito, una nalgadita y ya... En cambio a mí, nada más por romper unas copas en casa de mis abuelos me dan cuatrocientas nalgadas... Pero bueno, sígueme. (Refiriéndose al cuento).

C) FINAL DEL PRIMER AÑO: ACCESO A LA *POSICIÓN DEPRESIVA* Y REGRESIÓN A LA *POSICIÓN ESQUIZO-PARANOIDE*

Había manifestaciones de evolución: sus episodios de anorexia empezaron a disminuir. En las sesiones ya no sólo hablaba o escuchaba; comenzó a platicar conmigo. El diálogo se estableció por medio del juego a través de los personajes de los cuentos que “leíamos”.

SESIÓN No. SEIS.

Me saluda y de inmediato me dice que vamos a jugar guerritas de cartas (juego de reglas complicadas que consistía en ver quién saca los valores más altos de la baraja). Empieza a repartir diciendo:

I: Mira, el rey de diamantes se casa con la reina de diamantes y se la lleva a su palacio.

En lugar de continuar con el juego de guerritas, busca a los reyes y a las reinas; los acomoda por parejas y luego agrupa J, Q, K, A, de acuerdo con el palo de la baraja. Luego hace lo mismo con los números diciendo:

I: Éstos salen de una mina, es dinero porque son millonarios. ¡Ay!!! Estoy loco, éstos van acá... (corrigiendo el acomodo).

T: ¿Estás loco o estás nervioso imaginando que tienes todos esos millones en tus manos?

I: Éste es millonario (un rey), es muy rico y tiene mucho dinero. Pero los millonarios no saben controlar sus millones. (Se levanta y empieza a rondar por el consultorio). Además son pobres y tontos... pobres en bondad.

T: ¿Quién dice eso?

I: Mi chofer. Él conoce ricos pobres. Él conoce de esos pobres que tienen miles de cosas y de millones y son pobres. ¿Tú que harías si tuvieras todo eso en dinero de verdad...?

T: Yo, no se bien... ¿y tú?

I: Si fuera de verdad, sería bueno y le daría dinero a los pobres...

T: ¿Y te gustaría tenerlo?

I: No quiero ser rico y tonto... pero sí me gustaría tener mucho dinero. Como un señor de Estados Unidos que tiene limusina, y va leyendo el Time con su chofer y le ordena "champaña por favor".

T: ¿Y cómo sería si tuvieras limusina?

I: Sí la tendría, pero no sería malo.

T: Como que para ti los ricos son malos y tal vez cuando se te antoja tener tanto dinero sientes que eres malo, porque tienes miedo de no poder controlar adentro de ti todos esos millones de cosas que sientes, como los millonarios que no saben controlar sus millones.

Termina la sesión y no quiere irse.

Este material refleja cómo la ambivalencia cobraba un espacio que paulatinamente sustituía a la escisión, como un claro signo de una mayor integración del superyó.

Ante la interpretación de la lectura de cuentos como resistencia -en este momento del tratamiento- respondió diciendo que no le gustaba hablar de sus cosas porque eran cosas privadas y que sólo se hablaban en la familia. También mencionó que yo era muy metiche y preguntona; además, él tenía sus secretos.

Después de varias sesiones, un día llegó emocionado y me dijo que quería confesarme algo y sólo a mí: "*yo tengo MI MUNDO*", expresó. Pero nadie podía entrar en él. Inmediatamente me pidió que le leyera y durante un par de sesiones se limitó a pedirme que lo hiciera sin permitir ninguna otra intervención de mi parte. Ni siquiera osé interpretar su resistencia.

SESIÓN No. SIETE.

Entra y pide que le lea un cuento.

T: ¡No! (Con tono bromista): Quedamos que hoy me toca a mí.

Inmediatamente capta que se trata de hablar de él y me dice:

I: Pero, ¿por qué eres tan metiche? Mis cosas son mías y además mi mundo sí existe aunque ustedes no lo vean. A (su maestra), dice que no puedo vivir en mi mundo y no es cierto, sí puedo. Lo que pasa es que como ella no ha entrado a mi mundo por eso cree que no existe...

T: Y te enoja tanto que los demás crean que no existe tu mundo que por eso no dejas entrar a nadie.

I: Es que nadie ha entrado a mi mundo más que una persona... TÚ... ¿Quieres que te lo dibuje? (y mientras lo hace, prosigue): Mi secreto es que si vas excavando encuentras oro.

T: Entonces, ¿Por qué te asusta tanto excavarlo aquí conmigo?

I: Es que hay mucho oro. Mi mundo es muy fuerte y además cuando yo quiero lo puedo dejar y cuando quiero me meto en mi mundo...

T: Te gusta mucho estar en tu mundo porque ahí todo es como tú quieres y como a ti se te antoja, y te enoja mucho cuando te obligan a dejarlo a fuerza...

I: (Casi interrumpiendo): No, no me enoja, me enfurece...

T: ¿Por?

I: Porque siento que se me deshace... y si alguien se quiere meter a fuerza, me enfurece más...

T: ¿Como cuando tu mamá te dice que te apures o que apagues la televisión?

I: O como tú... cuando te conocí... (me sonríe).

T: Y te sentías tan lleno de coraje contra mí, que por eso querías tu incendio, para quemarme y deshacerte de mí para que ya no te molestara.

I: Cuando iba con el doctor X (terapeuta anterior), no existía mi mundo... bueno sí, pero era super chiquito y él nunca entró... Ahora es miles de veces más grande que saturno... Y sabes qué: ahí yo soy humo... ¿Sabes por qué? porque ahí no tengo que comer nada.

Estos contenidos manifiestan la confusión entre el adentro y el afuera, su mundo es él; ahí no tiene que comer nada porque comer es asimilar el mundo que no le gusta.

En las sesiones subsiguientes pudimos seguir aclarando que “Su Mundo” era el del control omnipotente; en su mundo él era absolutamente poderoso, infalible y perfecto. Era la contrapartida idealizada del objeto malo y amenazante, que existía sólo en la medida en que permanecía escindida, apartadas una de la otra. Convidada a su mundo, tuve cabida como objeto todopoderoso: se preguntaba “¿qué es una terapeuta?”; y fantaseaba: “es alguien capaz de adivinar lo que estás pensando...” y quizá alguien que aliviaría sus sufrimientos mágicamente, interpreté.

La ansiedad persecutoria aparecía ante los límites del encuadre contrarios a sus deseos, como terminar la sesión, por ejemplo. La diferencia era la posibilidad de verbalizar su ira directamente contra mí, lo cual hacía más fluida la interpretación.

Finalizábamos el primer año de tratamiento y la mejoría de Iván era franca: su nivel de organización conductual era notable; padres y maestros reportaban que sus reacciones agresivas habían desaparecido casi por completo; su capacidad para relacionarse socialmente se había elevado y su apariencia corporal llamaba especialmente la atención: había ganado peso, caminaba erguido, hablaba de frente y hasta se le veía contento.

Siguiendo la teoría de Klein, M. (1952), el funcionamiento de Iván en este momento adquiriría características de la *posición depresiva*; es decir, que comenzaba a establecer una relación de objeto total dado que transferencialmente las experiencias buenas predominaban sobre las malas y la libido predominaba sobre la pulsión de muerte. Empezaba a manifestar la necesidad de reparar, construyendo.

SESIÓN No. OCHO.

Llega con una maqueta recortable de un pueblo medieval y me dice:

I: Mira lo que me regaló mi tía. Ven, siéntate. Está padrísima. ¿Dónde hay unas tijeras?

Y me muestra la forma en que armaríamos la maqueta. Había que recortar, doblar y pegar de acuerdo con el modelo, al tiempo que hablábamos escuetamente de sus problemas en la escuela,

de los pleitos con sus hermanos o con sus papás, intercalando prolíficamente sus fantasías alrededor de los personajes del pueblo.

I: Aquí está el posadero, *todos estos plebeyos son mis súbditos... Tienen que trabajar porque si no les va mal... No saben lo poderoso que soy porque no sólo tengo este pueblo a mis pies, tengo el mundo entero y el que se atreva a desobedecer alguna de mis órdenes lo mando a la guillotina....* Oye, por cierto, vamos a buscar a ver si trae guillotina este pueblo, porque si no es chafa... Mira, aquí está la casa del posadero. Ésta es la primera que vamos a armar... *tengo la casa más grande del pueblo, y ahí dentro tengo toda clase de torturas para los que no hagan lo que les digo... porque aquí, hasta el rey me obedece...* Por aquí ha de andar el rey, ayúdame a buscarlo, ¿será éste que trae túnica? Bueno mejor yo lo busco y tú sigue recortando la casa y yo recorto la barda...

T: (mientras recortaba) Oye, ¿y te imaginas qué padre sería eso de ser tan poderoso como este posadero, que es incluso más poderoso que el mismo rey?

I: Pues no me lo imagino, yo soy más poderoso que cualquiera...

T: Sí, claro, cuando estás en tu mundo.

La construcción de la maqueta se prolongó por varias sesiones. Se embriagaba de júbilo al expresar: *“oye, tú y yo sí que somos un equipazo de la edad media”*. Ciertamente él era el director y, además, con gusto decía: *“qué bárbara, Norma, soy mucho mejor que tú para esto de las maquetas... pero, bueno, reconozco que eres mejor que yo para doblar”*. *“¡Ah!, pero que torpe era yo para anticipar la perspectiva siguiendo el modelo”... “pero vaya, por lo menos aprendía rápido”* Contenidos expresados después de haber interpretado sus defensas de control omnipotente. Gozaba aludiendo a “don perfectino”: significante ampliamente utilizado, después de haber elaborado su coraje de que los dobles no quedaran precisos y perfectos. Pudo relacionar su perfeccionismo como rasgo de identificación con su madre.

Podemos decir que el objeto bueno se había trocado, en la psique de Iván, en algo más realista (en un sentido objetivo) y, al mismo tiempo en algo más sospechoso. Transferencialmente, se trataba de una nueva relación con la madre, en donde la madre excelente y excepcionalmente buena, bien intencionada sin desfallecimiento (un objeto parcial), resultaba ser un personaje

mixto: también hostil, contaminado, dañado y que ya no es la perfección absoluta que el niño desea.

Se enteró que existía toda una colección de este tipo de maquetas y después, de varios intentos fallidos de su parte para que su mamá se las comprara, me preguntó si yo podía conseguirle alguna. Entendimos su petición como la necesidad de prolongar este trabajo reparatorio de construcción. Le conseguí un par de ellas y en las sesiones se tomaba mucho tiempo para analizar a los personajes de las próximas maquetas y elaboraba sus fantasías de poder y de grandeza alrededor de ellos.

La existencia del objeto bueno internalizado trae consigo el miedo a perderlo: “la pérdida del objeto amado se produce durante esta fase del desarrollo en la que el yo hace la transición de la incorporación parcial a la incorporación total del objeto” (Klein, M., 1935, pag. 267).

El objeto bueno despierta el ansia por mantenerlo y mantener la relación con él, así como la congoja y el dolor del amor por él. Klein atribuyó a la inseguridad un papel especialmente significativo respecto del objeto bueno interno: éste consiste en una sensación de que existe dentro de la personalidad una figura buena, que ayuda; se la siente residir en ella, y se la ama tan íntimamente que constituye la identificación primaria básica en torno de la cual se forma el todo de una identidad. El objeto interno bueno provee el diálogo interno continuado de aliento y autoestima, que es la base de la confianza y de la seguridad psicológica.

El temor a la pérdida del objeto bueno se conecta de manera estrecha con lo externo. Un rechazo externo o un abandono supone una amenaza también para la fantasía de un objeto interno bueno que nutra desde adentro a la persona con un apoyo psicológico.

Fue por ello que la ansiedad devastadora no tardó en reaparecer. Para Klein, M.(1948), la incipiente integración del objeto en uno solo bueno y malo, conlleva al sentimiento de culpa por haberlo atacado y la fantasía de daño adquiere tintes persecutorios. El día que terminó su primera maqueta y la llevó a casa, coincidió con un fin de semana largo durante el cual Iván tuvo su primera gran recaída. Enloqueció con su madre en un pleito de violencia desmedida y nuevamente amenazó con suicidarse. Fue un momento crucial del tratamiento, desde el momento en que el chico sintió amenazado el vínculo transferencial en “proceso de construcción”.

El duelo por la separación y por las fantasías alrededor de la terminación de la maqueta fue un duelo interno por algo muerto dentro de Iván, un objeto interno muerto o moribundo. Transferencialmente, este duelo era la repetición de innumerables duelos anteriores.

Nos tomó casi otro largo año de trabajo psicoterapéutico entender lo que había ocurrido. Por muchas sesiones (aproximadamente dos meses) se sumergió en “su mundo”: sin incluirme y utilizando su extraordinaria capacidad de ávido lector, levantó una defensa esquizoide a la manera de barrera autista. Entraba y salía de las sesiones detrás de un libro, sin dirigirme la palabra y sin reaccionar a mis intervenciones; leía caminando.

Los padres reportaron que nuevamente se había puesto agresivo, intolerante y que no hacía caso para nada. Las maestras reportaron que estaba totalmente ensimismado, refugiado en la lectura y sin ganas de trabajar.

Desde el punto de vista del neurólogo, no existían datos que pudieran explicar la recaída; por el contrario, la evolución neurológica de Iván era muy positiva. Tampoco sus educadores encontraron factores precipitantes.

Después de un arduo y tedioso trabajo interpretativo, emergió, y así, sólo *a posteriori*, siguiendo a Freud, S. (1918), pudimos entender la magnitud de su ansiedad y sentimiento de culpa propios de la *posición depresiva*, pero con importantes fijaciones en la *posición esquizo-paranoide*.

SESIÓN No. NUEVE.

Regresa del puente, entra leyendo y no contesta a mi saludo. Se sienta y lee muy concentrado. Con asombro, pregunto:

T: ¿Cómo estás?

I: (No contesta)

T: ¿Cómo te fue en San Miguel?

I: (No contesta)

T: (Después de un rato): ¿Estuviste en el grito?

I: (No contesta)

T: (Después de otra larga pausa): Algo debe haber ocurrido que seguramente te hizo sentir muy mal... por eso me ignoras.

Permanezco sentada frente a él, en silencio y después de un rato, pregunto con cierta desesperación:

T: ¿Oye, y de qué es tu libro?

I: Asteryks. (Sigue leyendo)

T: ¡Ah! ¿Y de qué trata?

I: (No contesta)

Después de otro largo silencio, pregunto:

T: Oye, ¿y qué pasó con la maqueta?

I: (No contesta)

T: ¿Qué dijeron tus papás?

I: (Sin quitarse el libro de enfrente): Que estaba muy padre pero D (su hermano) me la quiere romper.

T: Y me imagino que eso te dio mucho coraje.

I: (No contesta)

Continúa leyendo. Yo guardo silencio. Ya para finalizar, le digo que tal vez se asustó mucho de haber terminado la maqueta y eso tiene que ver con que hoy no pueda estar conmigo.

Después de varias sesiones de interpretar su defensa esquizoide relacionada con sus fantasías alrededor de haber terminado la maqueta, un día irrumpió en el consultorio, furioso.

SESIÓN No. DIEZ.

I: ¡Ahora sí! Para que se les quite me voy a cortar el dedo.

T: ¿Por qué te lo quieres cortar?

I: ¡Dame las tijeras y me lo voy a cortar para que se le quite a mi mamá!

T: ¿Qué pasó? ¿Te peleaste con ella?

I: (Llorando): ¡NO!, con mis muchachas, ellas siempre defienden a D (su hermano) y nada más lo consienten y cuando les digo que me molesta dicen (fingiendo y burlándose) “no lo creo capaz”, y mi mamá nada más les cree a ellas.

T: Veo que estás furioso y quieres desquitarte, y a lo mejor al que quieres cortarle el dedo es a D, o a tu muchacha..

I: ¡Claro que NO! (sigue llorando de rabia). Y me lo voy a cortar ahorita...

Toma las tijeras e intenta lastimarse. Con firmeza se las quito y le digo que no voy a permitir que se lastime; le doy una hoja y un lápiz, y agrego con firmeza:

T: Has aquí tu mano y enséñame qué dedo quieres cortarte (y le doy las tijeras).

Delinea su mano sobre la hoja y recorta el dedo meñique.

T: Y si tú hicieras eso tu mamá se sentiría muy mal y de esa forma te desquitas.

I: Hasta me pediría perdón y nunca más volvería a regañarme...

T: Ajá, y tú te quedarías sin dedo para siempre.

I: ¡Y qué me importa!

T: Lo único que te importa es vengarte porque sientes que quieren más a D y a tus muchachas que a ti.

I: Voy a hacer una pócima para envenenarlas. Ya sé que con ácido de una pila, la pones en agua y con el ácido se mueren. ¿Aquí tienes pilas?... No me importa, en mi casa sí tengo pilas y las voy a quemar con el ácido. ¡Dame un encendedor! (Tomando un pedazo de plastilina, continúa con la fantasía de la pócima mortífera; se levanta, prende la lámpara y embarra un poco de plastilina en el foco y agrega): Se va a incendiar y va a desaparecer (refiriéndose a la plastilina).

T: Así es como quieres incendiar y desaparecer a tu hermano y a tus muchachas... y a tú mamá. Y luego te sientes tan culpable de querer matarlos que te castigas queriendo cortarte el dedo y crees que así se arrepentirán de no hacer lo que tú dices y lo que tú estás pensando.

Termina la sesión y sale más tranquilo; yo, quedo agotada.

D) SEGUNDO Y TERCER AÑOS: FLUCTUACIÓN ENTRE LAS POSICIONES ESQUIZO-PARANOIDE Y DEPRESIVA

El siguiente período fue -transferencial y contratransferencialmente- quizá, el más difícil del tratamiento de Iván. Su proceder era inestable, errático e inconstante. Después de haber movilizado los mecanismos esquizoides como defensa generalizada, podía ocurrir que se mostrara agresivo, irritable y desesperado; luego, por momentos retomaba la necesidad de reparar construyendo, o bien, se aislaba nuevamente detrás de la lectura para sí mismo. Estas manifestaciones podían presentarse de una sesión a otra, o incluso dentro de la misma sesión.

Paulatinamente fue creándose de nuevo el espacio terapéutico de elaboración que nos permitió ir entendiendo que aquel momento regresivo estuvo motivado por dos situaciones primordiales: una, por la existencia de la fantasía catastrófica de que, al terminar aquella primera maqueta, terminaría su terapia y, con ello, el objeto transferencial del que tanto dependía, el cual quedaba destruido en su fantasía. Por otro lado, entendimos que en la cúspide de su ambivalencia -propia de la *posición depresiva*- sobrevino la desesperación depresiva al fantasear que realmente había destruido a su madre siendo él el causante de su locura en aquel pleito devastador en San Miguel.

Cabe mencionar que esta regresión también fue entendida y abordada desde la perspectiva familiar-sistémica, en donde Iván no podía tan fácilmente dejar de ser el depositario de la locura de esta familia.

Esta comprensión fue posible gracias a las sesiones de trabajo con los padres, en las que se analizaron algunas características de la dinámica familiar que obstaculizaban a Iván para encontrar un nuevo rol siendo diferente.

Anteriormente, los padres habían comentado con angustia la emergencia de conductas sintomáticas en los hermanos que coincidían con la mejoría de Iván: masturbación de la hermana en un momento, y agresividad y berrinches del hermano en otro, atribuyendo esto último a que el hermano estaba imitando a Iván. Ante la regresión masiva, expresaron sus temores de no lograr manejarlo a medida que fuera creciendo; la madre sentía pánico a las adicciones (droga y alcohol) en la adolescencia. Asociado a estos contenidos, hablaron de la venida a México del tío L (único hermano varón del padre: ver historia familiar), y de cómo en alguna ocasión el padre comentó refiriéndose a Iván: “es mi elecito”. La madre reconoció su ambivalencia, pues, por un lado, necesitaba que Iván cambiara y se autocontrolara, pero, por otro, temía que por ello perdiera su parte “sensible y creativa” (ver Capítulo V: Clave Psicodinámica).

Todo esto nos condujo a plantear la conveniencia de complementar la estrategia de tratamiento con trabajo familiar, sustituyendo las sesiones de orientación conmigo. Los padres siguieron mi indicación de acudir a una terapia familiar, infructuosa y abortada después de algunas sesiones por el alto nivel de resistencia.

He aquí el material de algunas sesiones que ejemplifica este período del proceso psicoterapéutico.

SESIÓN No. ONCE.

Entra leyendo y no contesta a mi saludo. Se sienta e, ignorándome, sigue leyendo. Después de un rato, le digo que tal vez ocurrió algo de lo que no quiere hablar y por eso se esconde nuevamente detrás de su libro. No contesta y entonces yo agregó:

T: O tal vez es tu forma de decirme que sigues muy enojado conmigo por lo que pasó ayer al final de la sesión.

I: (Sin mover el libro y con desgana): ¿Qué pasó?

T: Que te enojaste mucho cuando te dije que me llamaron de tu escuela para decirme que no trabajas y que no has cumplido el trato de leer y trabajar también.

I: Yo ya no quiero ir a esa cochina escuela.

T: ¿Por? ¿Será que te sientes mal de no poder cumplir los tratos que haces con A (su maestra) y con R (la directora)?

I: Lo que voy a hacer es que me voy a portar fatal y me voy a subir al techo con un cuchillo para que A y R se sientan culpables... y además me voy a meter al laboratorio y voy a hacer una explosión con ácido.

T: Y haciendo todo eso te desquitas porque estás muy enojado.

Se levanta con desgana y me pide que baje la maqueta del castillo medieval que ha venido construyendo en forma inconstante. Me indica con qué debo continuar y él comienza a repasar las características de los personajes.

I: ¡Ay! Por fin, aquí está el rey... Me asusté porque creí que ya no estaba. ¿Tú lo cambiaste de lugar? Sí, ya se, ya ni me digas, esta maqueta tú nada más la trabajas conmigo y todo se queda como lo hayamos dejado tú y yo...

T: Pero de pronto vuelves a sentir que a lo mejor la utilizo para trabajar con los otros niños que vienen aquí y te pones muy celoso.

I: La casa del rey está aquí junto a la cárcel. ¿Y sabes por qué vive junto a la cárcel?

T: ¿Por?

I: Porque aquí en al cárcel tienen a su hijo... al hijo mayor que será el heredero del reino, pero no lo va a lograr porque está condenado a muerte.

T: (Con curiosidad): ¿Y por qué está condenado?

I: Porque se robó... porque le quitó a éste (personaje x) y no se lo quiere regresar...

T: ¿Y qué le quitó?

I: Le quitó sus ropajes y sus cosas, pero el rey no lo va a mandar decapitar.

T: ¿El rey lo condenó?

I: Mejor yo recorto esta casa. ¿Dónde están las otras tijeras? Éstas no me gustan, ¡ah! aquí están.

Comienza a recortar rápida y ansiosamente y dice que se tiene que apurar y tiene que aprovechar para avanzar porque seguro ya se va a acabar el tiempo y me pide que yo también me apure a doblar y a pegar.

T: ... y así como quieres construir estas casas quizá también quieres arreglar los problemas en los que te metes...

I: (interrumpiendo) Con A y R. ¡Ach! Pero mira qué torpe soy, esto ya quedó bien chueco, ya vez, todo me sale mal...

T: (interrumpiendo) Lo quieres hacer tan rápido que no te queda tan perfecto como quisieras y entonces te sientes torpe. Yo más bien diría que estás ansioso por construir y componer; y el error no es el recorte disparejo sino que atacando a A y a R o lastimándote tú, de todos modos tu coraje ahí sigue dentro de ti. Ése es el fracaso, que no encuentras una forma nueva de resolver tu coraje.

Se levanta, toma un pedazo de plastilina y se dirige a la lámpara. Embarra la plastilina en el foco, la prende y dice:

I: ¿Te imaginas cuando se vaya derritiendo? Va a ir desapareciendo y se va volver como si fuera ácido y va a explotar...

T: ¿Y así te gustaría destruir y desaparecer a A y a R cuando estás enojado con ellas?

Se aleja, yo apago la lámpara y comienza a construir algo con la plastilina.

I: Todo esto es lo que quiero quemar. Si le pongo un ácido derramado por aquí y le prendo fuego se va a hacer una fogata enorme.

T: Con la que a lo mejor lograrías quemar aquí todo mi consultorio y quemarme a mí.

Termina el tiempo. Se resiste a recoger todo lo de la maqueta y le señalo que cuando se contraría tanto es cuando se le antoja destruirme y quemarme para desquitarse, y que tal vez no ha pensado que existen otras formas de manejar su coraje como hablar de lo que siente y de todo lo que se imagina.

Los contenidos del material de esta sesión son por demás interesantes. Aparece el temor edípico a la retaliación del padre por “robar” su lugar. Recordemos que el padre no sólo “cede el hijo a la madre” sino también “cede la madre al hijo” (ver Capítulo V: Clave Psicodinámica), lo cual resulta persecutoriamente angustiante. Aparece, entonces, el mecanismo de reparación maníaca que tiene que ser rápida y mágica para negar la culpa y la pérdida, lo cual nos recuerda a la pequeña paciente de Segal, H. (1973) pags. 99 y 100.

Las sesiones subsiguientes transcurrieron entre su lectura como defensa, la eventual construcción de la maqueta, la furia de algún pleito con su madre o sus maestras y siempre con la necesidad reiterada de prender fuego e incendiar algo. Su insistencia en derretir pedazos de plastilina al calor del foco me condujo a permitir con límites precisos el tan anhelado incendio: con plastilina, crayolas y palitos, elaboró un monigote que a la vez era como un volcán en erupción al ser quemado. De una sesión a otra lo iba recreando y desintegrando. En su fantasía -muy florida, por cierto- decía que el monigote era alguno de sus padres o de sus maestros con quien hubiera peleado y, quemándolo, se desquitaba. Los torturaba sádicamente.

En una ocasión se preguntó qué pasaría si el monigote fuera yo. Nunca lo fui, pero ¿por qué? Siguiendo a Klein, M.(1953) porque gracias al principio fundamental de la neutralidad y a la técnica por excelencia, es decir, la interpretación del inconsciente, me había convertido en el objeto continente de sus ansiedades que le devolvía alivio y confort. (Dupont, M.A. 1988).

SESIÓN No. DOCE.

Entra y como saludo me dice vamos a quemar. Instalamos el incendio. Agrega algunos elementos al monigote y, mientras prende, me dice:

I: Quiero que este mono cobre vida...

T: ¿Qué es lo que estás quemando hoy?

I: Eso del coraje...

T: A lo mejor sientes que el coraje adentro de ti es como alguien que tiene vida.

I: Mira como va chorreando este río amarillo.

T: Y tal vez sientes que adentro de ti así chorrean ríos de rabia cuando estás muy enojado.

I: Éstos parecen sus ojos (y le hunde dos orificios), y ésta va a ser su nariz. (Después de un rato agrega): ¡ES EL SEÑOR CORAJE!

T: Es todo ese coraje que sientes adentro de ti y si lo pones afuera y lo destruyes, te calmas porque cuando está adentro de ti te asusta mucho. Es tan grande que tienes miedo de que te destruya...

I: Es que el coraje es malo.

T: ¿Por?

I: Porque el coraje te puede llevar a matar a alguien.

T: O cuando te enojas sientes tanta rabia que te dan ganas de matar a alguien. Y quisieras desaparecer el coraje quemándolo, porque adentro de ti te lo imaginas como un SEÑOR que te puede matar o matar a alguien, y eso te asusta mucho.

Permite que el fuego se extinga y se acerca al espejo. Se mira y, tomando una hoja, elabora un antifaz con el que juega a disfrazarse mirándose en el espejo. Indago y verbaliza que es un monstruo que asusta a todos y todos tienen miedo a este monstruo. Interpreto su miedo a parecer

y verse a sí mismo monstruoso por la intensidad del coraje que siente. Hace como que me asusta y se asusta a sí mismo viéndose en el espejo.

T: Tal parece que para ti el coraje sólo es furia muy intensa y ganas de destruir.

I: Totalmente de acuerdo.

T: Y quizá te sientes incapaz de poder modular ese coraje que sientes.

I: ¿Qué es modular?

T: (Un tanto turbada): Mmm...Es como cuando le subes o le bajas el volumen a un radio.

I: ¡Ah! Sí...

T: Es como si no te dieras cuenta que tú puedes subirle o bajarle el volumen a tu coraje. Como si no fuera tuyo y eso te desespera tanto que mejor prefieres hacer como que tu coraje está afuera, que es el SEÑOR CORAJE y así lo tienes bajo control. (Después agregó): Así tú lo quemas, haces que le salgan ríos de rabia y furia, sientes que lo desapareces o lo destruyes, o lo apagas y te olvidas de él. Quizá nadie te ha enseñado que tú eres el dueño de tu coraje y puedes decidir qué hacer con él.

Me pide que juguemos submarino y le hablo de cómo cuando le hundo un barco también siente coraje y no por eso hace un berrinche, que a lo mejor sí le dan ganas de matarme, pero le baja un poco al volumen del coraje y lo que hace es tratar de hundirme mi barco.

I: Ése es otro tipo de coraje.

T: ¡Claro! Porque el coraje puede ser furia descontrolada, ira con ganas de destruir y matar, puede ser enojo con ganas de ganar, puede ser incomodidad con ganas de molestar, en fin.

Termina el tiempo y se despide diciendo que mañana vamos a quemar al SEÑOR CORAJE otra vez.

Y así lo hicimos incontables veces por muchas sesiones, para ir elaborando que era su propio coraje puesto afuera y mantenido así bajo control al eliminarlo por completo con el fuego. De

acuerdo con Klein M. (1929), de esta forma guardaba dentro de sí al objeto ideal que le da vida y lo protege y mantenía fuera el objeto malo y las partes escindidas del yo que contienen la pulsión de muerte.

Tuvo una franca recuperación en su rendimiento escolar y a nivel social se encontraba prácticamente bien adaptado. Pasó unos plácidos días de vacaciones con su abuela y tías maternas, quienes comentaron que había estado excelente. En casa la mejoría era reportada como escueta, pero es evidente que se estaba dando una transformación en la constelación edípica. Conversaba y escuchaba más y parecía reflexionar cuando su padre lo reprendía, y en una ocasión le dijo que se sentía muy solo. Las reacciones de celos y envidia con su hermana eran excesivas, si bien ya no le golpeaba. Además, los pleitos con su madre eran frecuentes; en una ocasión volvió a gritarle que la iba a matar.

SESIÓN No. TRECE.

Regresa de vacaciones y de entrada me dice que armaremos la maqueta. Mientras lo hacemos, me platica de sus vacaciones y se le ve contento. Asocia con una idea de cuando era pequeño y vivía en una ciudad del interior de la república. Se levanta y se queda mirando a un personaje-calaca que había dibujado con anterioridad y al cual había colgado en el corcho del “tiro al blanco”.

I: ¿Sabes quién es?

T: ¿Quién?

I: Es Chaluto Mexicano...

T: ¿Y quién es él?

I: Él siempre ha vivido conmigo... Desde una vez que se me apareció en X (lugar donde vivió) cuando yo era chiquito. Yo estaba como dormido pero despierto... y me llevó por el hoyo de un árbol que era muy grande, pero tan grande que adentro había un castillo, pero no tan grande como la maqueta, pero yo no estaba dormido, estaba despierto pero como dormido, y en el castillo había un tesoro con una caja muy grande. Y luego otra vez se me apareció en Orlando, ahí estaba

despierto pero dormido, como soñando pero no estaba soñando... Él es invisible. ¿Pero sabes qué? Yo no le platico esto a nadie y mejor no lo digo porque no me van a creer o van a creer que estoy loco... Ya no recortes, mejor ven, vamos a leer el del lirón que duerme y duerme, y sueña y sueña. Ven, tú me lees.

T: ¡Claro! (Me levanto y antes de comenzar a leer, le digo suavemente): Me parece que te asustaste mucho al platicarme de Chaluto Mexicano. Y tal vez sientes que yo tampoco te voy a creer o voy a creer que estás loco... Pero, bueno, me imagino que también te das cuenta que aquí se vale hablar de lo que tú quieras y lo importante es que juntos podamos descubrir cómo te sientes cuando recuerdas esas cosas que te pasaron.

Se sienta replegándose a mí y escucha con fascinación. Termina la sesión y se resiste a salir.

Siguiendo a Klein, M. (1952), este material refleja el acceso a los estadios tempranos del Complejo de Edipo: los deseos orales de incorporación de objetos parciales, se transfieren del pecho materno al pene del padre. Los deseos genitales se unen con los orales y se produce una internalización del pene paterno, a la vez objeto bueno y malo: Chaluto Mexicano, rescatador y temido. Por la ansiedad depresiva provocada por el temor de perder a la madre, el bebé se vuelve hacia el padre y lo introyecta como objeto total.

SESIÓN No. CATORCE.

A la siguiente sesión, llega quince minutos antes e irrumpe en el consultorio a pesar de mi indicación de que tendría que esperar. Lo llevo a la sala de espera y le explico que sé que no quisiera, pero tendrá que esperar hasta que sea su hora de entrar. Se queda afuera pero unos minutos después comienza a gritar y toca violentamente la puerta. Salgo haciéndole ver que me doy cuenta que está furioso y contrariado; le pido que se controle pues de lo contrario tendré que llamar a su chofer para que lo regrese a su casa y no podrá tener su sesión conmigo. Responde que su chofer no está afuera y que ni crea que se va a quedar ahí como un tonto. Le sugiero leer

algo y me meto a trabajar. Permanece unos minutos en silencio y después lee casi gritando. Finalmente, llega su hora y lo invito a pasar. Se queda sentado y furioso, me dice:

I: No, ni creas que voy a entrar.

T: ¡Claro! Estás muy enojado y ahora te quieres desquitar.

I: Pues claro que estoy furioso, me tienes aquí aburrido y esperando y querías que me quedara como un tonto.

T: No, no quería que te quedaras como un tonto, quería que esperaras como un niño de diez años que llega antes a su cita y puede esperar aunque no le guste y le parezca aburrido.

I: ¿Ah sí? Pues ni creas que voy a entrar, porque ya te gané. Al Dr. X (terapeuta anterior) nunca lo desesperé y eso que ahí sí hacía travesuras, una vez me subí al techo y él no podía bajarme y ni así se desesperó.

T: Bueno, si quieres hacer un berrinche de chiquito, hazlo, yo te espero adentro.

Me meto, ciertamente contrariada, y dejo la puerta abierta. Un par de minutos después, entra vociferando:

I: ¡Pero eso sí, eh! Se acabaron las pláticas y las maquetas y todo.

T: Estás tan enojado que quieres destruir todo lo que hay entre nosotros y luego te vas a sentir tan mal que vas a empezar con que tú mejor te quieres matar y te quieres subir al techo para aventarte desde ahí, para que entonces yo diga: *no Ivancito, por favor perdóname, nunca te vuelvo a decir que por favor respetes mi trabajo...*

I: Eso lo hago sólo para debilitar a mi mamá.

T: Y a mí, ¿qué me quieres hacer?

I: ¿Quieres saber?... ¿Estás segura que quieres saber qué te quiero hacer?

T: ¿Qué te gustaría?

I: Pues voy a tirar este cochino cuadro que está espantoso...

Se dirige a hacerlo y deteniéndolo, le digo:

T: Te estoy pidiendo que ME DIGAS qué quieres hacer, no que lo hagas.

Toma un pedazo de plastilina y dice:

I: Te voy a poner plastilina ardiendo en la mano y se te va a derramar porque va a estar ardiendo con fuego y se te va seguir por todo el brazo...

T: ¿Y cómo voy a quedar?

I: Así...

Tomando una hoja y un lápiz, me dibuja como una figura grotesca y obscena con senos y pene. Finaliza la sesión diciendo que todos se van a burlar de mí.

Esta fantasía de la *figura parental combinada* (Klein, M. 1923, 1929b, 1945) pone de manifiesto el deseo transferencial de penetrar el cuerpo de la madre (el consultorio) por la ira y frustración, y el deseo de dañar los órganos y objetos que ahí se encuentren como forma de apropiárselos. Esta depredación es el núcleo de la terrorífica fantasía sobre el cuerpo materno que contiene el pene del padre. El terror es que la madre y los objetos que contiene se venguen del infante.

El material también ilustra claramente el empleo transferencial de defensas maníacas con un desprecio al objeto al que se pretende controlar y triunfar sobre él. La fantasía de la *figura parental combinada* (objeto con senos y pene) reaviva la envidia y profundiza las ansiedades depresivas, de manera que no pueden llevarse a cabo las actividades reparatorias. Por el contrario, la culpa y la sensación de pérdida resultan intolerables y hacen cada vez más desesperada y persecutoria la situación, por lo que entran en juego las defensas maníacas.

A la sesión inmediata posterior llega muy tranquilo, como si no hubiera pasado nada y trabaja muy sereno en la construcción de la maqueta. Sólo entonces fue posible interpretar su coraje de la sesión anterior y la desproporción entre la intensidad de sus fantasías e impulsos destructivos con el estímulo provocador de los mismos. A raíz de la elaboración de estos contenidos comenzamos

a trabajar con la idea de “que tal parece como si hubiera dos Ivanes”: el destructivo, descontrolado y demandante, y por otro lado, el sereno y constructivo de la sesión siguiente. Él aludió a que cuando está enojado se convierte en perro y de perro en león, y es cuando no puede controlarse. *“Pero no le digas a nadie que yo me convierto, es un secreto entre tú y yo nada más”*.

Por varias sesiones continuó construyendo y elaborando sus fantasías destructivas y autodestructivas a través de los personajes de las maquetas. También comenzó a dibujar, serenamente, otra serie de personajes con escudos y complejas indumentarias que entendimos como nuevas formas de defenderse.

En el colegio reportaron un cambio notable manifiesto en la adecuada modulación de sus expresiones agresivas y la creciente capacidad reflexiva.

El neurólogo reportó que la evolución de Iván era muy buena y le suspendió el medicamento por encontrar que su condición neurológica era prácticamente normal. La madre se angustió mucho y el médico sugirió que tanto el chico como los padres siguieran trabajando sobre su actitud y sus problemas de auto-control.

Un día después de la cita con el especialista, Iván presentó una fuerte crisis de impulsividad y agresión con conductas y amenazas suicidas. La madre comunicó el episodio con mucho coraje pues sintió que *“fue pura manipulación”*; el padre se encontraba aterrado y verbalizó: *“sentí que Iván de veras se puede morir”*.

Insistí en la necesidad de la terapia familiar, pues el episodio confirmaba la hipótesis del chivo expiatorio: esta familia no toleraba que Iván sanara y fuera dado de alta neurológicamente. Asimismo, la interconsulta con el neurólogo confirmó dicha hipótesis al opinar que el chico no necesitaba más medicina y expresó: *“no hay medicina para la actitud, eso ya depende de él y de la terapia”*. Al plantearle la conveniencia de la terapia familiar, comentó: *“por supuesto que está indicada”*, y agregó en tono bromista: *“lo que este niño necesita es cambiar de mamá”*. Unos días después, ante la angustia de la madre y en interconsulta con la directora de la escuela, el médico consideró que en todo caso se solicitara la intervención de un psiquiatra para controlar la conducta de Iván por medio de un ansiolítico, aunque con el riesgo de dejar fuera la causa

subyacente. Finalmente, los padres optaron por el manejo psiquiátrico farmacológico para complementar la psicoterapia.

SESIÓN No. QUINCE.

Llega diez minutos tarde y se queda abajo. Salgo y le digo que lo estoy esperando. Unos minutos después, entra con gesto y mueca de enojado, toma directamente un libro, se sienta a leer y me ignora cuando intento indagar qué le ocurre. Después, yo digo que tal vez no quiere estar hoy conmigo y que me da la impresión de que quiere mantenerse lejos de mí. Continúa leyendo. Después de un rato, agrego que quizá no entraba porque de esa forma controla la situación y ahora lo hace ignorándome. Sigue leyendo. Luego le pido que por favor me escuche. Quita el libro de enfrente y me mira. Le digo que esto de mantenerse a distancia de mí, leyendo e ignorándome, tal vez está relacionado con lo bien que trabajó la sesión pasada y lo contento que estuvo aquí conmigo. Hace gesto de interrogación y le digo que quizá se asustó de todo lo que hablamos acerca de su cita con el Dr. D (el psiquiatra).

I: Ya te dije que no me gustó que le esté dando esos consejos a mis papás de encerrarme en un hospital psiquiátrico.

T: ¡Claro! Y tienes miedo de que yo también le dé esos consejos a tus papás y mejor te escondes detrás de tu libro para no hablar de tus temores.

I: Yo no creo que tú serías capaz de darles esos consejos.

T: Pero sí crees que soy capaz de ayudarte para defenderte de las cosas que pasan y entonces te asustas mucho, como cuando terminamos tu maqueta o cuando el Dr. G (neurólogo) te dio de alta. Cuando mejoras y te sientes diferente ya no sabes qué hacer y mejor te metes en tu mundo en donde sientes que todo está bajo control.

I: Porque mi mundo es real aunque tú digas que yo quisiera que fuera real.

T: Ahí tú pones las reglas, ahí tu impones las condiciones y tú controlas todo. Por eso prefieres estar ahí, porque si estás acá a veces es como tú quieres y a veces no.

I: Bueno, pero hoy déjame acabar de leer este libro que ya estoy terminando.

T: Por supuesto, nada más toma en cuenta que la única forma de no sentirte tan desarmado ante tus papás, ante tus maestros o ante los doctores es trabajando con todos esos miedos que sientes.

I: Mjm...

Y continúa con su lectura hasta el final de la sesión.

E) FINAL DEL CUARTO AÑO E INICIO DEL QUINTO: PREDOMINIO DE LA *POSICIÓN DEPRESIVA* CON FIJACIONES EN LA *POSICIÓN ESQUIZO-PARANOIDE*.

Paulatinamente, el funcionamiento de Iván se volvió más estable. El proceso adquirió un matiz elaborativo trabajando simbólicamente a través del juego de representación, de la elaboración verbal de sus fantasías y de la emergencia del sentido del humor.

Continuó con gran necesidad de construir y adquirió una maqueta del templo perdido con el deseo de construirla con su madre; ella se negó a menos que se estableciera un día y horario fijos para hacerlo. Quiso, entonces, traerla a la terapia y su padre le aconsejó no hacerlo; le dijo que no perdiera el tiempo en eso y que mejor ya se apurara para poder acabar pronto con la terapia. Trajo la maqueta a escondidas y ahora la trabaja lenta y esporádicamente, pues, si bien desea construir como forma de reparar sus objetos internos y externos, transferencialmente ha encontrado otras formas de hacerlo, como contar chistes, hablar de las aventuras de su pandilla escolar, de la cual se ha convertido en líder, o bien, platicarme sus tristezas.

SESIÓN No. DIECISEIS.

Entra diciendo que está muy mal y se acuesta en el sillón. Me pide que armemos la maqueta y, mientras sacamos todo, me platica con desesperación que tuvo un problema con su tía porque él le pegó a su hermana; las muchachas lo acusaron y por culpa de ellas lo dejaron sin ir al museo.

Estaba tan enojado que quiso atacar a su tía con un robot de cuerda y la tía se rió. Mientras platica, quita las cosas que hay sobre una mesita de madera con vidrio central. Desprende el vidrio, lo coloca cuidadosamente a un lado y dice que esto le dio una idea. Se mete debajo de la mesa y, sacando la cabeza por el hueco dice:

I: Soy la mesa...

T: ¡Mjm! Y si eres mesa no puedes pensar en qué fue lo que provocó que no fueras al museo que tenías tantas ganas de ir.

I: Fue por culpa de mi hermana y de mis muchachas que son unas metiches...

T: O fue porque no pudiste controlarte en el pleito con tu hermana. Estabas muy enojado, y luego más enojado porque tus muchachas te acusaron; luego, todavía más, porque te castigaron sin museo... y para rematar, tu tía se ríe del robot y entonces acabas furioso.

I: (Se sale de la mesa y se mete nuevamente). Pero es injusto que no me lleven al museo si saben lo importante que es para mí esa exposición.

T: Y tú tampoco hiciste nada por tratar de remediar la situación y, al contrario, vas haciendo el lío cada vez más grande. (Después agrega): Entiendo que debe ser muy difícil y doloroso para ti sentirte tan enojado, triste y desesperado y entonces ya no puedes ni pensar... Te vuelves mesa...

I: Además ya viene mi cumpleaños y todo va a ser horrible. Mejor me salgo del caparazón (sale de debajo de la mesa). Fíjate, es mi cumpleaños y justo al otro día nos mudamos y no voy a poder armar el castillo de lego que me va a regalar mi mamá, porque ni modo que empiece a armarlo y en la mudanza se deshace todo.

T: Y tal vez tienes miedo de todo lo que va a ocurrir con el cambio de casa.

I: Es que, ¿cómo me voy a llevar mis maquetas? No quiero que se rompan ni se maltraten.

T: Tienes miedo de que las cosas se destruyan con los cambios. Fíjate, tú cambias y mejoras y todo se vuelve un caos, como cuando terminaste tu primera maqueta...

I: (interrumpiendo) Y me dio miedo que se acabara la terapia.

T: Ajá, luego cambias y ya no tienes que tomar medicina y al otro día te desesperas tanto que sientes ganas de morirte.

I: (Regresa a meterse debajo de la mesa). ¿Ya viste cómo soy una mesa?

T: Las mesas no sienten, no se desesperan y no tienen qué pensar cómo resolver lo que sienten.
(Después de una pausa): Las mesas no están vivas.

I: Pero yo sí soy mesa... bueno, es como un caparazón de tortuga.

T: Entonces es como si fueras “mesa y tortuga” (haciendo la seña de las comillas).

I: Sí. SOY MESUGA...

T: Es como si la mesa fuera tu parte que no está viva, que no quiere sentir todo ese coraje y esas ganas de destruir y de matar... y la tortuga fuera tu parte que está viva y que quiere ir al museo y construir el castillo de lego.

I: Me meto al caparazón y es una casa, no un castillo que es el mundo de las MESUGAS... y salen del caparazón y se defienden echándoles balas y proyectiles, y una rueda cortante que es como una guillotina.

T: ¿Y a quién se la echan?

I: A los atacantes. A los que las quieren destruir.

T: ¡Ah! Creo que ya entendí: los atacantes somos tu tía, tus muchachas, a veces tus papás, tus maestras, tus hermanos o yo cuando hacemos cosas que te ponen muy enojado, y las balas, los proyectiles y las guillotinas son cuando no haces caso, cuando te escondes en tu libro obsesivamente, cuando dices que te quieres morir y te trepas al árbol y te quieres aventar...
(Permanece pensativo y después de un rato, pregunta): Oye Iván, ¿tú sabes qué es estar muerto?

I: No, no me lo imagino... no sé...

T: ¿Has visto a alguien muerto?

I: Sí, a un señor en la carretera cuando íbamos al rancho y estaba todo el piso lleno de sangre. Estaba ahí tirado y luego vino la ambulancia y se lo llevaron a enterrar...

T: Y cuando estás muy desesperado, ¿quisieras estar así?

I: Sí...

T: ¿Por?

I: Porque estaría en la vida eterna... VIVIRÍA en la vida eterna...

T: ¡Ah! Entonces no estarías muerto, te imaginas que seguirías vivo en la vida eterna.

Continúa con la maqueta en silencio y termina la sesión diciendo que no vamos a parar de construir hasta que quede lista.

La riqueza de este material refleja, en la transferencia, una modificación de la ansiedad depresiva: la mayor tolerancia de la pérdida, de la culpa y de la responsabilidad por la pérdida empuja a la experiencia de reparación, pues al mismo tiempo se tiene la sensación de que no todo se ha perdido. La posibilidad de enmendar el desastre permanece como una esperanza. Ésta se basa en la percepción de un mundo interno donde sobrevive cierta bondad, por más que lo azoten sentimientos malos.

También el material de esta sesión ilustra las ideas del Klein, M. (1935), con respecto a las fantasías que están en la base del suicidio y que tienen el designio de preservar los objetos buenos internalizados y aquella parte del yo que se ha identificado con objetos buenos, y también el de destruir la otra parte del yo que se ha identificado con objetos malos y con el ello: Iván desea cuidar y salvaguardar sus maquetas y el regalo que le hará su madre, echándole balas y proyectiles a los atacantes. De esta forma, el yo puede quedar unido a sus objetos amados: "VIVIR en la vida eterna" con ellos, pues la ideación suicida sobreviene como necesidad de matar lo malo.

SESIÓN No. DIECISIETE.

Regresa de vacaciones. Se le ve contento. Me mira y me saluda sonriente. Le pregunto cómo le fue y me dice que muy bien, que las vacaciones estuvieron muy padres pero que lo malo es que comió mucho y que está muy gordo; además, ahorita está de malas porque su mamá le prometió que lo dejaría ver una película y luego ya no lo dejó porque se peleó con su hermana y le pegó. Agrega que esa tonta de su mamá siempre le promete y luego no le cumple. Yo le hablo de lo difícil que le resulta asumir las consecuencias de su conducta. Sonríe y me pide que hagamos la maqueta. Le señalo que en realidad se siente contento pero que tal parece que prefiere parecer enojado. Se ríe y dice:

I: ¿Sí es cierto, verdad? Ni me dio tanto coraje...

Se muestra muy estructurado y comunicativo. Mientras hacemos la maqueta de una pirámide de la ciudad perdida, dice que le gusta mucho porque está muy bien hecha y muy detallada. Compara con las otras maquetas y retomando, hablamos de lo asustado que se sintió al terminarlas porque creyó que, si ya estaba bien, terminaría la terapia. Además, cuando terminó la primera, se le juntó con aquel terrible pleito con su madre en San Miguel. Relata, entonces, que él sólo estaba mirando a unos tipos raros que estaban ahí tirados, y su mamá se puso histérica y empezó a jalonearlo y a gritarle que eran unos borrachos o drogadictos y que le podían hacer algo. A él le dio mucho coraje que lo jaloneara y por eso empezó el pleito. Luego verbaliza refiriéndose a la maqueta:

I: ¿Ya te fijaste? Estas víboras parecen muy venenosas, parecen más venenosas que el sapo dorado que es el más venenoso del mundo. Porque yo vi en los récord-guines que hay un sapo dorado que es tan venenoso que nadie se lo puede comer, porque cualquier animal que se lo coma, se envenena y se muere porque su veneno es muy poderoso.

T: Y a lo mejor eso de que comiste mucho y estás gordo te hace sentir que lo que hay adentro de ti también es venenoso. Tal vez sientes que tu coraje te envenena, como esa vez en San Miguel, y te asustas tanto que necesitas echarlo para afuera a como dé lugar.

Sale al baño y cuando regresa eructa forzosamente muchas veces.

Yo le señalo que está muy contento, pero al mismo tiempo hay cosas que lo enojan y lo hacen sentir mal y le cuesta trabajo vivirlas como cosas suyas, que están dentro de él, e interrumpiendo, completa:

I: Y no me las trago...

T: Pues no, porque tal vez sientes como si te envenenaras.

I: ¿Sabes una cosa? Ahora ya siempre voy a estar contento.

Y finaliza construyendo.

El material de esta sesión refleja que el analizar los objetos internos y las relaciones entre ellos y con el yo, modifica el superyó: se atempera su severidad y se da una mayor integración de sus partes contradictorias, en la medida en que tolera más la ambivalencia. Aquella fantasía de que estar bien implica terminar la terapia ya no lo persigue porque es más importante sentir que está bien; es decir, que es más importante estar contento aunque eso signifique terminar la terapia.

Sólo cuando los mecanismos psicóticos (escisión, idealización y control omnipotente) van cediendo lugar a los neuróticos (inhibición, represión y desplazamiento) es posible la elaboración simbólica en la transferencia. Para proteger al objeto, el bebé inhibe los derivados pulsionales y en parte los desplaza sobre sustitutos. Sólo así, Iván empieza a elaborar sus fantasías orales de envenenamiento que en otro momento lo invadían, y que en este momento reflejan la persistencia de la ansiedad paranoide.

Siguiendo a Klein, M. (1928), el superyó se estructura en el contexto de las pulsiones orales y anales, y desemboca en varias figuras internalizadas que se basan tanto en la madre como en el padre. El superyó se construye con identificaciones de naturaleza sorprendentemente extrema. Estas imágenes (figuras internalizadas que se basan en los padres) representan para el niño actividades orales o anales dirigidas hacia él mismo. Al parecer, la curiosidad de Iván hacia los borrachos y drogadictos queda unida a la fantasía de envenenamiento; la madre se violenta sintiendo que pueden hacerle daño. Quizá, sintiéndose envenenado, reacciona con violencia también. La rabia se expresa ante la desconfianza de la madre como objeto real y como objeto

internalizado: él se siente vulnerable ante su propia pulsión de muerte y además la madre no confía en que él puede protegerse. Así, se vive fuerte para destruir y débil para cuidarse y protegerse.

SESIÓN No. DIECIOCHO.

Llega diciendo que está muy triste y muy mal.

T: ¿Por?

I: ¿Tú cómo te sentirías si tu mamá te dice que eres el peor castigo que dios le ha mandado... pues triste no?

T: ¿Y por qué te dijo eso tu mamá?

I: Porque nos peleamos. Quiero dibujar.

Dibuja una mansión como la que tendrá cuando sea grande. Corrige y dice que es una fortaleza y describe todas las protecciones que tendrá.

T: ¿Y para qué tantas protecciones?

I: Para protegerme de todos los peligros. De mis enemigos. De los ladrones... O, por ejemplo, si alguien que trabaja para mí me quiere matar... O de todas las bombas que te echan los enemigos cuando estás en guerra...

T: Y tal vez cuando peleas con tu mamá sientes como que están en guerra y ella es un enemigo del que tienes que protegerte. Pero también a veces sientes que los enemigos están adentro de ti, porque a veces te imaginas que lo que sientes y lo que piensas son cosas peligrosas que te atacan y tratas de echarlas afuera de ti para protegerte.

I: Como mis ideas de que me quiero matar... El otro día hace poco, tiré un bote de pintura, bueno, lo aventé en mi cuarto y manché todo... y creí que mis papás me iban a decir "ay, qué hijo tan malo".

T: ¿Y qué te dijeron?

I: Bueno sí me regañaron y me pusieron a limpiar.

T: Pero eso del hijo malo fue como tú te sentiste.

I: Es que me da miedo que me regañen porque siento que los voy a decepcionar...

T: Y te sientes tan malo y sientes que los decepcionas tanto que te desesperas y crees que ya con nada lo puedes remediar, y es cuando te vienen las ideas de que te quieres matar.

En el techo de la casa dibuja un helicóptero y dice que es una nave muy poderosa que puede destruir a los que se acerquen y quieran hacerle daño. Agrega que él es muy poderoso y que podría destruir todo el universo; y corrige:

I: Bueno, mejor quitaría unas cosas que no quiero destruir... O si no, aunque hubiera unas personas que ya estuvieran en estado de coma, yo podría revivirlas.

T: Y de pronto hasta crees que de veras eres tan poderoso como para destruir y protegerte. Hasta te imaginas como que tú pudieras controlar todo, te gusta sentirte tan omnipotente porque en el fondo te sientes muy débil, como lo que hablamos el otro día de que quieres demostrar que eres muy fuerte y poderoso, y quisieras que fuera al contrario de lo que sientes.

I: Es que yo me siento muy débil...

T: ¿Por?

I: No sé...

T: A lo mejor cuando está triste te sientes débil, porque te duele mucho lo que te dice tu mamá cuando está enojada.

I: Y lo más triste es que después del pleito, mi papá le dio la razón a ella.

T: Y entonces te sientes desarmado y quieres refugiarte en una fortaleza en donde te imaginas que nada te afecta y que tú puedes controlar todo.

I: La maqueta, por favor.

Mientras vamos armando y recortando, platica de las películas que ha visto. Se muestra más animado y dice que la estatua que está en el interior de la pirámide de la maqueta es de oro, es muy valiosa porque tiene un enorme rubí y por eso tiene que estar muy protegida en el corazón de la pirámide para que nadie pueda alcanzarla. Después agrega:

I: Te tengo una buena noticia: desde mañana ya tengo internet. Ya se llevaron la otra computadora porque se ponía muy necia...

T: Lo dices como si la computadora fuera una persona .

I: Es que las computadoras son casi como personas porque piensan. Y te aseguro que un día van a inventar una que te la conectes a la cabeza y te lea el pensamiento.

T: ¡Como magia!

I: Imagínate que se la pones a un malo y te dice que quiere matar a tu papá, y entonces yo voy y les digo cuando él viene o les digo cómo es ése que quiere matarlo para que no dejen que se le acerque...

T. Y así tu salvarías a tu papá y lo proteges de lo que sientes, porque a lo mejor a veces a ti te dan ganas de matarlo, como cuando le dio la razón a tu mamá y seguramente te dio mucho coraje...

I: ¡Ay, Norma! (sonriendo y burlándose): ¡Qué cosas se te ocurren! ¡Cómo crees que a mí, el lindo Iván, se me va a antojar matar a mi papá!

Y continúa construyendo y asociando con las películas que ha visto, haciendo la diferencia entre los buenos y los malos, hasta que termina la sesión.

Este material ilustra plenamente el concepto de *posición*, en tanto existe un franco predominio de la *posición depresiva* en donde Iván reconoce su tristeza, su desvalidez y su temor a la pérdida del cariño de sus padres vividos como objetos totales, y a la vez experimenta ansiedades propias de la *posición esquizo-paranoide* ante las que erige defensas paranoides y maníacas. Al mismo

tiempo, manifiesta necesidades reparatorias, con fantasías de reparación maniaca. Refleja una clara relación de objeto total pues se da cuenta de que, al destruir una parte, se destruye el todo.

Es evidente la configuración triangular edípica, en donde él queda excluido de la alianza entre los padres: desea y teme la muerte del padre y es capaz de jugar con esa fantasía.

La riqueza del material de esta sesión también ilustra que la persistencia de las conductas y amenazas suicidas tienen que ver con el conflicto de ambivalencia. Su temor de decepcionar a los padres no tiene salida: si se muere, los decepciona, pero si no se muere, también.

En las sesiones subsiguientes comenzó a hablar de experiencias pasadas, como cuando iba con el Dr. X (terapeuta anterior), de lo que hacía cuando nos conocimos, y con tristeza habló de los viajes que hizo cuando era chiquito y no los disfrutaba porque de todo se enojaba. Hablamos acerca de que crecer tiene que ver con la capacidad de manejar su enojo de otra manera. También comenzó a hacer distinciones entre fantasía y realidad, trabajando la diferencia entre imaginarse y sentir las cosas como reales. Empezó a verbalizar sus fantasías hablando de lo que le gustaría, de lo que quisiera y de “como si” fuera de verdad, reflejando una creciente posibilidad de sublimación y simbolización.

Por varias sesiones emprendió un juego de representación en donde los personajes podían ir cambiando de roles y él y yo podíamos representar diversos personajes, a través de los cuales elaboraba claros contenidos edípicos.

Insistió en que yo fuera la mamá que protegía a sus hijos de un robot gigante (él), que era como un doctor que los deformaba como método de curación de enfermedades extrañas como hepatitis cerebral, que era una enfermedad que había contraído la mamá por no tenerles paciencia a sus hijos. Por momentos, el doctor-robot gigante parecía ser el malo, pero en realidad era el papá-esposo de la mamá, que se había transformado y venía a vengarse porque la mamá lo había matado y lo había echado por la chimenea. El papá había caído al infierno y ahí se había hecho poderoso pero deforme. El castigo de la mamá era ver sufrir al papá y a los hijos, pues al verlos sufrir ella sufría. Entonces, la mamá se hincaba y pedía perdón por haber hecho sufrir a su esposo y a sus hijos.

A través de este material fue posible interpretar la dualidad de sus objetos internos y externos, buenos y malos a la vez, con deseos de venganza y arrepentimiento por temor al castigo; es decir, fue posible trabajar la ambivalencia.

Estos contenidos daban muestra del acceso al proceso simbólico de manera inequívoca, lo cual permitió a Iván emprender un proceso de identificación con su padre. A las sesiones trajo un par de cochecitos que su padre le regaló de su colección de cuando era pequeño. Uno de ellos era un coche deportivo de James Bond, quien se convirtió en personaje central de elaboración de sus fantasías. Dibujaba cuidadosamente toda una serie de armas y artefactos utilizados por el personaje.

Los padres reportaron una mejoría franca: lo veían contento, tranquilo, muy cariñoso y con creciente capacidad para hacer lo que se le pedía, incluyendo lo que no era de su agrado. Se preguntaron hasta cuándo duraría la terapia, expresando que Iván no quería dejar de venir. Respetaron la indicación de que finalizar el tratamiento tenía que ver con un proceso interno que todavía tomaría tiempo. Comentaron que últimamente había expresado muchos miedos, sobre todo para dormir sólo en su cuarto.

En las sesiones estos temores coincidieron con la emergencia de contenidos genitales, fantasías eróticas y sexuales, y con su primera experiencia de enamoramiento.

SESIÓN No. DIECINUEVE.

Entra directamente a descolgar todos los personajes del tiro al blanco y me pregunta que dónde podemos guardarlos. Los meto dentro de su expediente y me pide que por favor se los cuide muy bien. Indago sobre su necesidad de quitarlos y dice que se ven muy feos ahí colgados y que mejor yo los guarde.

Me pide continuar con el dibujo de las armas que venía realizando sesiones atrás, en el cual había dibujado minuciosamente una serie de artefactos letales como pistolas de distintos tamaños, calibres y potencias; sopletes sofisticados; bombas atómicas, laser y eléctricas; cohetes

disparadores de balas normales, balas nucleares, granadas explosivas y granadas de gas para dormir o para matar; metralletas, rifles y cuchillo con sierra eléctrica; pelota de lava explosiva.

Comienza a dibujar y yo insisto en que me parece importante que precisamente hoy haya querido descolgar y guardar a todos esos personajes que durante tanto tiempo le sirvieron ahí colgados y a la vista.

I: Pues yo no creo que sea nada importante. Tú siempre quieres descubrir algo en las cosas que yo hago...

Dibuja en silencio. Después de un rato, le pregunto qué está dibujando.

I: Éste es un robot. (Luego agrega): Es un robot explorador.

Mientras dibuja, le hablo de lo que me dijeron sus papás con respecto de sus miedos en las noches.

I: Es que mi mamá ya está harta de que a veces en las noches me paso a su cama.

T: ¿Y eso?

I: Bueno, me paso sólo cuando tengo miedo.

T: ¿Y qué te da miedo?

I: Me da miedo que se meta un ladrón a robar... o que se metan con pistola y nos maten a todos...

T: Sí, y ya hemos hablado de que tal vez por eso te gustaría tener todas estas armas para defenderte de los ladrones o de quienes quieran hacerles daño.

I: Y con un robot como éste lo mandarías a explorar a ver si hay enemigos. (Después hace otro dibujo y agrega): Y el robot estaría controlado por un reloj como éste que yo lo tendría conmigo en mi cama.

T: ¡Ah! Creo que ya voy entendiendo. Con el reloj controlas todos los miedos que están afuera de ti.. ¿Y cómo controlarías los miedos que están adentro de ti?

I: ¿Cuáles? ¿Los que me dan ganas de matar a alguien?

T: Mjm... por ejemplo.

I: Bueno, pues eso sí está más difícil...

T: Sí, me imagino. Porque tiene que ver con todas esas cosas que sientes en tu cuerpo cuando ya estás acostado en tu cama y te asustas tanto pensando en M (niña que le gusta).

I: (Interrumpiendo): Ya te dije que eso es un secreto y ni se te vaya a ocurrir decirselo a nadie.

T: Por supuesto que no, ya quedamos que esas cosas quedan aquí entre tú y yo, así como los personajes que descolgaste y quieres que yo los guarde. (Después agregó): Fíjate que estoy pensando que tal vez, durante todo este tiempo no aceptabas que eran cosas que tú sentías y por eso necesitabas ponerlas ahí afuera en los dibujos, y ahora que ya me tienes más confianza y ya te diste cuenta que aquí se vale hablar de todo tu coraje y de las cosas que te imaginas y que te dan ganas de hacer cuando estás enojado, ahora quieres que yo guarde todas esas partes tuyas... y yo puedo guardarlas todas juntas. Aunque a lo mejor luego te da miedo de imaginarte qué puedo hacer yo con todo eso que conozco de ti.

Después de un rato, agrega:

I: ¿Sabes por qué no me gusta dormir solo en mi cuarto?

T: ¿Por qué?

I: Porque el otro día tuve una pesadilla... Yo estaba con mis papás y de pronto se convertían en unos monstruos verdes como cocodrilos y yo me asusté mucho, y me desperté y me fui con ellos a su cama.

T: Tal vez te da miedo que si se dan cuenta de las cosas que sientes y que te imaginas cuando te vas a dormir, se enojen mucho contigo y te puedan hacer daño. Y mejor te vas a su cama para asegurarte de que no están enojados y que te quieren mucho y te apapachan...

I: Es que a veces ya me voy a dormir y me hago el propósito de ser valiente y dormirme solo. Pero entonces me pongo a pensar en un asesino como el de "Scream" o como Freddy Krueger.

T: Y te aterra porque sientes que ante esos miedos ni el robot explorador te salva.

Sale diciendo que la próxima sesión inventará una arma muchísimo más poderosa.

Las sesiones siguientes continuó dibujando armas, fortalezas, castillos y personajes poderosos con los cuales se identificaba y con la diferencia de que no eran malos -ni buenos-; simplemente, tenían fuerza y poder para defenderse. En una sesión elaboró una máquina del tiempo y a través de esa fantasía empezó a imaginarse qué quisiera ser de grande: director de cine.

Comenzó también a contar “chistes pelados”, a hacer juegos de palabras en doble sentido y albures. Con ello verbalizó una serie de fantasías eróticas en las que, divertido y bromista, me colocaba en roles de sumisión hacia él; expresaba fantasías de escenas eróticas que yo tendría con mis otros pacientes. En una ocasión vio salir a una mujer adulta y me preguntó, divertido si ya me volví lesbiana. También mencionó que seguro mi esposo se va a conseguir una terapeuta más guapa y dijo: *“Ay Norma, tú siempre me estás haciendo hablar de estas cosas, parece una clase de animación sexual”, “o de aceptación sexual”, corrigí.*

Teatralizaba los guiones de las películas que haría cuando fuera grande, pasando por combinaciones de James Bond, Al Capone, Sherlock Holmes y personajes de Star Wars. Comenzó también a burlarse de los rasgos de carácter de sus padres: de la rigidez de su padre y su dificultad para ser afectuoso, y del perfeccionismo y la cólera de su madre. Inventó una gran película en la que se daba una lucha de poder entre él y su madre, y cuando ella lo regañaba y amenazaba, él le hacía un hechizo con una pócima y al final le decía: *“neta: no me controlaste”,* a lo que yo aludí que para demostrárselo se escapa al bosque o pretende echarse por la ventana. Recordó, entonces, la segunda vez que intentó hacerlo, en donde su madre, desesperada, lo jaló de la ropa. Agregó: *“pero yo sabía que no iba a pasar nada, tenía todo bajo control (imitando a James Bond), ahí estaba el jardinero y yo vi la escalera por donde me podía bajar y saltar a la carretilla con hojas...”* Ante mi pregunta de si no sintió miedo, respondió: *“no, estaba muy enojado y cuando estoy tan enojado no siento nada, no me da miedo”,* a lo que agregué: *“Y eso es lo peligroso, que no sientes nada ni piensas tampoco, y no mides lo que puede ocurrir... y cuando estás así de furioso y desesperado parece que no te importa lastimarte”.*

I: ¿Te digo la verdad? Pero no se lo digas a nadie. Yo sé que ella me quiere mucho y si me hago daño así ella sufre.

T: ¿Sólo como venganza?

I: (Pensativo) No sé...

T: A lo mejor haciéndote daño sientes que la dañas a ella, porque en ese momento es como si la tuvieras adentro de ti.

I: Mjm...

T: Como si tú fueras ella y, lastimándote, la lastimaras a ella.

I: Sí, ¿verdad? (muy pensativo).

Este material evidencia de manera contundente la configuración intrapsíquica del melancólico descrita por Freud (1917 [1915]). También se observan los derivados voyeuristas en la fantasía de ser director de cine, cuyo trabajo condujo a la elaboración de contenidos eróticos genitales que emergieron tras la elaboración del sadismo.

SESIÓN No. VEINTE.

La sesión inmediata anterior dijo que había algo importante, y haciéndose el payaso expresó que ahora sí estaba enamorado. Se trataba de una chica protagonista de un programa de televisión a la que “conoció” a través del internet; y elaboró toda una fantasía de cómo ponerse en contacto con ella.

En esta sesión llega diciendo que ya sabe cómo comunicarse con ella, se recuesta en el sofá y me pide que adivine. Finalmente, dice que lo hará por telepatía y habla de toda una fantasía mágica por los libros de telepatía que ha leído. Le hablo de su necesidad de controlar la situación pues si lo intenta por e-mail corre el riesgo de que ella no le conteste; en cambio así, si no contesta, podrá

pensar que la telepatía falló. Habla divertido de su deseo de apantallarla y que finalmente ella lo admire y lo venera; lo dice haciéndose el chistoso, con lo cual ha comenzado a diferenciar entre sus deseos y la realidad y cómo cuando antes confundía sus fantasías con la realidad.

Habla de cómo él y un amigo se dedican a imaginar todas las noches que conquistan a la chica y al otro día en la escuela comparten sus fantasías. Habla de cómo le gustaría que en el futuro inventaran una máquina de teletransportación para traerla hasta él y decirle: “*gózame, nena*” como si fuera James Bond, y se ríe divertido.

Yo le hablo de las delicias de fantasear y le digo que seguro a veces hasta sueña con ella.

I: Sí, una vez soñé, pero no me acuerdo bien. Estábamos presentes. Era como un camp o algo así y nos hacíamos novios... bueno, no sé bien cómo era. No sé si nos hacíamos novios o algo así. Pero como que no me acuerdo bien.

T: O tal vez no quieres acordarte bien, porque a lo mejor sientes que es algo malo.

I: Pues no sé, pero es que ya ves cómo son los sueños...

T: ¿Cómo?

I: No sé. Los sueños son como oscuros, como en blanco y negro.

T: ¿Y la realidad?

I: Pues así, como esto...

T: Oye, y entonces ¿cuál es la diferencia entre el sueño y la fantasía?

I: Es que en el sueño tú haces lo que quieres, pero no puedes hacer que los demás hagan lo que tú quieres... y en la fantasía TODO es como tú quieres.

T: ¿Y es oscura?

I: Un poco y un poco a colores.

T: ¡Ah! Entonces la fantasía es como un intermedio entre el sueño y la realidad. Y por eso es tan deseable vivir en la fantasía y en tu mundo...

I: Pero en el sueño tú haces lo que quieres como matar al presidente y cuando te van a meter a la cárcel, ¡te despiertas!

T: ¿Oye, y tú qué sueñas?

Relata una larga serie de sueños y finalmente insiste en uno: *Era el mar, como de queso de los doritos nachos... y había un barco y estaba mi papá y yo me acercaba porque era muy bajito y podía caminar... y yo le preguntaba a mi papá por mi mamá y me decía "no sé". Y luego estábamos en la cama de mis papás y todos se volvían pescados. Mis papás y todos lo que conozco se volvían pescados, todos menos yo...*

T: ¿Y sentiste miedo?

I: No. padre. Bueno, padre menos lo de mi mamá... ¡Imagínate que no la encontrábamos! Luego también otras veces he soñado como una torre. Una torre muy grande... y con un árbol que yo estaba hasta arriba y desde ahí me aventaba y podía volar...

T: ¿Qué, como cuando intentaste matarte?

I: Pero no me caigo ni me muero. Más bien empiezo a volar. Y otra vez soñé también que me aventaba de la torre y también podía volar...

T: Y a lo mejor así te salvas de no morirte.

I: Y luego también me acuerdo de otro sueño que era una pastelería y yo no podía llegar, y tenía que saltar y pasar después por un abismo que era muy grande y luego, cuando por fin llegaba, iba a morder una galleta y me desperté...

T: ¿Y por qué crees que hayas soñado con la pastelería?

I: Es que era como una vez que fui a una fiesta y había de esas galletas...

T: ¿Y qué pasó en esa fiesta?

I: Que mi papá se enojó mucho conmigo porque quise hacer una broma y los niños se asustaron.

T: Y a lo mejor lo de la pastelería tiene que ver con la empresa de tu papá.

I: ¡Ay! sí, ¿no? Y que cuando por fin llego y quiero darle un beso, él empieza a hacer sus listas como sus pendientes de la oficina...

T: Y se mete en su mundo... ¡Como alguien que yo conozco!

Y se burla divertido, imaginando cómo le dirá a su papá que, cuando está con él, no crea que está en su empresa trabajando.

El material de estas sesiones sintetiza los logros alcanzados en el proceso psicoterapéutico. La capacidad de utilizar el espacio analítico para elaborar sentimientos y fantasías en un contexto francamente simbólico refleja una estructura en donde el yo es capaz de utilizar mecanismos de defensa de alto nivel: inhibición, represión, sublimación.

Esto ocurre porque, siguiendo a Klein, M. (1932), “El análisis ayuda mucho a fortificar al yo, hasta ahora débil, del niño y ayuda a su desarrollo, aliviando el peso excesivo de su superyó, que presiona sobre él más severamente que sobre el yo del adulto” (pag. 32). La autora nos dice que para lograrlo hemos de tomar el camino más corto posible: a través del yo nos dirigimos en primera instancia al inconsciente del niño, y de ahí gradualmente nos ponemos también en contacto con su yo; tal y como lo hemos hecho en este trabajo psicoterapéutico con Iván, dirigiendo primeramente las interpretaciones a los contenidos inconscientes. Sólo así ha sido posible analizar los derivados de la pulsión de muerte, manifiestos en la intensa ansiedad persecutoria y en los deseos y conductas destructivas y autodestructivas.

CAPÍTULO VII

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Es tan vasto e inquietante el material clínico del que disponemos, que una exhaustiva discusión del mismo rebasa los límites del presente trabajo. Podríamos emprender diversas lecturas acerca de la historia de nuestro paciente, acerca de su sintomatología y de su padecimiento, de sus capacidades, de su compleja dinámica familiar, y, sobre todo, de su proceso psicoterapéutico. Sea cual fuere nuestra elección, cualquier lectura remite a su sufrimiento.

En este trabajo hemos optado por el abordaje psicoanalítico como marco teórico y como estrategia de tratamiento. La práctica clínica nos ha permitido comprobar que, específicamente, la teoría psicoanalítica de Melanie Klein reporta invaluables beneficios a la comprensión de las patologías severas de los niños, en especial de las psicosis infantiles como la del caso que nos ocupa. Intentaremos una conceptualización teórica de las conductas suicidas infantiles tal y como se presentan en este niño de siete años, siguiendo las aportaciones de Klein; es decir, describiremos cómo se observan los conceptos de la teoría kleiniana en el material clínico del que disponemos.

En este intento enfrentamos que la comprensión psicodinámica de las conductas suicidas, sólo es posible cuando tomamos como fundamento las aportaciones de Freud -de las cuales partió Melanie Klein-, aportaciones que resultan por demás inestimables por su riqueza clínica. Los conceptos de *superyó* y *sentimiento de culpa* son medulares para el estudio de la problemática suicida.

Con base en lo anterior, en este capítulo se estudian las conductas suicidas de nuestro paciente relacionando los datos disponibles con los conceptos más relevantes del marco teórico.

Por otro lado, nuestro interés por el estudio de las conductas suicidas infantiles nos condujo a la investigación de los estudios que se han realizado sobre el tema.

La revisión bibliográfica reveló que el estudio de las conductas suicidas infantiles en nuestro país se ha limitado a las investigaciones epidemiológicas y, en su mayoría, se avocan a poblaciones y muestras adolescentes y muy poco a los niños. En otros países, las investigaciones que siguen esta metodología son abundantes y, por el contrario, son contados los abordajes teórico-clínicos; más aún los psicoanalíticos. Sin embargo, algunos autores nos motivaron a reflexionar sobre los puntos de coincidencia de sus resultados con aquellos observados en el caso que presentamos en este trabajo.

Es por ello que, a continuación, se discuten los resultados que obtuvimos en relación a los estudios antecedentes, para finalmente discutir nuestros hallazgos de acuerdo con las consideraciones de Freud y de Klein sobre la problemática suicida y la psicopatología concomitante.

A) DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS DE ACUERDO CON LOS ESTUDIOS ANTECEDENTES.

Llama especialmente nuestra atención la importancia que diversos autores (Jacobsen, et.al. 1994; Clark, 1993; Walker, et.al. 1990; Kashani, et.al. 1989) otorgan al fenómeno del grado en que los padres de niños con problemática suicida se percatan de las ideas y conductas suicidas de sus hijos. Estos autores coinciden en concluir que, en términos generales, los padres no se percatan o

no reportan los problemas suicidas de sus hijos. Lebovici, et.al. (1972) también coinciden en que el significado del suicidio infantil es a menudo difícil de percibir porque los familiares lo admiten con dificultad y prefieren hablar de accidente.

En el caso que presentamos, quedó de manifiesto que los padres de Iván no consultaron por ese motivo. De hecho, la madre ni siquiera mencionó las conductas suicidas de su hijo en la primera entrevista. El padre manifestó sus preocupaciones al respecto, mencionando los problemas de baja autoestima de Iván y sus “actitudes catastróficas”, refiriéndose a las ideas y amenazas suicidas de su hijo. Sólo después de ser firmemente interrogados, reportaron que había presentado dos intentos de suicidio.

Nuestra interpretación al respecto coincide con las ideas de Jacobsen, et.al. (1994), quienes cuestionan la postura de asumir como falta de conciencia de los padres el no reportar la problemática suicida de los niños; pues al hacerlo, se ignoran las complejas y poderosas fuerzas tanto sociales como psicológicas con que tropiezan los padres de niños suicidas. Los autores piensan que el estigma social y los sentimientos de culpa contribuyen a la conducta de negar y/o distorsionar la información; por lo que lejos de considerar que son datos poco válidos o confiables, la aportación de los padres es una fuente de información no disponible de otro modo.

Consideramos que en el caso de Iván, el hecho de que las conductas suicidas no motiven la consulta del especialista, la omisión de su reporte y la necesidad de minimizarlas, son mecanismos de negación y control que los padres erigen en un intento por manejar la angustia que esta problemática provoca. Como hemos visto en la Clave Psicodinámica de la Historia Clínica, las ideas, amenazas e intentos suicidas de Iván se contextualizan en un cuadro psicopatológico complejo como lo es el *Predominio Psicótico de la Personalidad* (Bion, 1957), y los contenidos suicidas se presentan como parte de una problemática que involucra la configuración inconsciente de los padres. En este sentido, nos parece relevante la concepción de Toolan (1962), aparentemente obsoleta, en cuanto nos advierte sobre la negación de los problemas depresivos en los niños. Negación que seguramente opera en los padres de Iván, pues no sólo niegan las ideas, amenazas y conductas suicidas, sino que al parecer no se percatan de la profunda tristeza, frustración y desesperanza de este chico, al sentir que no cumple con las expectativas que sobre él tienen.

Desde la psiquiatría, Ajuriaguerra (1976) considera el suicidio infantil como una manifestación de la psicopatología de las pulsiones agresivas, y desde ese punto de vista plantea que la vida no sólo es amor y satisfacción sino también agresión, hostilidad e inseguridad; y la muerte no sólo es desaparición como persona física sino que puede ser una manera de resolver conflictos. Los avances en el proceso psicoterapéutico de Iván nos muestran claramente cómo al chico le sobrevienen las ideas y deseos suicidas en momentos de desesperación y él se las plantea como un intento por salir de esos momentos.

El autor menciona que no se suicida quien no tiene la idea de matar a otra persona; idea que provoca el autocastigo, aunado a la idea de castigar a los padres dado que los niños son conscientes de que el suicidio es el castigo más cruel para ellos. Cuando Iván fue capaz de verbalizar y analizar sus amenazas y actos suicidas, fue muy claro su deseo de venganza en contra de su madre y de sus maestras. Ajuriaguerra (1976) nos habla de un diálogo mediante el acto suicida como llamada, protesta, venganza y oposición. Para el sujeto adquiere un valor por la reacción que espera o imagina poder provocar en los demás. Se castiga y castiga al mismo tiempo a los demás: al figurarse la desolación y la tristeza de la persona a quien se dirige con su acción, le hace compartir su castigo y sus angustias. Mediante el suicidio el otro es copartícipe de un diálogo que no pudo expresarse de otro modo. El diálogo que Iván no podía establecer con su madre.

Por otro lado, el autor propone una distinta clase de suicidio en donde la personalidad en forma autodestructora se presenta como ruptura del diálogo y la agresividad es tan fuerte que se queda dentro del sujeto y no dispone de suficientes mecanismos de reparación como para ver en los otros amor y confianza; el más violento odio queda dentro del sujeto, que se siente abandonado y está lleno de resentimiento consigo mismo más que hacia los otros. Su rebeldía es tan grande que sólo puede manifestarse como fuerza autodestructora. Es evidente que al inicio del tratamiento Iván se encontraba invadido por derivados de la pulsión de muerte: la agresividad intensa, la violencia desmedida y el sadismo matizaban prácticamente todo su comportamiento y las conductas destructivas y autodestructivas eran parte de su diario proceder.

Los conceptos del autor en este sentido, se perfilan como una clasificación que en el caso de Iván resulta incompatible y depende del momento en que realicemos el corte psicodinámico, pues de lo contrario su problemática es explicable desde ambos grupos de ideas o tentativas de suicidio.

Esto nos autoriza para recurrir, entonces, a la conceptualización kleiniana de las *posiciones esquizo-paranoide y depresiva* que será ampliamente discutida más adelante.

Un aspecto de la problemática suicida que ha preocupado especialmente nuestra práctica clínica, es la generalizada tendencia a minimizar los riesgos y su significado. Lebovici, et.al. (1972) nos alertan sobre los peligros de considerar las conductas suicidas como chantajes del sujeto. Llamó nuestra atención que Freud (1920) en ningún momento acude al elemento histriónico de manipulación como explicativo del suicidio, a pesar de que la paciente que estudia obtuvo una condición más favorable a sus deseos homosexuales, que antes del intento de suicidio. Coincidimos con estos autores, pues la popular idea de considerar las amenazas y conductas suicidas como manipulaciones del sujeto es totalmente superficial y sólo denota los mecanismos de negación que despierta esta problemática y que hemos observado, incluso, entre los profesionales de la salud y de la educación.

La propuesta de Orbach (1988) sobre el *problema irresoluble* que se presenta en la dinámica familiar del niño suicida, resulta altamente enriquecedora para la comprensión del caso que nos ocupa.

Parafraseando al autor podemos decir que Iván se encuentra atrapado en un “problema familiar complejo y enmascarado”: el padre teme que su hijo sienta las inseguridades de la madre (inseguridades que el padre atribuye al hecho de ser hija de padres divorciados). La madre -por su parte- teme ser rechazada y criticada por el padre y su familia, por no ser una buena madre que cría y educa correctamente a su hijo, y teme que a él mismo lo rechacen por identificarlo con el tío L.

Pero todo esto “se manifiesta como un problema exclusivo del niño” de manera que “él se encuentra presionado a resolver un problema que es irresoluble por su propia naturaleza o que escapa a sus posibilidades”, pues al mismo tiempo, “el padre inconscientemente desea” que Iván siga siendo el problemático pues así, él continúa siendo el sujeto ordenado y controlado que fue desde su infancia y sigue siendo el orgullo de su propio padre, a diferencia de su hermano L y ahora a diferencia de su primogénito. El padre percibe al hermano menor de Iván con la tenacidad y el orden con los que él se identifica. Internamente para el padre “los malos” son los primogénitos (L e Iván), los buenos son los pequeños (él y su hijo menor).

La madre teme que al cambiar, el chico pierda su parte sensible y creativa con la que ella se identifica y que también reconoce en su cuñado L. Es por ello que “los intentos del niño por resolver el problema son bloqueados”, tal y como se reflejó en los dos momentos de franca mejoría de Iván con la súbita emergencia de las conductas suicidas, pues -siguiendo al autor- “la persistencia del *problema irresoluble* por un lado, y la presión para resolverlo por el otro, eventualmente conduce a las deseos suicidas”.

La conceptualización de Orbach (1988) confirma la importancia de nuestra indicación de terapia familiar como parte de la estrategia de tratamiento; la imposibilidad de llevarla a cabo refleja la complejidad del *problema irresoluble*.

Por otro lado, la revisión bibliográfica sobre el tema del suicidio infantil también reveló que la literatura psicoanalítica al respecto es muy limitada. Llamó especialmente nuestra atención que los reportes de casos de niños suicidas de los que disponemos, están sustentados desde la teoría y técnica de Melanie Klein.

Aunque el caso reportado por Samy (1998) presenta semejanzas con el que en este trabajo nos ocupa: una traumática y patológica relación madre-hijo, por ejemplo; el autor lo enfoca y analiza desde el paso de una configuración primordialmente diádica a la más compleja relación de objeto triangular. La evolución radica, desde su punto de vista, en la posibilidad de identificarse con el padre y de establecer una distancia emocional más sana con la madre.

En nuestro paciente ocurrieron ambas cosas, pero a diferencia del autor, el eje de nuestro enfoque terapéutico -tal y como será descrito más adelante- se centra mayormente en el análisis de las *posiciones esquizo-paranoide y depresiva*; es decir, en el análisis de los derivados de la pulsión de muerte (ansiedad persecutoria, agresión, conductas destructivas y autodestructivas); de los objetos parciales internalizados; de la ansiedad depresiva ante la relación de objeto total; por ende, de un superyó plagado de objetos parciales malos y persecutorios. Trabajo elaborativo que dio paso al predominio de la *posición depresiva* con una mayor posibilidad yoica para la creatividad, el sentido del humor y el proceso simbólico más evolucionado. Este aspecto de la simbolización como proceso reparatorio, coincide con la descripción de Samy (1998).

B) DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS DE ACUERDO CON EL MARCO TEÓRICO

Siguiendo las aportaciones de Freud, la comprensión de las conductas suicidas obliga un complejo estudio de distintas manifestaciones clínicas, condiciones intrapsíquicas y conceptos metapsicológicos.

En primera instancia, hemos estudiado las consideraciones de Freud acerca del suicidio en relación a la melancolía. Clínicamente, nos dice Freud (1917[1915]), en el melancólico hallamos una extraordinaria disminución del amor propio; es decir, un considerable empobrecimiento del yo: el sujeto se dirige a sí mismo amargos reproches, se insulta, se denigra y espera la repulsión y el castigo. Parecería estar describiendo a Iván. Los padres reportan que les preocupa la autoestima de su hijo; que en momentos de frustración, con coraje el chico se insulta a sí mismo diciéndose tonto, torpe e inútil. En la transferencia también manifestó que es un tonto y que no sirve para nada.

A diferencia del duelo, la melancolía es una reacción ante la pérdida -sustraída de la consciencia- de un objeto amado; la pérdida es de naturaleza más ideal: el objeto tal vez no está muerto, pero se perdió como objeto de amor. El melancólico no percibe conscientemente qué es lo que ha perdido. Algunos autores (Walker, M. et.al. 1990; Platas Vargas, E.C. et.al. 1998) relacionan las conductas suicidas con pérdidas por muerte, por separación o abandono, como en el caso de familias desintegradas, condiciones que no ocurren en el caso de Iván. Y lo que sí ocurre es que la emergencia de los autorreproches y de las ideas y amenazas suicidas, coincide con los momentos de desesperación en los pleitos de violencia desmedida con su madre. Diríamos que Iván ha perdido a su madre como objeto de amor; las autoacusaciones, siguiendo a Freud, en realidad van dirigidas a ella y desde ella -como objeto de amor- han rebotado sobre el propio yo. ¿Por qué?

Al principio, nos dice Freud (1915[1917]), hubo una elección de objeto, una ligadura de libido con otra persona. Ante la pérdida, la ofensa real o el desengaño, el sujeto sustrae la libido del objeto pero no la desplaza a otro como normalmente debe ocurrir. La libido fue retraída al yo y sirvió para establecer una identificación del yo con el objeto abandonado. *La sombra del objeto cayó sobre el yo*, y a partir de ese momento el yo fue juzgado como el objeto por el superyó. La

pérdida del objeto se transformó en una pérdida del yo, y el conflicto entre el yo y la persona amada, en una bipartición entre el yo crítico y el yo alterado por identificación.

Son numerosos los datos clínicos que nos permiten avalar esta condición intrapsíquica. Iván estableció y mantiene una evidente ligadura libidinal con su madre: desde bebé se mostró inquieto y activo, con logros psicomotrices y del lenguaje excepcionales que sólo pudieron devenir en el contexto de una relación libidinal con una figura integrativa. De distintas formas ella reitera los rasgos de una fuerte identificación con el chico. Él, por su parte, lo constata. Ambos son sensibles, creativos y apasionados. Tienen encuentros de intercambio por sus inquietudes y curiosidades culturales e históricas. Pero, ante la ofensa real o el desengaño, irrumpen los autorreproches y la delirante expectativa de castigo. Pensemos aquí que la pérdida de ese objeto de amor, ocurría desde el primitivo sentimiento de la madre de no estar criando adecuadamente a este bebé. Ya desde entonces Iván vivía la amenaza de no ser bueno para su madre, desde el momento en que no satisfacía su necesidad de sentirse “buena mamá”. La frustración de la madre ante los berrinches y las conductas disruptivas de los tres años, sólo fueron corroborando esa pérdida del objeto de amor. Pero, lógicamente, ya para entonces, Iván había establecido una identificación con el objeto perdido y ya era él quien provocaba los sufrimientos de su madre, a ojos de su superyó.

En la melancolía, la investidura de amor en relación con su objeto ha experimentado un destino doble: en una parte, ha regresado a la identificación, pero en otra, bajo la influencia del conflicto de ambivalencia, fue trasladada hacia atrás, hacia la etapa del sadismo más próxima a ese conflicto de ambivalencia. Iván refleja claramente esta regresión al sadismo en todas sus conductas violentas y destructivas hacia sus padres, sus hermanos, sus maestras y compañeros, y, transferencialmente, hacia su terapeuta.

El yo sólo puede darse muerte cuando el retorno de la investidura de objeto le permite tratarse a sí mismo como un objeto; es decir, cuando dirige contra sí mismo la hostilidad que tiene contra el objeto, hostilidad que representa la reacción originaria del yo contra los objetos del mundo exterior. Así, diríamos que Iván intenta darse muerte cuando dirige contra sí mismo la hostilidad que tiene contra su madre introyectada; hostilidad originalmente dirigida a ella por sus exigencias y al padre por su abandono. Nos dice Freud (1917 [1915]): “no halla quizá la energía psíquica para matarse quien, en primer lugar, no mata a la vez un objeto con el que se ha identificado, ni

quien, en segundo lugar, no vuelve hacia sí un deseo de muerte que iba dirigido a otra persona.” (p.155).

En diversos trabajos, Freud (1901, 1913 [1912-1913], 1920) estudia los componentes suicidas en los casos normales y los relaciona con el sentimiento de culpa. Pero, en la melancolía el sentimiento de culpa es inconsciente, como en la llamada “reacción terapéutica negativa”, lo cual es sólo explicable desde la perspectiva del superyó. En la melancolía, el superyó ha arrastrado hacia sí a la consciencia, ante lo cual el yo no impone veto alguno, se confiesa culpable y se somete al castigo, pues el objeto a quien se dirige la cólera del superyó ha sido acogido en el yo por identificación.

Esta dureza y severidad del superyó en la melancolía ocurre porque el superyó se apodera de todo el sadismo disponible en el individuo; el componente destructivo se deposita en el superyó y se vuelve contra el yo. Nos dice Freud (1923): “lo que ahora gobierna en el superyó es como el cultivo puro de la pulsión de muerte, que a menudo logra efectivamente empujar al yo a la muerte...” (p.54) Diríamos que son la dureza y severidad del superyó de Iván las que lo empujan a identificarse con los malos: se vive malo y se somete al castigo a través de sus conductas autodestructivas. Es el sadismo de su superyó el que lo empuja a la destrucción y a la autodestrucción: inconscientemente, se confiesa culpable y se somete al castigo.

Pero, entonces, ¿qué ocurre con el yo? La contraparte del sadismo del superyó está en el masoquismo del yo. Cuando el sadismo proyectado al exterior es nuevamente introyectado, da por resultado el masoquismo secundario que viene a añadirse al originario. Cuando el masoquismo pierde su vínculo con la sexualidad y el padecer como tal es lo que importa, Freud (1924) lo denomina masoquismo moral y lo relaciona con el sentimiento de culpa “inconsciente”.

Freud (1924) nos dice que “para provocar el castigo, el masoquista se ve obligado a hacer cosas inapropiadas, a trabajar en contra de su propio beneficio, destruir las perspectivas que se le abren en el mundo real y, eventualmente, aniquilar su propia existencia real”. (p.175) Por la sofocación cultural de las pulsiones ocurre una reversión del sadismo hacia la propia persona acrecentando el masoquismo en el interior del yo. En Iván este masoquismo del yo se observó en la medida en que se fueron elaborando los componentes sádicos: emergió, entonces, su necesidad de ser exageradamente bueno, ser rico para darle dinero a los pobres, en sus fantasías omnipotentes de

ser el redentor al destruir al mundo salvando a los buenos, salvando a su padre de los enemigos; es decir, reeditando la historia familiar de piedad, bondad y austeridad.

Pero la destrucción que retorna desde el mundo exterior puede ser acogida por el superyó y aumentar su sadismo al yo. Así, el sadismo del superyó y el masoquismo del yo se complementan y se aúnan para provocar las mismas consecuencias. El comportamiento de Iván exterioriza claramente su necesidad de castigo: es agresivo, violento, intolerante y constantemente provoca el regaño, rechazo y hostilidad de los que lo rodean.

La necesidad de castigo o angustia frente a la instancia crítica es una exteriorización pulsional del yo que ha devenido masoquista bajo el influjo del superyó sádico; vale decir, que el yo emplea un fragmento de la pulsión de destrucción interior –preexistente en él- en una ligazón erótica con el superyó.

¿Desde dónde podríamos rastrear el origen de este sadismo del superyó de Iván y su sentimiento de culpa inconsciente hiperintenso?

Siguiendo la conceptualización de Freud acerca de la formación del yo y del superyó, nos encontramos con la idea de que el superyó, en primera instancia, se forma desde el narcisismo; es decir, desde el yo ideal. El narcisismo se desplaza hacia un yo ideal que se encuentra en posesión de todas las virtudes y perfecciones valiosas.

Durante el proceso psicoterapéutico de Iván observamos, de manera inequívoca, manifestaciones narcisistas como el delirio de grandeza (en sus conductas y fantasías de poder, de dominio y prepotencia) y el extrañamiento del interés respecto del mundo exterior (en la conducta de retraerse a “Su Mundo”). Son manifestaciones propias de las perturbaciones psicóticas y son también, un claro indicativo de la necesidad de no privarse de la perfección narcisista. El ideal del yo o superyó está plagado de estas investiduras libidinales.

Pero sabemos que este ideal se forma de acuerdo con el narcisismo de los padres. La actitud de los padres hacia los hijos es un renacimiento y reproducción del narcisismo propio, abandonado. La sobreestimación gobierna este vínculo afectivo y prevalece una compulsión a atribuir al niño toda clase de perfecciones y a encubrir sus defectos. El niño debe tener mejor suerte que sus padres, no debe estar sometido a esas necesidades objetivas: enfermedad, muerte, renuncia al

goce, restricción de la voluntad propia, no han de tener vigencia para el niño. “*His Majesty the Baby*, como una vez nos creímos. Debe cumplir los sueños, los irrealizados deseos de sus padres; el varón será un gran hombre y un héroe en lugar del padre, y la niña se casará con un príncipe como tardía recompensa para la madre” (Freud, 1914, p.88). El conmovedor amor parental, no es otra cosa que el narcisismo de los padres.

Hemos descrito el importante papel de las necesidades narcisistas de la madre de Iván depositadas en este hijo, y seguimos la hipótesis de que sus deseos de perfección y su propia severidad superyoica perturbaron el vínculo materno-infantil, pues “las imperfecciones” de Iván y “sus defectos”, seguramente resultaban como heridas narcisistas para esta madre. Sólo desde ahí, podemos entender la fuerte fijación al objeto de amor y, contradictoriamente, al mismo tiempo la escasa resistencia de la investidura de objeto: en Iván la elección de objeto tuvo efecto sobre una base narcisista; es decir, que cuando surge la frustración y la pérdida del amor de la madre, la investidura de objeto regresa al narcisismo. Se sustituye el amor al objeto por una identificación con él, dándose una regresión desde un tipo de elección de objeto hasta el narcisismo primario.

La regresión a esta fase oral canibalística nos explica, también, las alteraciones alimenticias y de incorporación que presenta Iván con el despliegue de las concomitantes fantasías de devoración, envenenamiento y destrucción oral, que se manifestaron intensamente en la transferencia. Alteraciones ampliamente estudiadas desde la teoría kleiniana (Heinman, P. 1962).

La formación del ideal del yo partió de la influencia crítica de los padres y cumple con las funciones de la observación de sí, la conciencia moral, la censura onírica y el ejercicio de la principal influencia de la represión. Es la herencia del narcisismo originario, en el que el yo infantil se contentaba a sí mismo cuando el desarrollo es normal. Al parecer, las exigencias que los padres de Iván depositaron en él nunca le permitieron “contentarse consigo mismo”, y tan sólo quedaron arraigadas en el ideal. De ahí los intensos sentimientos de culpa inconscientes que no son sino la expresión de la tensión entre el yo y el ideal.

La oscilación de la tristeza a la alegría, y de la melancolía a la manía, puede entenderse si consideramos que el ideal del yo se disuelve temporalmente en el yo, después que lo rigió antes con particular severidad. En el maníaco el yo y el ideal se han confundido y la persona con un

talante triunfal y de autoarrobamiento que ninguna autocrítica perturbaba, puede regocijarse por la ausencia de inhibiciones, miramientos y autorreproches. La manía se presenta como reacción de dominio del objeto. En Iván observamos claramente las defensas maníacas en sus fantasías de poder y de grandeza y en su menosprecio y devaluación de los objetos.

Freud (1923) encuentra otras razones para la severidad y fuerza del superyó como heredero del Complejo de Edipo. El superyó incluye la identificación primaria y de mayor valencia: la identificación con el padre de la prehistoria personal. Las primeras elecciones de objeto que atañen al padre y a la madre parecen tener su desenlace en una identificación directa e inmediata, reforzando la identificación primaria. Esto ocurre por la disposición triangular de la constelación edípica. Con el sepultamiento del Complejo de Edipo, las cuatro aspiraciones contenidas en él se desmontan y desdoblan de manera que surge una identificación-padre y una identificación-madre. En el superyó se establecen estas dos identificaciones, pero también se establece una enérgica formación reactiva frente a ellas. Su vínculo con el yo no se limita a la advertencia: “<así (como el padre) *debes ser*>, sino que comprende también la prohibición: <así (como el padre) *no te es lícito ser*; no puedes hacer todo lo que él hace, muchas cosas le están reservadas>.” (p.36)

Desde la perspectiva de la constelación edípica, ¿cómo podemos entender las primeras identificaciones de Iván con un padre rígido y ausente que “le cede el hijo a la madre” pero también “le cede la mujer al hijo”? Al parecer, el chico queda psicóticamente atrapado en la prohibición de lo que *no le es lícito ser*, pues en realidad parece estar ocupando el lugar del padre. El padre no provee elementos yoicos de identificación; por el contrario, lo abandona a la angustia de la madre. El padre no funge como Ley y lejos de hacerse cargo, es vivido por la madre como figura crítica e inalcanzable. La intensidad del Complejo de Edipo provoca la mayor rigurosidad del imperio del superyó como conciencia moral y como sentimiento de culpa, en la medida en la que la formación reactiva tendrá que ser más enérgica. La debilidad del yo y la severidad del superyó reflejan una configuración alterada.

“Mientras que el yo es esencialmente representante del mundo exterior, de la realidad, el superyó se le enfrenta como abogado del mundo interior, del ello”. (Freud, 1923, p.37). Conflictos entre el yo y el superyó reflejarán la oposición entre lo real y lo psíquico; de ahí la confusión de Iván entre el mundo exterior y el mundo interior.

También entre el yo y el superyó se juega la angustia de muerte, al igual que la angustia de la conciencia moral y, originalmente, que la angustia de castración. En el melancólico, la angustia de muerte sólo admite una explicación: el yo se resigna a sí mismo porque se siente odiado y perseguido por el superyó, en vez de sentirse amado. "...vivir para el yo tiene el mismo significado que ser amado: que ser amado por el superyó". (Freud, 1923, p. 58) El superyó de Iván contiene el odio de la madre por frustrarla en sus deseos narcisistas de perfección y el del padre por confrontarlo como su propia imperfección. Sólo desde este conflicto de ambivalencia podemos explicarnos la impotencia y desesperación de Iván ante la amenaza de decepcionar a sus padres; conflicto que comenzó a elaborar en el trabajo psicoterapéutico, en la medida en que fue haciendo consciente su intenso sentimiento de culpa inconsciente. Así, comenzó a tolerar la contradicción de sus propios sentimientos ambivalentes hacia sus objetos sin recurrir automáticamente a la escisión; pudo ir elaborando la impotencia que genera la idea de que de todos modos los decepciona: en el nivel consciente por su comportamiento patológico y en el inconsciente por ya no presentarlo.

Freud (1930 [1929]) plantea que el sentimiento de culpa es el problema más importante del desarrollo cultural y que el precio del progreso cultural debe pagarse con el déficit de felicidad provocado por la elevación del sentimiento de culpa. La cultura impone grandes sacrificios a la sexualidad e impone enormes restricciones a la inclinación agresiva del ser humano. En la pulsión de muerte, la cultura encuentra su obstáculo más poderoso.

La evolución cultural nos presenta la lucha entre Eros y Muerte, entre pulsión de vida y pulsión de destrucción, tal y como se lleva a cabo en los seres humanos. "Esta lucha es el contenido esencial de la vida en general, y por eso el desarrollo cultural puede caracterizarse sucintamente como la lucha por la vida de la especie humana. ¡Y esta es la gigantomaquia que nuestras niñeras pretenden apaciguar con el <arorró del cielo>!". (1930[1929], p.118) Y sería, también, la "gigantomaquia" que la madre de Iván pretende dominar desde su narcisismo.

En un nivel, el sentimiento de culpa surge cuando el individuo ha hecho algo que considera malo, lo cual presupone al capacidad para diferenciar el bien del mal; capacidad que se desarrolla a partir de la influencia ejercida por aquellos de quienes depende por el desvalimiento infantil. Son ellos quienes determinan lo que ha de llamarse bueno y malo, de manera que más que ante un sentimiento de culpa estaríamos ante la angustia frente a la pérdida del amor. Perder el amor de

quien se depende significa quedar desprotegido ante diversos peligros pero sobre todo ante el peligro de que este ser hiperpotente demuestre su superioridad en forma de castigo. Sólo con la instauración del superyó se puede hablar de conciencia moral y de sentimiento de culpa, pues ante el superyó nada puede ocultarse, ni siquiera los pensamientos, los deseos ni las intenciones.

En este sentido, cabe insistir sobre la enorme confusión de Iván entre lo bueno y lo malo. Hemos descrito ampliamente (Cap. IV: Clave Psicodinámica) la contradictoria configuración de las primeras relaciones objetales determinadas desde el inconsciente de los padres. De acuerdo con Freud, son ellos quienes determinan lo que ha de llamarse bueno y malo, de manera que podemos entender por qué la angustia frente a la pérdida del amor de ellos deviene devastadora para Iván, y cómo él siente quedar desprotegido y expuesto al castigo: haga lo que haga no los complace. A lo largo del proceso psicoterapéutico se observa el trabajo que le permite ir aclarándose, a él mismo, qué es bueno y qué es malo.

Cada fragmento de agresión, de cuya satisfacción nos abstenemos, es asumido por el superyó y acrecienta su agresión contra el yo. El niño desarrolla un alto grado de inclinación agresiva respecto de la autoridad que estorba las primeras satisfacciones que son las más sustantivas. El niño renuncia a la venganza y, por identificación, acoge dentro de sí esa autoridad inatacable que deviene el superyó y posee toda la agresión que como hijo, de buena gana, habría ejercido contra dicha autoridad. Al parecer, Iván no pudo renunciar a los deseos de venganza en contra de sus padres, y la severidad del superyó nos habla del enorme monto de agresión que, como hijo, habría querido ejercer contra ellos.

Pero la severidad originaria propia del superyó no es la que se ha experimentado de parte de ese objeto o la que se le ha atribuido. La conciencia moral ha nacido por la sofocación de una agresión y, en su ulterior desarrollo, se refuerza por nuevas sofocaciones de esa índole. Aquí nos enfrentamos con la idea de las series complementarias y consideramos que en la intensidad de la agresión de Iván, cooperan factores constitucionales tanto como las influencias del medio.

La agresión vengativa del hijo está co-determinada por la medida de la agresión punitiva que le atribuye y que espera del padre. "...la severidad del superyó desarrollada por el niño en modo alguno espeja la severidad del trato que ha experimentado. Como lo han destacado correctamente Melanie Klein y otros autores ingleses". (Freud, 1930[1929], p.126, n.9) En las amenazas de

suicidio, Iván manifiesta deseos de venganza tan intensos por el sentimiento de ser agredido con una intensidad que él atribuye a los objetos. Basta recordar ese momento transferencial en donde desea vengarse de la terapeuta por sentirse tratado como tonto e indeseable al tener que esperar el horario de la sesión, por haber llegado antes de tiempo.

Es precisamente desde estas consideraciones que la teoría y técnica de Melanie Klein han demostrado ser una valiosa herramienta en el trabajo analítico con Iván.

Nos dice Freud (1930[1929]): “He aquí, a mi entender, la cuestión decisiva para el destino de la especie humana: si su desarrollo cultural logrará, y en caso afirmativo en qué medida, dominar la perturbación de la convivencia que proviene de la humana pulsión de agresión y autoaniquilamiento.” (p.140)

Durante cinco años de tratamiento nos hemos avocado a trabajar con dicha perturbación.

Hasta ahora hemos abordado los planteamientos teórico-clínicos de Freud acerca del suicidio y cómo, las ideas del autor, nos permiten una profunda comprensión psicodinámica de la problemática de nuestro paciente.

En el capítulo anterior hemos reportado el proceso psicoterapéutico de Iván, describiendo las conceptualizaciones de Melanie Klein con respecto del material de las sesiones tal y como fueron ocurriendo a lo largo del tratamiento. En el reporte de dicho proceso es posible comprobar cómo se presentan, en la transferencia, los conceptos fundamentales del desarrollo temprano según la autora. Así, hemos demostrado clínicamente el funcionamiento propio de las *posiciones esquizo-paranoide y depresiva*. Hemos señalado cómo se manifiestan las ansiedades paranoide y depresiva; las relaciones de objeto parcial y total; los mecanismos de defensa que se erigen ante los derivados de la libido y de la pulsión de muerte; la debilidad del yo para contener los deseos y fantasías destructivos y autodestructivos, así como las necesidades reparatorias; y, la severidad del superyó manifestada como necesidad de castigo y como sentimiento de culpa.

Con su teoría del desarrollo temprano, Melanie Klein nos ayuda a entender que las conductas suicidas y antisociales se desencadenan en una estructura psíquica inestable constituida desde la temprana infancia. Dicha estructura está caracterizada por una severidad del superyó en contra de las tendencias más antisociales, tales como el canibalismo y las tendencias asesinas de la mayor

variedad; es decir, contra el sadismo. Podemos decir que si hay algo que caracteriza el funcionamiento de Iván, es el sadismo. Lo observamos en sus conductas agresivas y antisociales y en la invasión del yo de una serie de deseos y fantasías destructivas y autodestructivas, invasión que impide contenerlas y que lo obliga a actuarlas. Pero, al mismo tiempo, en la repetición de dichas conductas observamos también el sentimiento de culpa inconsciente y la necesidad de ser castigado; es decir, observamos al superyó en acción.

Klein, M. (1927) nos dice que en las alteraciones del Complejo de Edipo temprano encontramos una de las bases de las conductas antisociales y destructivas. Cuando las relaciones edípicas no pueden establecerse y mantenerse se interfiere el desarrollo del superyó. Hemos descrito ampliamente la perturbada configuración edípica de Iván desde su desarrollo temprano, con un padre ausente y abandonador que “le cede el hijo a la madre” y “le cede la mujer al hijo”, y con una madre severamente angustiada y con fuertes necesidades narcisistas. Agreguemos, de acuerdo con Klein, M. op.cit., que aunque los padres son la fuente del superyó en la medida en que sus órdenes, prohibiciones, etc., son absorbidas por el niño, el superyó no es idéntico a los padres pues está formado también por las propias fantasías sádicas del niño.

En el superyó se juega la lucha entre los impulsos sádicos y la angustia y el sentimiento de culpa, de acuerdo con el precepto de “ojo por ojo” que domina el inconsciente. Por proyección, las fantasías de que los padres podrían matar, cocinar, castrar al niño, nos habla de lo que el niño quisiera hacerle a los padres. Sabemos que Iván se encontraba invadido por esta clase de fantasías destructivas hacia sus padres y desplazadas hacia sus hermanos, sus maestras, sus compañeros y, transferencialmente, hacia su terapeuta.

Normalmente, se da el proceso de represión del sadismo que impide que éste aparezca a través de fantasías en el juego o en otras formas sublimadas, de modo que las fijaciones quedan reprimidas en un círculo sin fin. El sentimiento de culpa también queda reprimido y el niño repite una y otra vez una variedad de actos que reflejan su necesidad de ser castigado. Cuando la represión es muy fuerte y temprana, impide el surgimiento de fantasías y despoja de la posibilidad de elaborar estas fijaciones a través de otras formas, como la sublimación.

¿Cuál la condición intrapsíquica de Iván en donde al parecer no operó una fuerte y temprana represión de esas fantasías y no permanecieron en el inconsciente, pero tampoco las ha sublimado

pues de hecho lo invaden y las actúa? Diremos, siguiendo a Klein, M. (1927), que Iván vive en una intensa vida de fantasías en forma defensiva: vive en "Su Mundo". Es decir, que utiliza el mecanismo de "huida de la realidad" psicóticamente, pues la realidad le resulta tan displacentera que se refugia en su capacidad para consolarse ante la frustración de sus deseos y utiliza su "juego" y su imaginación para probarse a sí mismo que todo está bien y seguirá estando bien. Recordemos que "Su Mundo" era el del control omnipotente, en "Su Mundo" él era absolutamente poderoso, infalible y perfecto. En "Su Mundo" el objeto transferencial era, también, todopoderoso. En "Su Mundo" ni siquiera tenía que comer nada, no tenía necesidades pues le eran automáticamente satisfechas por ese objeto idealizado.

Si leemos estas ideas de Klein de acuerdo con los conceptos teóricos posteriores que ella misma elaboró, diríamos que las fantasías sádicas irrumpen a la consciencia por el evidente acceso a la posición depresiva. Recordemos que la formación de símbolos (necesaria para la fantasía consciente) surge de la necesidad reparatoria de restaurar los objetos internos y externos amados. Esto implica que hubo una relación de objeto total, cuya vivencia despertó la angustia de haberlo destruido. Implica también, que se presentó el conflicto de ambivalencia ante la vivencia de ser él mismo, quien ama y odia a una misma persona: su madre.

Cuando la capacidad de reparación se encuentra alterada, el yo se siente acosado por la ansiedad constante de perder totalmente los objetos buenos internos, está empobrecido y debilitado, su relación con la realidad es frágil y vive en perpetuo temor y amenaza de hacer una regresión masiva a la *posición esquizo-paranoide*. Lo que al parecer ocurrió en el desarrollo temprano de Iván, y que es lo que repite en la transferencia, es que la desesperación depresiva fue tan intensa e inmanejable que efectivamente hizo una regresión masiva a la *posición esquizo-paranoide*. Esta regresión implica una fijación del superyó en un estadio muy primitivo, lo cual resulta ser el factor diferencial para la incapacidad de sublimar los impulsos sádicos. También diremos que es por esta regresión y por el yo empobrecido, por lo que vive sus fantasías como realidad.

Clínicamente, lo que se observa en su funcionamiento inicial es un *predominio* de la *posición esquizo-paranoide* como regresión a la misma, pues el estudio psicológico practicado inicialmente revela que su acceso a la *posición depresiva* es innegable. La capacidad de simbolización, la creatividad e incluso la capacidad de sublimación (a través del intercambio cordial con la examinadora) surgieron ante la vivencia de ser contenido. Desde otro enfoque

terapéutico, cabe el siguiente cuestionamiento: de haber mantenido un encuadre directivo con gran cantidad de límites de trabajo, ¿hubiese logrado Iván, desde el principio, un funcionamiento con predominio de la *posición depresiva*? Quizá sí. La neutralidad psicoanalítica de la terapeuta, su atención libre y flotante, y la inmediata interpretación de las ansiedades y fantasías inconscientes fueron las que, paradójicamente, facilitaron el funcionamiento propio de la *posición esquizo-paranoide*; sin embargo, sólo así fue posible analizar la severa fijación a la misma.

En esta hipótesis, queda implícito el valor psicoanalítico de incidir sobre las motivaciones inconscientes de la patología y de trabajar estrictamente con el mundo interno del sujeto, pues de lo contrario sería tanto como pretender que el niño “aprenda” a comportarse en un ambiente estructurado y, después, generalice su aprendizaje al mundo externo. Partiendo de una postura teórica distinta que persiguiese este objetivo, sería válido intentar “mantener” a Iván en el funcionamiento con predominio en la *posición depresiva*. Pero, teóricamente, Iván continuaría viviendo en el perpetuo temor y amenaza de hacer una regresión masiva a la *posición esquizo-paranoide*.

Desde 1927, Melanie Klein concluyó que uno de los factores que subyace a las conductas antisocial y suicida, no es la debilidad o falta de superyó; sino que, por el contrario, es precisamente la abrumadora severidad del superyó, la responsable de dichos comportamientos. Dijimos que esto ocurre porque al proyectar en los padres los impulsos y fantasías agresivas que experimenta en contra de ellos, desarrolla una imagen fantástica y distorsionada de los que lo rodean. Internaliza estas imágenes irreales (*imago*s) y se siente gobernado por padres fantásticamente peligrosos y crueles; es decir, vive gobernado por su superyó (Klein, M. 1934). El niño se protege de esos violentos objetos redoblando en su imaginación sus ataques contra ellos y esto incrementa su angustia de ser atacado por ellos.

En el desarrollo normal el sadismo y la angustia disminuyen y el niño encuentra recursos y modos socialmente aceptados para dominarlos. Esta mayor adaptación a la realidad permite al niño sentir más apoyo contra sus *imago*s a través de su relación con los padres reales. La angustia de que esos objetos pudieran volverse contra él se convierte en la base de sentimientos de culpa y deseos de reparar lo que en su imaginación ha hecho. A medida que aumenta la tendencia y la capacidad de reparar y más crece la creencia y la confianza en los que le rodean más se apacigua el superyó, y viceversa. Nuestra hipótesis al respecto es que la temprana relación de Iván con los

padres reales se encontraba perturbada, de modo que la angustia persecutoria no permitió que creciera la reparación, ni por tanto, la confianza en los objetos externos. Siguiendo a Bion, W.R. (1962) diremos que, por la limitada "capacidad de *reverie*" de la madre no pudo romperse el círculo vicioso entre el sadismo y la angustia abrumadora. Recordemos cómo la madre no confía en que él puede cuidarse de los borrachos y cómo lo avasalla con su propia angustia.

Klein, M. (1934) nos dice que si por razones externas y/o intrapsíquicas el miedo al superyó sobrepasa ciertos límites, el individuo puede sentirse compelido a destruir a la gente. Esta compulsión suele formar la base de la conducta antisocial y/o de la psicosis.

Para Klein, la mejor comprensión de la reacción suicida se encuentra en el estudio de la mezcla de tendencias que se presenta entre la paranoia y la melancolía, pues existe una conexión psicogenética entre ambas afecciones.

La principal diferencia entre la incorporación en la paranoia y en la melancolía está relacionada con cambios en la relación con el objeto, aunque también se trata de un cambio en la constitución del yo introyectante.

Es difícil trazar una línea definida entre los sentimientos y contenidos de ansiedad del paranoico y el melancólico. Pueden distinguirse si se considera que en el melancólico, la ansiedad persecutoria está principalmente relacionada con la preservación de los objetos buenos internalizados totales con los cuales se identifica el yo. Por el miedo de que los objetos buenos, y con ellos el yo, sean destruidos o se encuentren en estado de desintegración, el yo realiza esfuerzos continuos y desesperados por salvar a sus objetos buenos internalizados y externos. El paranoico, por su parte, ha introyectado también un objeto real y total, pero no ha podido llegar a una identificación completa con él, o habiendo llegado a ésta, no ha podido mantenerla. La ansiedad persecutoria es demasiado grande; hay sospechas y ansiedades de naturaleza fantástica que dificultan una completa y estable introyección de un objeto bueno y real. Una vez introyectado, hay poca capacidad de conservarlo como objeto bueno, puesto que dudas y sospechas de toda clase harán que el objeto amado se torne pronto en un perseguidor. La relación con los incipientes objetos totales y con el mundo real está mayormente influida en el paranoico que en el melancólico, por la primera relación con objetos parciales internalizados.

La opinión psicoanalítica general admite que el suicidio se dirige contra el objeto introyectado. Klein, M. (1935) considera que al cometer un suicidio el yo intenta matar a sus objetos malos (como el paranoico) pero al mismo tiempo se propone también salvar a sus objetos amados, internos y externos (como el melancólico). Nos parece que las amenazas e intentos suicidas de Iván claramente reflejan su necesidad de destruir a sus objetos malos (a la madre que odia y por la que se siente perseguido) y al mismo tiempo intenta salvar a sus objetos amados (a la madre a la que teme decepcionar).

Las fantasías subyacentes al suicidio se dirigen a salvar, también, a esa parte del yo que está identificada con los objetos buenos internalizados (la parte de Iván que desea sentirse bueno complaciendo a sus padres y que transferencialmente se manifiesta como el Iván sereno y reflexivo que desea construir sus maquetas), y a destruir la otra parte del yo que está identificada con los objetos malos y con el ello (la parte de Iván que se siente malo por fallar y por ser imperfecto, y que transferencialmente se manifiesta como el Iván destructivo, vengativo y con deseos de quemar y aniquilar).

Otra satisfacción que está en el fondo de la fantasía de suicidio es la unión pacífica del yo con sus objetos amados: Iván "Al morir, vivirá en la vida eterna".

Para Klein, M. (1935), la inflexible severidad del superyó en el melancólico tiene que ver con la esclavitud a la que se somete el yo cuando obedece las exhortaciones y exigencias extremadamente crueles de su objeto amado erigido dentro de él. Ya estudiamos cómo el yo trata de mantener a los objetos buenos separados de los malos polarizándolos en extremadamente malos y extremadamente perfectos. Esto provoca que los objetos amados se vuelvan intensamente morales y exigentes. Como no logra mantenerlos separados, una parte de la crueldad de los objetos malos y del ello la adjudica a los objetos buenos y esto aumenta aún más la severidad de sus exigencias. Cuanto mayor es la ansiedad de perder los objetos amados, mayor es la lucha del yo por salvarlos; y cuanto más difícil se hace la tarea de reparación, más estrictas se vuelven las exigencias del superyó.

Sólo desde aquí, podemos explicarnos la severidad del superyó de Iván. En la transferencia, pudimos observar este despliegue de objetos extremadamente malos y extremadamente perfectos. Ante la amenaza de pérdida del objeto transferencial (en su fantasía de que al terminar su

maqueta terminaría la terapia) no toleró la desesperación depresiva, al sentir que no podía salvar y mantener a su objeto amado y omnipotente. La severidad del superyó y las exigencias por cumplir con algo que en su fantasía resultaba imposible, lo condujeron nuevamente a los deseos y amenazas de suicidio.

Klein, M. (1935) nos dice, que en ocasiones las fantasías inherentes al suicidio están relacionadas con el mundo externo y con los objetos reales, en parte como sustitutos de los internalizados. Al cometer el suicidio, el propósito puede ser establecer una reparación definitiva de sus relaciones con el mundo externo, porque el sujeto desea liberar al objeto real de sí mismo; liberarlo de aquella parte de su yo que está identificada con sus objetos malos y con el ello. El odio y la venganza contra los objetos reales también tienen un papel importante en ese paso. Los deseos de venganza de Iván en contra de su madre y sus maestras, a través de las conductas suicidas y autodestructivas, fueron ampliamente verbalizados en el tratamiento.

El estudio desde la teoría clásica freudiana y desde la teoría psicoanalítica kleiniana de esta serie de consideraciones acerca de las manifestaciones clínicas de nuestro paciente, de su mundo interno, de su condición intrapsíquica, nos ha permitido dar respuesta a una inquietud que habíamos experimentado con otros pacientes. A saber: ¿desde dónde podemos entender la psicopatología de Iván? ¿se trata de un cuadro paranoico o melancólico? ¿las relaciones de objeto son parciales o totales? ¿la ansiedad es paranoide o depresiva?

Con el estudio de este caso clínico y a través de la presente investigación hemos constatado que sólo bajo el concepto fundamental de *posición*, podemos dar respuesta a estas preguntas. Klein acuñó el concepto *posición* en tanto su teoría es teoría clínica. En la situación clínica observamos simultáneamente un tipo de angustia predominante, un tipo de relación de objeto involucrado en dicha situación, un estado de las instancias psíquicas (yo y superyó), una modalidad de procesos defensivos, cierta distribución de las pulsiones, y cierta cualidad de las fantasías activadas en la situación. Todos estos aspectos, que se ponen en juego en una situación determinada, definen a la *posición*. Estrictamente hablando, podríamos definir tantas *posiciones* como situaciones existen. Pero, desde que las posteriores situaciones estarán determinadas por las vivencias de los primeros estadios del desarrollo, Klein las agrupó de acuerdo con dos configuraciones predominantes según el tipo de ansiedad: paranoide y depresiva, y es lo que nos permite limitar el número de *posiciones* y evitar una indebida multiplicación. Recordemos cómo los pasajes de una *posición* a

la otra en el tratamiento de Iván pudieron llegar a ocurrir de una sesión a otra, e incluso en la misma sesión.

Esta conceptualización teórico-clínica implica, en sí misma, que no existe una permanencia y que el desarrollo ocurre en una dinámica y una superposición de estas categorías (tipo de ansiedad, de relación de objeto, etc.) que entran en combinaciones entre sí, se influyen recíprocamente y, finalmente, contribuyen a organizar las instancias reguladoras de la vida psíquica: el yo y el superyó.

Sólo desde la idea de *posición* podemos entender la psicopatología de Iván y sólo desde ahí resulta comprensible la idea kleiniana de que las conductas suicidas se presentan como manifestaciones de una mezcla de tendencias propias de la paranoia y de la melancolía. Es por ello que hemos adoptado como conclusión diagnóstica el *Predominio Psicótico de la Personalidad* de Bion, W.R. (1957), como formulación inequívoca del concepto de *posición*.

En el Capítulo VI del presente trabajo hemos demostrado que el proceso psicoterapéutico de Iván transcurrió entre los pasajes de una *posición* a otra y cómo las oscilaciones entre ambas se acompañaron de modificaciones y transformaciones del yo, del superyó y de las relaciones de objeto. Nos dice Baranger, W. et. al. (1980) "El estudio de las modificaciones de los objetos en el proceso analítico es probablemente uno de los aportes más fecundos de M. Klein y más difíciles de sustituir por cualquier otra modificación que intentara eludir el concepto de objeto interiorizado". (pags.59-60)

El concepto de *posición* denota que la descripción evolutiva del desarrollo desaparece por completo en el pensamiento kleiniano y más bien nos parece herencia del "*a posteriori*" freudiano, que dicho sea de paso, constituye la lectura verdaderamente psicoanalítica.

C) CONCLUSIONES

En el presente trabajo, hemos efectuado una amplia revisión de las investigaciones que distintos autores realizan con la finalidad de estudiar distintas variables sociodemográficas y psicosociales de sujetos con problemática suicida. Llama nuestra atención que, a pesar de seguir la misma metodología, no existe un consenso que nos permita identificar las variables sobre las que podríamos incidir en favor de prevenir, diagnosticar y tratar a estos pacientes. De acuerdo con estos estudios, la problemática suicida tampoco parece depender del o de los diagnósticos psiquiátricos. Para Klein (1922) el estudio de las conductas suicidas, tanto como el de las conductas antisociales, ha de emprenderse investigando el mundo interno del sujeto; es decir, investigando áreas desconocidas que van más allá de los acontecimientos físicos y mentales obvios.

Partiendo de esta premisa resulta ampliamente justificado emprender la labor psicoterapéutica individual y, específicamente, tratar de descubrir las causas inconscientes mediante la inapreciable ayuda del método psicoanalítico.

Hemos fundamentado nuestro marco teórico en las aportaciones de Sigmund Freud y de Melanie Klein. Con base en ello, hemos logrado una profunda comprensión psicodinámica del caso de un niño con conductas suicidas. La metapsicología freudiana ha sido una herramienta invaluable para lograr la conceptualización teórica del cuadro clínico, sobre todo en el nivel diagnóstico entendido como una práctica permanente a lo largo del tratamiento y no sólo en el momento inicial. Los planteamientos de M. Klein han sido, además, la herramienta técnica óptima para el manejo psicoterapéutico.

Veinte años de experiencia de trabajo clínico con niños nos ha facultado para privilegiar el concepto kleiniano de *posición*, pues ha sido a la luz de este concepto como hemos podido resolver una serie de inquietudes teóricas y técnicas. En el trabajo analítico con niños, sobre todo con niños muy pequeños y/o muy perturbados, enfrentamos los procesos y contenidos mentales "a flor de piel". Existe, todavía, en ellos una permeabilidad entre lo consciente y lo inconsciente, y las ansiedades y fantasías afloran con facilidad. Desde el enfoque kleiniano, la transferencia se considera una *re-escenificación* y las re-escenificaciones de los niños no provienen de un pasado remoto, sino de su presente inmediato y escenifican toda clase de sucesos y vínculos; diríamos

que es la época de la vida en que se supone que los sucesos traumáticos están produciéndose. En sus juegos y conductas, el niño escenifica su vida de fantasías conscientes e inconscientes; así nos relatan sus miedos y sus angustias.

Ante este mundo interno del niño enfrentamos que algunos conceptos clásicos como el de estructura psíquica y, específicamente, el de etapas de desarrollo resultan contradictorios, insuficientes y, de primordial importancia, de poca utilidad técnica. Con su formulación de *posición* y su abandono de la secuencia cronológica de las fases de desarrollo, M. Klein nos facilita el acceso al inconsciente atemporal, contradictorio y regido por el principio del placer. Con esta gran aportación rescata el desinterés esencial freudiano por una descripción evolutiva; por el contrario, Freud insiste en la noción del “*a posteriori*” (*nachträglichkeit*), que entra en contradicción directa con la aplicación del principio de continuidad genética y que desaparece por completo en el pensamiento kleiniano.

El abordaje terapéutico a la luz de la teoría psicoanalítica de M. Klein, comprobó su eficacia en el caso de este niño con problemática suicida. Corroboramos que por medio de la técnica de interpretación kleiniana ha comenzado a elaborar los derivados de la libido y de la pulsión de muerte: hemos podido analizar la envidia, las ansiedades y las fantasías conscientes e inconscientes; trabajar sobre los mecanismos de defensa que se erigen ante esos derivados en las relaciones de objeto parcial y total; analizar las dificultades para la síntesis e integración de los objetos; elaborar la angustia propia de los momentos regresivos. Todo lo cual se ha traducido en una transformación de las instancias psíquicas: se ha fortalecido el yo gracias a que ha disminuido de manera notable la severidad del superyó. El cambio en las relaciones de objeto se ha observado tácitamente en su relación con sus padres, maestros y compañeros; en proporción mínima con sus hermanos. Este desplazamiento indica que todavía es necesario continuar con el proceso analítico.

Hemos entendido al evolución terapéutica de Iván en estos términos: inicialmente el chico funcionaba con un predominio de la *posición esquizo-paranoide*, como regresión desde la *posición depresiva*. Existen datos contundentes de su acceso a ésta última. A través del trabajo interpretativo Iván comenzó a dar muestras de su “re-acceso” a la *posición depresiva*. La severidad del superyó con fijaciones importantes en la *posición esquizo-paranoide* fue disminuyendo. Ante la imposibilidad de tolerar la ambivalencia y la desesperación depresiva por

la amenaza de ver perdido su objeto transferencialmente bueno, operó una regresión masiva a la *posición esquizo-paranoide*, con defensas esquizoides que semejaban una barrera autista. Nuevamente, por medio de la interpretación emergió con un funcionamiento francamente fluctuante entre lo *esquizo-paranoide* y lo *depresivo*. Actualmente, funciona con un predominio de la *posición depresiva* con fijaciones en la *posición esquizo-paranoide*.

Una de las dificultades que nos ha planteado el enfoque kleiniano ha sido la complejidad que implica el trabajo con el ambiente externo del niño. En este caso, la severidad de la patología tanto del paciente como de sus padres, hizo necesario el arduo trabajo de entrevistas con ellos y las interconsultas con los otros especialistas y con la escuela, sobre todo los primeros dos años de tratamiento. El terapeuta, entonces, se ve obligado a contener las ansiedades que en todos ellos se despiertan. Pero, para incidir sobre este ambiente externo es necesario movilizarnos en otro nivel terapéutico; es decir, que mientras el trabajo dentro del consultorio con el chico nos coloca como “interpretador” neutro y con atención libre y flotante, las intervenciones con el afuera van dirigidas estrictamente hacia el nivel yoico de funcionamiento: contener, señalar, confrontar, recomendar y discutir manejos y, por qué no, hasta aconsejar.

La experiencia como psicoterapeuta de este niño ha sido ampliamente satisfactoria. Sin excluir momentos de intensa angustia, la atención del caso y su elaboración a través de la presente investigación han sido una fecunda aportación para nuestra formación profesional. Representa un gran reto pues, como en ningún otro, el manejo psicoanalítico kleiniano de este caso ha implicado la necesidad de movilizarnos dinámicamente y con flexibilidad, entre el paciente y su ambiente externo, el adentro y el afuera, entre lo consciente y lo inconsciente, entre la *posición esquizo-paranoide* y la *posición depresiva*, entre la fantasía y la realidad.*

Consideramos que la elaboración del presente trabajo ha enriquecido nuestro “Esquema Conceptual Referencial y Operativo” (Pichón-Riviere, 1980).

*Agradezco profundamente a la Dra. Nohemí R.de Polanco el valioso apoyo que me brindó a través de la supervisión del caso, en el momento más crítico de esta dificultad para lidiar con el afuera y mantener la actitud analítica con mi paciente.

La investigación de “Estudio de un Caso Clínico” se convierte en el espacio pertinente para conceptualizar los aspectos teóricos del material del paciente. La revisión de la literatura relevante, el reporte de los datos clínicos, y su integración con los conceptos teóricos es un ejercicio que organiza y sistematiza las experiencias y las vuelve clínicamente disponibles para el terapeuta y utilizables en beneficio de sus pacientes. Es decir, que aunado al análisis de la contra-transferencia y al aprendizaje a través de la supervisión, una investigación de esta índole se constituye, siguiendo a Bion, W.R. (1966b), como continente de las ansiedades del terapeuta. Así podrá, también, elaborar dichas ansiedades y transformarlas en respuestas que puedan llegar a ser analíticamente efectivas.

Realizar la presente investigación ha despertado nuevas inquietudes tanto en los aspectos teóricos como en la práctica clínica. Llama nuestra atención el proceso de represión en este paciente. La observación de la severa represión del sentimiento de culpa que opera sólo en lo inconsciente, mientras que los derivados de la pulsión de muerte emergen súbitamente a lo consciente (y se expresan en la ansiedad persecutoria, en los ataques de envidia y en las fantasías destructivas y autodestructivas), nos invita a reflexionar sobre las características y vicisitudes del proceso represivo y si, como tal, constituye un rasgo patognomónico del paciente con problemática suicida.

Enfrentar las serias limitaciones de los objetos reales, en este caso los padres del paciente, con una problemática familiar y de pareja tan inaccesible (por el nivel inconsciente en el que tan hondamente se arraiga) como contradictoria (pues existe el deseo consciente de que el chico mejore), reitera nuestro enfoque dirigido al mundo interno del sujeto que es con lo que sí podemos trabajar. Pero valdría, también, la investigación desde un enfoque familiar, que diera luz sobre la imposibilidad de desarticular la patología desde el sistema.

La riqueza de nuestra investigación estriba en que, parafraseando a Freud y a Klein, seguimos sin entender cabalmente la todavía enigmática reacción del suicida.

BIBLIOGRAFÍA

- Abraham, K. 1924 Un breve estudio de la evolución de la libido, considerada a la luz de los trastornos mentales. En: *Psicoanálisis Clínico*, B.A., Hormé, 1959.
- Ackerly, W.C. 1967 Latency-age children who threaten or attempt to kill themselves. En: Orbach, I., *Children Who Don't Want to Live*. San Francisco: Jossey-Bass Inc. 1988.
- Ajuriaguerra, J. de 1976 *Tratado de Psiquiatría Infantil*. Toray Masson, Barcelona.
- Baranger, W. 1977 Validez del concepto de objeto en la obra de Melanie Klein. En: *Aportaciones al Concepto de Objeto en Psicoanálisis*. Amorrortu. B.A. 1980.
- Bion, W.R. 1957 Diferenciación de las personalidades psicóticas y no psicóticas. En: *Volviendo a Pensar*. Hormé, B.A., 1970.
- Bion, W.R. 1959 Ataques al vínculo. En: *Volviendo a Pensar*. Hormé, B.A., 1970.
- Bion, W.R. 1962 Una teoría del pensamiento. En: *Volviendo a Pensar*. Hormé, B.A., 1970.
- Bion, W.R. 1963 *Elementos de Psicoanálisis*. Hormé, B.A., 1988.
- Bion, W.R. 1966 *Aprendiendo de la Experiencia*. Paidós, B.A.
- Borges G, Rosovsky H, Gómez C, & Gutiérrez,R. 1996 Epidemiología del suicidio en México de 1970 a 1994. *Salud Pública de México*. 38(3):197-206.
- Breuer & Freud, S. 1893-95 *Estudios sobre la histeria*. Obras Completas, II:1-314, Amorrortu, B.A., 1988.
- Clark, D. C. 1993 Suicidal behavior in childhood and adolescence: recent studies and clinical implications. *Psychiatric Annals*. 23 (5): 271-283.
- Dupont, M.A. 1988 La función terapéutica del yo del analista y el factor de tolerancia en los casos límite. En: *La Práctica del Psicoanálisis*. Pax. México.

- Escobedo E, Hernández R, Villegas R, & Ortega F. 1989 Influencia de intoxicaciones en un hospital general de la ciudad de México. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.* 46(8): 559-563.
- Facio D, & Tello A. 1996 Indicadores clínicos del intento suicida en adolescentes: estudio realizado en mujeres hospitalizadas. Tesis para optar por el grado de Especialidad en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia. *Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"*. México.
- Frank, L. 1963 Self-preservation and the development of accident proneness in children and adolescents. *Psychoanal. Study Child*, 18: 464-483.
- Freud, S. 1886 *Observación de un caso severo de hemianestesia en un varón histérico*. Obras Completas, I : 23-34, Amorrortu, B.A. 1988.
- Freud, S. 1900 *La interpretación de los sueños*. Obras Completas, IV y V, Amorrortu, B.A. 1988.
- Freud, S. 1901 *Psicopatología de la vida cotidiana*. Obras Completas, VI: 1-285, Amorrortu, B.A. 1988.
- Freud, S. 1905 *Tres Ensayos de Teoría Sexual*. Obras Completas, VII: 109-224, Amorrortu, B.A. 1988.
- Freud, S. 1905 [1901] *Fragmento de análisis de un caso de histeria*. Obras Completas, VII: 1-108, Amorrortu, B.A. 1988.
- Freud, S. 1909a *A propósito de un caso de neurosis obsesiva*. Obras Completas, X: 119-250, Amorrortu, B.A. 1988.
- Freud, S. 1909b *Análisis de la fobia de un niño de cinco años*. Obras Completas, X: 1-118, Amorrortu, B.A. 1988.
- Freud, S. 1910 *Contribuciones para un debate sobre el suicidio. Escritos breves*. Obras Completas, XI: 231-2, Amorrortu, B.A. 1988.
- Freud, S. 1911 [1910] *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente*. Obras Completas, XII: 1-76, Amorrortu, B.A. 1988.

- Freud, S. 1913 [1912-13] *Totem y tabú*. Obras Completas, XIII: 1-164, Amorrortu, B.A. 1988.
- Freud, S. 1914 *Introducción del Narcisismo*. Obras Completas, XIV: 65-98, Amorrortu, B.A. 1988.
- Freud, S. 1915 *Pulsiones y destinos de pulsión*. Obras Completas, XIV: 105-134, Amorrortu, B.A. 1988.
- Freud, S. 1917 [1915] *Duelo y Melancolía*. Obras Completas, XIV: 235-255, Amorrortu, B.A. 1988.
- Freud, S. 1918 [1914] *De la historia de una neurosis infantil*. Obras Completas, XVII: 1-112, Amorrortu, B.A. 1988.
- Freud, S. 1920 *Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina*. Obras Completas, XVIII: 137-164, Amorrortu, B.A. 1988.
- Freud, S. 1921 *Psicología de las masas y análisis del yo*. Obras Completas, XVIII: 63-136, Amorrortu, B.A. 1988.
- Freud, S. 1923 *El yo y el ello*. Obras Completas, XIX: 1-66, Amorrortu, B.A. 1988.
- Freud, S. 1924 *El problema económico del masoquismo*. Obras Completas, XIX: 161-176, Amorrortu, B.A. 1988.
- Freud, S. 1926 [1925] *Inhibición, síntoma y angustia*. Obras Completas, XX: 71-164, Amorrortu, B.A. 1988.
- Freud, S. 1930 [1929] *El malestar en la cultura*. Obras Completas, XXI: 57-140, Amorrortu, B.A. 1988.
- Freud, S. 1940 [1938] *Esquema del psicoanálisis*. Obras Completas, XXIII: 133-209, Amorrortu, B.A. 1988.
- Furman, E. 1984 Some difficulties in assessing depression and suicide in childhood. En: Orbach, I., *Children Who Don't Want to Live*. San Francisco: Jossey-Bass Inc. 1988.
- García Arzeno, M.E. 1993 *Nuevas aportaciones al psicodiagnóstico clínico*. Nueva Visión, B.A.
- Gómez Castro, C. & Borges G. 1996 Los estudios que se han hecho en México sobre la conducta suicida: 1966-1994. *Salud Mental*. 19(1): 45-55.

- González Forteza C, 1995 & Andrade P. La relación de los hijos con sus progenitores y sus recursos de apoyo: correlación con la sintomatología depresiva y la ideación suicida en los adolescentes mexicanos. *Salud Mental*. 18(4): 41-48.
- González Forteza C, 1995 Jiménez A, & Gómez C. Indicadores psicosociales asociados con la ideación suicida en los adolescentes. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatria*. México. 1995.
- Grinberg, L., 1973 Sor, D., & Tabak de B., E. *Introducción a las ideas de Bion*. NuevaVisión, B.A. 1986.
- Heineman P. 1962 Algunas funciones de introyección y proyección en la temprana infancia. En: *Desarrollos en Psicoanálisis*, Hormé. B.A.1967.
- Hijar M, Rascón R, 1996 Blanco J, & López L. Los suicidios en México. Características sexuales y geográficas (1979-1993). *Salud Mental*. 19(4):14-21
- Hoberman, H. & 1988 Garfinkel, B. Completed suicide in children and adolescents. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*,27(6):689-95.
- Hurry, A. 1978 My ambition is to be dead. *J. Child Psychotherapy*. 4(4): 69-85.
- Jacobsen, L., 1994 Rabinowitz, I., Popper, M., Solomon, R., & Pfeffer, C. Interviewing prepubertal children about suicidal ideation and behavior. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 33(4): 439-452.
- Kashani, J., 1989 Goddard, P., & Reid, J. Correlates of suicidal ideation in a community sample of children and adolescents. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 28(6): 912-917.
- Klein, M. 1922 Inhibiciones y dificultades en la pubertad. En: *Amor, Culpa y Reparación*. Obras Completas, I: 66-70, Paidós, Barcelona, 1989.
- Klein, M. 1923 El papel de la escuela en el desarrollo libidinal del niño. En: *Amor, Culpa y Reparación*. Obras Completas, I: 71-87. Paidós, Barcelona, 1989.

- Klein, M. 1927 Tendencias criminales en niños normales. En: *Amor, Culpa y Reparación*. Obras Completas, I: 178-192, Paidós, Barcelona, 1989.
- Klein, M. 1929a La personificación en el juego de los niños. En: *Contribuciones al Psicoanálisis*. Hormé, B.A. 1947.
- Klein, M. 1929b Situaciones infantiles de angustia reflejadas en una obra de arte y en el impulso creador. En: *Amor, Culpa y Reparación*. Obras Completas, I: 216-223, Paidós, Barcelona, 1989.
- Klein, M. 1930 La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del yo. En: *Amor, Culpa y Reparación*. Obras Completas, I: 224-237, Paidós, Barcelona, 1989.
- Klein, M. 1932 *El Psicoanálisis de Niños*. Obras Completas, II, Paidós, B.A. 1987.
- Klein, M. 1934 Sobre la criminalidad. En: *Amor, Culpa y Reparación*. Obras Completas, I: 263-266. Paidós, Barcelona, 1989.
- Klein, M. 1935 Contribución a la psicogénesis de los estados maniaco-depresivos. En: *Amor, Culpa y Reparación*. Obras Completas, I: 267-295, Paidós, Barcelona, 1989.
- Klein, M. 1937 Amor, culpa y reparación. En: *Amor, Culpa y Reparación*. Obras Completas, I: 310-345, Paidós, Barcelona, 1989.
- Klein, M. 1940 El duelo y su relación con los estados maniaco - depresivos. En: *Amor, Culpa y Reparación*. Obras Completas, I: 346-371, Paidós, Barcelona, 1989.
- Klein, M. 1945 El complejo de edipo a la luz de las ansiedades tempranas. En: *Amor, Culpa y Reparación*. Obras Completas, I: 372-444. Paidós, Barcelona, 1989.
- Klein, M. 1946 Notas sobre algunos mecanismos esquizoides. En: *Desarrollos en Psicoanálisis*. Hormé, B.A. 1967.
- Klein, M. 1948 Sobre la teoría de la ansiedad y la culpa. En: *Desarrollos en Psicoanálisis*. Hormé, B.A. 1967.
- Klein, M. 1952 Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del bebé. En: *Envidia y Gratitud*. Obras Completas, III: 70-101, Paidós, B.A. 1987.

- Klein, M. 1957 Envidia y gratitud. En: *Envidia y Gratitud*. Obras Completas, III:181-240, Paidós, B.A. 1987.
- Klein, M. 1960 Una nota sobre la depresión en el esquizofrénico. En: *Envidia y Gratitud*. Obras Completas, III: 268-271, Paidós, B. A. 1987.
- Klein, M. 1963 Sobre el sentimiento de soledad. En: *Envidia y Gratitud*. Obras Completas, III: 306-320, Paidós, B.A. 1987.
- Lebovici,S.,
Diatkine,R.&
Soulé, M., 1972 *Tratado de Psiquiatría del niño y del Adolescente*. Biblioteca Nueva. Madrid. 1995.
- Macías V, G. 1985 Psicoterapia del niño y del adolescente deprimidos. *Salud Mental*. 8(4): 3-7.
- Maizels, N. 1996 Working-through, or beyond the depressive position? *Journal of Melanie Klein and Object Relations*, 14(2): 143-175.
- Mannoni, M. 1965 *La primera entrevista con el psicoanalista*. Gedisa. México, 1986.
- Martínez Lanz P,
Saltijeral M, &
Terroba G. 1985 Revisión del Tema: "Intento de suicidio en los niños: un fenómeno psicosocial". *Salud Mental*. 8(2): 23-26.
- Medina Mora M.E,
López E, Villatoro J,
Juárez F, Carreño S,
Berenzon S, & Rojas E. 1994 La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias. Resultados de una encuesta en la población estudiantil. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría*, 1994.
- Milner, M. 1944 A suicidal symptom in a child of three. *Int. J. Psycho-Anal.*, 25: 53-61.
- Montoya, M.,
Escalante, P., &
Sauceda, J. 1998 Avances en el diagnóstico y tratamiento de las intoxicaciones en la infancia. *Gac. Med. Méx.* 134(5): 553-565.
- Muñoz, S. 1997 Intento de suicidio en la niñez y la adolescencia y su primer contacto con el médico pediatra. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.* 54(4): 167-169.

- Orbach, I. 1988 *Children Who Don't Want to Live. Understanding and Treating the Suicidal Child.* San Francisco: Jossey-Bass Inc.
- Pfeffer, C.R. 1979 Observations of play of hospitalized suicidal children En: Jacobsen, L. et al., 1994. Interviewing prepubertal children about suicidal ideation and behavior. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 33(4): 439-452.
- Pfeffer, C.R., Lipkins, R., Plutchik, R. & Mizruchi, M. 1988 Normal children at risk for suicidal behavior: a two-year follow-up study. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 27(1): 34-41.
- Pfeffer, C.R., Peskin, J., & Siefker, C. 1992 Suicidal children grow-up: psychiatric treatment during follow-up period. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 31(4): 679-685.
- Piaget, J. 1933 *La representación del mundo en el niño.* Ediciones Morata, Madrid, 1984.
- Pichon-Riviere, E. 1980 Esquema conceptual referencial y operativo (ECRO). En: *Teoría del vínculo.* Nueva Visión, B.A.
- Pla, Esperanza. 1992 Melanie Klein y el nacimiento del psicoanálisis de niños. Parte II. Juego e interpretación. En: *Manual de psicoanálisis y psicoterapia de niños y adolescentes.* Marcelo Salles, (Ed.) Cap. VIII. Grupo Editorial Planeta, México.
- Platas C, Saucedo J, Higuera F, Cuevas M. 1998 Funcionamiento psicosocial en menores que intentan el suicidio. *Psiquiatría*. 14(2): 51-55.
- Rice, E. 1985 The role of the oedipal fantasy in masturbatory and suicidal phenomena. *Int. J. Psychoanal. Psychother*, 11:243-251.
- Samy, M. 1998 Monsters, dragons and superstars. The analysis of a five-year-old suicidal boy with notes on changes in projective identification and symbolization. *Journal of Melanie Klein and Object Relations*, 16(2): 315-348.
- Sánchez O, & Lorenzini P. 1994 Aspectos socio-demográficos y clínicos en un grupo de pacientes con intento suicida en el I.N.P. *Revista Mexicana de Psiquiatría Infantil*, 3(2): 10-17.
- Sauceda, J.M. 1983 El niño que intenta el suicidio. *Rev. Med. IMSS*. 21: 203-205

- Sauceda J.M., 1997
Montoya M,
Higuera F, Maldonado J,
Anaya A, & Escalante, P. Intento de suicidio en la niñez y la adolescencia: ¿síntoma de depresión o de impulsividad agresiva? *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.* 54(4): 169-175.
- Schetcher, D.M. 1957 The recognition and treatment of suicide in children. En: Orbach, I., *Children Who Don't Want to Live.* San Francisco: Bassey-Bass Inc. 1988.
- Segal, H. 1973 *Introducción a la Obra de Melanie Klein.* Paidós, Barcelona, 1981.
- Siquier de Ocampo, 1974
García, M., Grassano
de Piccolo, E. *Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico.* Nueva Visión, B.A. 1980.
- Solano C. & 1996
Sánchez O. Intento de suicidio en adolescentes mexicanos. *Revista Mexicana de Psiquiatría Infantil.* 5(2):15-19.
- Terroba G, Heman A, 1986
Saltijeral T, &
Martínez P. El intento de suicidio en adolescentes mexicanos: algunos factores clínicos y sociodemográficos significativos. *Salud Pública de México.* 28(1):48-55.
- Toolan, J. 1962 Suicide and suicidal attempts in children and adolescents. *Am. J. Psychiatry,* 118(8): 719-724.
- Tustin, F. 1977 *Autismo y psicosis infantiles.* Paidós, B.A.
- Ulloa, F. 1970 Tres metas fundamentales del método clínico. Ficha del Departamento de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Velez, C.M., & 1988
Cohen, P. Suicidal behavior and ideation in a community sample of children: maternal and youth reports. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry,* 27(3): 349-356.
- Villarreal R., 1998
Mendoza R. &
Ávila M. Estudio de Seguimiento de una Muestra de Mujeres Adolescentes Hospitalizadas por Intento Suicida. Tesis para obtener el título de Especialidad en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia. *Hospital Psiquiátrico Dr. Juan N. Navarro.* México, 1998.
- Villatoro J, Andrade P 1997
Fleiz C, Medina-Mora M,
Reyes I, & Rivera E. La relación padres-hijos: una escala para evaluar el ambiente familiar de los adolescentes. *Salud Mental.* 20(2):21-27

- Villatoro J, 1998 Drug use pathways among high school students of Mexico. *Addiction*. 93(10): 1577-1588.
 Medina-Mora M,
 Juárez F, Rojas E,
 Carreño S, & Berenzon S.
- Walker, M., 1990 Parent's awareness of children's suicide attempts.
 Moreau, D., & *Am. J. Psychiatry*, 147(10): 1364-1366.
 Weissman, M.
- Winnicott, D. 1958a El psicoanálisis y el sentimiento de culpabilidad.
 En: *El Proceso de Maduración en el Niño*. Laia. Barcelona. 1981.
- Winnicott, D. 1958b La capacidad para estar a solas. En: *El Proceso de
 Maduración en el Niño*. Laia. Barcelona. 1981.
- Winnicott, D. 1963a El desarrollo de la capacidad para la inquietud. En: *El
 Proceso de Maduración en el Niño*. Laia. Barcelona. 1981.
- Winnicott D. 1963b De la dependencia a la independencia en el desarrollo del
 Individuo. En: *El Proceso de Maduración en el Niño*. Laia.
 Barcelona. 1981.
- Winnicott, D. 1971 *Realidad y Juego*. Gedisa, B. A. 1982.
- Young, E. B. 1996 A psychoanalytic approach to addiction: the formation
 and use of a precocious paranoid-schizoid-depressive
 organization. *Journal of Melanie Klein and Object
 Relations*, 14(2): 177-195.