

TEORÍA Y TÉCNICA DE LA PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA

José de Jesús González Núñez
María del Pilar Rodríguez Cortés



TEORÍA Y TÉCNICA DE LA PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA

TEORÍA Y TÉCNICA DE LA PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA

**José de Jesús González Núñez
María del Pilar Rodríguez Cortés**



Primera edición: 2002
primera reimpresión: 2007
Segunda reimpresión: 2008

© José de Jesús González Núñez, María del Pilar Rodríguez Cortés
© Instituto de Investigación en Psicología Clínica y Social, A.C. (IIPCS)
© Plaza y Valdés, S. A. de C. V.

Derechos exclusivos de edición reservados para
Plaza y Valdés, S. A. de C. V. Prohibida la
reproducción total o parcial por cualquier medio
sin autorización escrita de los editores.

Editado en México por Plaza y Valdés, S. A. de C. V.
Manuel María Contreras, 73. Colonia San Rafael
México, D. F., 06470. Teléfono: 5097 20 70
editorial@plazayvaldes.com
www.plazayvaldes.com

Calle de Las Eras 30, B
28670, Villaviciosa de Odón
Madrid, España. Teléfono 91 665 89 59
madrid@plazayvaldes.com
www.plazayvaldes.es

ISBN: 970-722-047-3

Impreso en México / *Printed in Mexico*

A mi esposa Tere
A mis hijos Adriana y Alejandro
JJGN

A mis padres, Raúl y Azálea
A Raúl, Tere, Lupita y Alejandro
MPRC

Índice

Primera parte

I. Tres hipótesis fundamentales	15
El determinismo psíquico.....	16
Existencia de procesos mentales inconscientes.....	17
Compulsión a la repetición	22
II. Las pulsiones	25
Etapas del desarrollo de la pulsión	33
Pulsiones parciales	36
Fijación y regresión.....	38
Complejo de Edipo	40
Complejo de Edipo complementario (negativo, invertido).....	44
Relación de objeto.....	46
El cambio de objeto en la niña.....	49
III. Las seis hipótesis metapsicológicas.....	53
Hipótesis topográfica	53
Hipótesis genética	54
Hipótesis económica	55
Hipótesis dinámica	57
Hipótesis estructural.....	58
Hipótesis adaptativa.....	65
IV. Desarrollo de la personalidad.....	67
Hipótesis genética	69
Fases del desarrollo	72
Fase oral.....	73
Fase anal	76
Fase fálica-edípica	79
Latencia	82
Fase genital.....	82

V. El Yo: sus funciones.....	85
Las funciones yoicas	85
Las funciones del Yo y el proceso analítico.....	93
La prueba de la realidad.....	94
Eljuicio.....	95
El sentido de la realidad	96
La regulación y el control de pulsiones y afectos.....	96
Las relaciones de objeto.....	98
El proceso de pensamiento.....	98
La regresión adaptativa al servicio del Yo.....	99
El funcionamiento defensivo	99
La barrera de estímulos	100
El funcionamiento autónomo	102
La función sintética-integrativa	102
La relación dominio-competencia.....	103
VI. El Yo: la angustia	105
Angustia automática.....	109
Angustia como señal de alarma.....	110
Angustia real	111
Angustia neurótica	112
Angustia moral.....	113
Soledad, vergüenza, culpabilidad: fuentes de angustia	114
VII. El Yo: los mecanismos de defensa	119
Represión	120
Identificación.....	122
Proyección	125
Desplazamiento	125
Negación	126
Vuelta contra sí mismo	128
Introyección	128
Fijación.....	129

Aislamiento.....	130
Regresión	131
Racionalización.....	132
Intelectualización	132
Formación reactiva.....	133
Sublimación.....	134
Supresión	135
VIII. El <i>self</i>	137
IX. El chiste y las parapraxias	143
La técnica del chiste	144
Las parapraxias	152
X. Los sueños	157
Breves notas históricas acerca de los sueños	157
El sueño en los primeros años de vida.....	160
El surgimiento de la conducta fetal	161
El sueño y la vigilia del prematuro	162
El sueño y la vigilia en el primer año de vida.....	162
El sueño y la vigilia a partir del segundo año de vida	164
Ritmos biológicos y sueño-vigilia.....	165
Sueño y vigilia.....	166
El sueño de una noche	167
Variaciones en el patrón de sueño humano.....	167
Aprendizaje durante el sueño.....	168
Efectos del sueño sobre la memoria a largo plazo.....	169
Definición de sueños	170
La función del sueño	174
Las hipótesis metapsicológicas y los sueños.....	177
Objetivo del sueño.....	182
La formación del sueño	182
El cumplimiento del deseo.....	190
La regresión	192

El olvido en el sueño.....	194
La represión	195
La angustia en el sueño	196
El simbolismo en el sueño.....	197
Sueños típicos.....	203
Interpretación de los sueños.....	207

Segunda parte

XI. Teoría de la técnica psicoanalítica.....	215
XII. La elección de psicoterapeuta	219
XIII. La primera cita con el psicoterapeuta	229
La interrupción por llamadas telefónicas durante el transcurso de la entrevista	232
Reacciones de transferencia a la interrupción.....	233
XIV. El primer encuentro	237
Los preparativos para la entrevista inicial.....	244
El lugar de la entrevista	245
El saludo.....	245
El <i>rapport</i>	245
La aceptación y la actitud alentadora	246
La catarsis	246
Terminación de la primera entrevista.....	247
XV. El contrato psicoterapéutico.....	251
El contrato psicoterapéutico.....	253
La dinámica de la psicoterapia.....	254
El lugar	257
El horario	258
La duración de la sesión.....	258
La frecuencia de las sesiones	258
El pago	259
La duración del tratamiento	260
Las enfermedades del paciente	260

¿Qué es la psicoterapia?	264
XVI. El deseo de entrar a tratamiento	265
XVII. El estado afectivo del paciente.....	277
Algunos aspectos del manejo de los afectos	
en la psicoterapia	289
XVIII. El pacto psicoterapéutico.....	293
Paciente-analista-encuadre	294
XIX. La regresión	303
XX. La resistencia.....	315
Manifestaciones clínicas de la resistencia.....	317
Clasificación de las resistencias	324
XXI. La transferencia y la contratransferencia.....	331
La transferencia desde el punto de vista	
psicoanalítico.....	334
La repetición y la impropiedad	335
¿Qué es la transferencia?.....	337
La contratransferencia desde el punto de vista	
psicoanalítico	339
Historia.....	346
Identificación, resonancia y contratransferencia.....	349
Metapsicología de la contratransferencia	351
Hipótesis dinámica.....	351
Hipótesis económica	351
Hipótesis estructural	352
Hipótesis genética	352
Hipótesis adaptativa.....	353
Contratransferencia y <i>acting out</i>	353
Reparación y sublimación en psicoterapia	354
¿Qué es la contratransferencia?.....	355
Clasificaciones de la transferencia-	
contratransferencia.....	356

Características de la transferencia- contratransferencia.....	357
XXII. Las intervenciones terapéuticas.....	359
Intervenciones terapéuticas en la psicoterapia psicoanalítica	362
Técnica para el análisis de las resistencias	363
Reglas técnicas relativas al tratamiento de la resistencia	366
El silencio del paciente como un obstáculo (resistencia) de la técnica psicoanalítica	367
El silencio del psicoterapeuta	371
El silencio como instrumento del trabajo psicoterapéutico.....	372
Intervenciones terapéuticas no psicoanalíticas	375
Intervenciones terapéuticas en crisis.....	381
XXIII. La terminación del tratamiento	387
Las metas en el proceso de terminación	391
Glosario	399
Referencias bibliográficas y hemerográficas	415

Primera parte

I

Tres hipótesis fundamentales

El psicoanálisis es una ciencia que Freud inició hace ya más de 100 años. Hasta la fecha se han incorporado muchos otros conocimientos y muchas otras investigaciones que han robustecido a esta ciencia, y es así como ha incrementado sus hipótesis que conciernen al funcionamiento y desarrollo mental en el hombre.

El psicoanálisis nos ha enseñado a comprender muchas actuaciones del ser humano que habían permanecido desconocidas e incomprensibles. De esta manera los significados de las pulsiones y fantasías inconscientes han aportado información completamente nueva sobre la vida del individuo y la formación de la personalidad, de tal suerte que ahora se pueden comprender y explicar vivencias y comportamientos que antes habían parecido oscuros y enigmáticos (Kuiper, 1980).

La teoría psicoanalítica está basada en la motivación humana y se apoya en tres hipótesis fundamentales, las cuales son de gran importancia para el funcionamiento mental tanto normal como anormal y están sumamente relacionadas entre sí, éstas son:

1. El determinismo psíquico.
2. La existencia de procesos mentales inconscientes.
3. La compulsión a la repetición.

El determinismo psíquico

Este principio afirma que en la mente, como en el mundo físico nada ocurre por casualidad. En la vida psíquica no existe discontinuidad alguna, por lo que los acontecimientos psíquicos se ubican dentro de una relación coherente y plena de significado con el resto de la vida psíquica del hombre (Brenner, 1983). Cada fenómeno psíquico está determinado por aquellos que le precedieron.

El determinismo o la causalidad psíquica propone que ciertas insuficiencias del funcionamiento mental de algunos actos aparentemente no intencionados están determinados ya sea por motivos conocidos a la conciencia, o por motivos que se originaron por procesos mentales del inconsciente. Esto es, cuando una idea, un sentimiento, un olvido accidental, un sueño parezca no estar relacionado con lo que aconteció antes en la mente, es porque su conexión causal reside en el inconsciente, en vez del consciente.

Es fácil ver en una persona cómo la horripilación de la piel, o sea, el que se le ponga la *carne de gallina*, tiene relación con las sensaciones que le suscita un buen trozo de una obra teatral; pero en cambio le es difícil darse cuenta, ni aunque se lo expliquen lo admite fácilmente, que el fuerte dolor que siente en el brazo derecho tiene relación con un hondo pesar envidioso del inconsciente.

Mediante la técnica psicoanalítica, se puede demostrar que detrás de todo sueño, acto fallido (lapsus: verbales, escritos y mnémicos), existen pensamientos y deseos que el individuo no se ha percatado de que forman parte de su mundo interno y le han moti-

TRES HIPÓTESIS FUNDAMENTALES

vado a una conducta o acción. Si los pensamientos o deseos activos llegasen a conocerse, las conductas repetitivas desaparecerán.

Acto fallido: Acto por el cual un sujeto sustituye, a su pesar, un proyecto o una intención, que él se ha propuesto con deliberación, por una acción o una conducta totalmente imprevista. Freud demostró que los actos fallidos son, como los síntomas, formaciones de compromiso entre la intención consciente del sujeto y lo reprimido.

A la conducta se le considera determinada por factores motivacionales, no sólo del organismo (pulsiones) sino también por derivados del medio externo, como el físico, interpersonal y social.

Pulsión: Proceso dinámico consistente en un empuje (carga energética, factor de motilidad) que hace tender al organismo hacia un fin. Una pulsión tiene su fuente en una excitación corporal (estado de tensión); su fin es suprimir el estado de tensión que reina en la fuente pulsional; gracias al objeto, la pulsión puede alcanzar su fin, tiene medios para conseguir el fin y es perentoria.

Existencia de procesos mentales inconscientes

El segundo principio se refiere a la existencia de procesos mentales inconscientes, que tienen la capacidad de afectar la conducta, y producir en el individuo pensamientos, acciones y sueños.

Los fenómenos mentales no conscientes son de dos tipos: los “preconscientes”, que incluyen aquellos procesos que pueden volverse conscientes con un mínimo de esfuerzo para que se les recuerden, entran y salen de la conciencia, y los “inconscientes” que

no tienen acceso a la conciencia y sólo pueden salir a la luz mediante análisis profundos.

Las representaciones del inconsciente y preconsciente son los recuerdos que entre más poderosos son, más reprimidos están y no son gobernables por la voluntad, por lo que la realidad exterior no puede influir en ellos. Estos recuerdos que gobiernan el inconsciente vienen desde la infancia, ya que en esta etapa se forma un individuo para toda la vida. El infante percibe un hecho de la realidad, lo deforma como lo crea su propia fantasía y lo acomoda en su inconsciente.

Fantasía: Guión imaginario en el que se halla presente el sujeto y que representa, en forma más o menos deformada por los procesos defensivos, la realización de un deseo y, en último término, un deseo inconsciente.

En el inconsciente se encuentran las pulsiones en su estado natural, sin embargo hay otros elementos que se le han ido agregando tales como los deseos, las representaciones de las primeras relaciones, la historia personal con sus eventos placenteros y displacenteros (que por efecto de la represión se acumulan), las fantasías, los afectos y los eventos que por su intensidad afectiva no se pudieron descargar de toda su energía a ellos asociada y en general, todo aquello que se llama el mundo interno del individuo.

Afecto: Palabra que designa todo estado emocional, penoso o agradable, vago o preciso, ya se presente en forma de una descarga masiva, ya como una tonalidad general. Toda pulsión se manifiesta en dos registros del afecto y de la representación. El afecto es la expresión cualitativa de la cantidad de energía pulsional y de sus variaciones.

TRES HIPÓTESIS FUNDAMENTALES

Todos estos elementos operan en la producción de la conducta y son multideterminantes y generadores de ésta. Pocas veces el individuo es capaz de percatarse de todos ellos y de su interacción en la formación del comportamiento.

El sistema inconsciente tiene las siguientes características.

1. Ausencia de la cronología, es decir, el tiempo no lo tiene presente.
2. No existe un concepto de espacio real.
3. Ausencia del concepto de contradicción, un ejemplo sería que a un mismo objeto se le pueden tener dos afectos totalmente opuestos, como son el amor y el odio.
4. Se expresa a través del lenguaje simbólico, el inconsciente utiliza símbolos para expresar sus motivaciones.
5. Igualdad de valores para la realidad interna y la externa o la supremacía de la realidad interna, un individuo neurótico o psicótico le da más valor a la realidad interna que a la externa.
6. Predominio del principio del placer, el hombre aprende a esperar y a acomodarse para conseguir la satisfacción pulsional, en cambio las personas dominadas por el proceso primario no pueden soportar el displacer, ya que sus tendencias inconscientes buscan su satisfacción sin preocuparse por las consecuencias.
7. No existen las conjunciones.
8. No existen los conceptos de sí y no.

El inconsciente funciona también mediante cinco mecanismos:

1. El desplazamiento, que consiste en la movilización y cambio de lugar y/o de objeto de una carga psíquica.
2. La condensación, que consiste en la unión de varios elementos separados que tienen una determinada afinidad entre sí, se unen y forman un elemento nuevo y único.

3. La proyección.
4. La identificación.
5. La simbolización.

Asimismo, el preconsciente del individuo tiene cuatro características:

1. La elaboración de una sucesión cronológica en las representaciones,
2. el hallazgo de una correlación lógica,
3. el relleno de lagunas existentes entre ideas aisladas, y
4. la introducción del factor causal, es decir, la relación de la causa y el efecto de los fenómenos.

A través de los siguientes fenómenos se puede demostrar la existencia del inconsciente:

- a) *Deprivación sensorial*. Se han realizado experimentos en los que se somete a varios sujetos a permanecer en habitaciones perfectamente oscuras y a prueba de ruidos, en las que están reducidas al mínimo las sensaciones táctiles y de movimiento. Los sujetos experimentaron fantasías autistas, y una disminución de la capacidad de seguir secuencias mentales ordenadas (inconsciente), además de que la información verbal repetitiva (inconsciente) que se les daba llegaron a experimentarla como una *verdad*, es decir que esta experiencia tuvo una intensidad engañosa y persistió por varias semanas.
- b) *Hipnosis*. Una técnica común para inducir la hipnosis es hacer que la persona se concentre en algo y reduzca el efecto de otros estímulos exteriores. Estas medidas acaparan la atención y como consecuencia se impide el pensamiento organizado, lógico y que va hacia la realidad. El resultado es un estado regresivo en el que aparecen imágenes, ideas y

fantasías que representan el contenido inconsciente y con el cual desaparece el sentido de la voluntad.

- c) *Lavado cerebral*. En la extrema necesidad, en el peligro de no tener dignidad, respeto de sí mismo, ni identidad, las pulsiones conceden a los objetos gratificadores de las mismas, un poder que viene a significar la esclavitud y la derrota de la voluntad y de la realidad. Así el objetivo de estos procedimientos no es únicamente obligar al individuo a hacer una falsa confesión, sino más bien que haga profesión de fe a cierta doctrina y crea en los hechos que corresponden a ésta.
- d) *Sueños*. Son los fenómenos de la vida psíquica normal en los que los procesos inconscientes se muestran de forma más clara y accesible. Además de permitir la comprensión de los procesos y contenidos propios del inconsciente, nos permiten llegar a los contenidos mentales reprimidos. Los sueños son la vía regia al inconsciente.
- e) *Parapraxias*. Los sucesos de la vida *normal* tienen bases causales específicas. Así los olvidos, las equivocaciones orales, los accidentes, los errores en la lectura y la escritura, son todos errores que surgen por deseos inconscientes que están inicialmente ocultos a la conciencia y se revelan *involuntariamente*.
- f) *Actuar cotidiano*. Un individuo en su actuar cotidiano repite acciones que no se da cuenta que las actúa hasta que otra persona se lo dice. Un sujeto puede ser hostil y asegurar que no lo es, aun cuando sí se comporta hostilmente.
- g) *Pruebas proyectivas*. Son instrumentos de diagnóstico y evaluación de la personalidad, a través de los cuales se ponen en el exterior pulsiones o sentimientos inaceptables, sean de naturaleza sexual o agresiva (inconscientes); por lo general lo que el sujeto proyecta en el exterior es lo reprimido.

- h) El psicoanálisis.* Es, por excelencia, la técnica mediante la cual se profundiza en el inconsciente, y que mediante la asociación libre llega a los contenidos reprimidos.

Compulsión a la repetición

El tercer principio considerado es el de la compulsión a la repetición, que es la tendencia del individuo a actuar conductas patológicas.

El olvido de impresiones, escenas y sucesos llevan casi siempre a una retención de los mismos en el inconsciente, siendo los recuerdos de la época temprana de la infancia los más difíciles de recordar, por lo que el individuo vive de nuevo esa situación como acto, ya que el recuerdo está reprimido. Lo repite sin saber que lo repite. La necesidad de actuar se basa siempre en el pasado para encontrar el placer que se originó en la infancia; sin embargo, también se reproduce el displacer cuando se reprime un recuerdo que causó ansiedad. La afectividad se programa durante la infancia y es aquí cuando se origina la compulsión a la repetición.

La persona actúa en lugar de recordar y lo hace bajo las condiciones de la resistencia. Repite todo lo que se ha incorporado ya a su ser, partiendo de las fuentes de lo reprimido (inhibiciones, tendencias inutilizadas y sus rasgos de carácter patológico). Sin embargo la mejor manera de refrenar la compulsión a la repetición es convertirla en un motivo de recordar. Si lo inconsciente se hace consciente, se recordarán recuerdos arrinconados y se superará la amnesia infantil.

Con un análisis profundo se llegan a descubrir las pulsiones reprimidas que alimentan la resistencia. Esta represión es inconsciente y cuanto más intensa sea la resistencia, más quedará el recuerdo sustituido por la acción. La causa inmediata de una resistencia es siempre la evitación de algún afecto doloroso como la ansiedad, la culpa o la vergüenza. Mediante la interpretación se

TRES HIPÓTESIS FUNDAMENTALES

pueden descubrir las resistencias que se tienen y así la persona recuerda fácilmente las situaciones y relaciones olvidadas.

Represión: Operación por medio de la cual el sujeto intenta rechazar o mantener en el inconsciente representaciones (pensamientos, imágenes, recuerdos) ligadas a una pulsión. La represión se produce en aquellos casos en que la satisfacción de una pulsión (susceptible de procurar por sí misma placer) ofrecería el peligro de provocar displacer en virtud de otras exigencias.

Resistencia: Todo aquello que, en los actos y palabras del analizado, se opone al acceso de éste a su inconsciente, oposición a sus descubrimientos, por cuanto éstos revelan deseos inconscientes.

La compulsión a la repetición se vuelve en personas normales una repetición de la *conducta normal*. Esta conducta no es a la calca de la anterior, es una repetición muchas veces de forma o de contenido, tratando de repetir aquello que le resuelve problemas al sujeto con menos gasto de energía. Actúa aquello que le es más fácil, dejando de lado una solución más creativa pero más difícil.

Algunas conductas se pueden repetir el mismo día, pero muchas otras se actúan a través del tiempo, a la semana, al mes, al año o a varios años. Se repiten formando *gestalten* cíclicas y perentorias.

Gestalten: Singular gestalt. Se refiere a completo o total. Configuración que se organiza a través de una necesidad dominante.

Perentorio: Es el último plazo que se concede, tiene la calidad de urgente. En el proceso primario no se puede soportar el dis-

placer, ya que sus tendencias inconscientes buscan satisfacción inmediata, esto es, su descarga es inaplazable y urgente. La descarga necesariamente se tiene que dar.

II

Las pulsiones

El psicoanálisis es un método de tratamiento y de investigación muy cercano a las ciencias naturales, a la biología; de hecho la palabra *pulsión* tiene una connotación más biológica que psicológica. Con el tiempo el concepto se desarrolló y actualmente se le reconoce esa connotación más psicológica. Desde la concepción de la biología, *instinto* es aquella conducta heredada, no aprendida, común a la especie, o sea filogenéticamente determinada, y por lo tanto estereotipada o constante. Paralelamente, desde el punto de vista de la psicología, la palabra *pulsión* tiene ese mismo sentido: es una conducta heredada, no aprendida, común a la especie o sea filogenéticamente determinada, pero aunque es constante no es estereotipada como en los animales. Se entiende entonces que el concepto *instinto* se aplica a ese tipo de conducta en los animales y el término *pulsión* se aplica a ese tipo de conducta en los seres humanos. En documentos freudianos originales encontramos la palabra *instinto*, sobre todo en las traducciones al español, como equivalente a *pulsión*.

Filogenético: Se refiere al estudio de la formación y encadenamiento de líneas evolutivas animales o vegetales; en el hombre hace referencia al encadenamiento de procesos evolutivos parecidos a los de los animales o vegetales, propios del hombre.

Lo que llamamos “pulsión” en el hombre es un estado de excitación central. No actúa como una fuerza de impacto momentáneo, sino como una fuerza constante. Su estímulo y fuerza no proceden del medio externo, provienen del propio cuerpo. Al respecto Freud dice (1915/1981): “la fuga es ineficaz contra él”. Al estímulo instintivo lo denominaremos mejor necesidad, y lo que suprime esta necesidad es la satisfacción. En este mismo artículo, Freud considera al instinto (pulsión) como un concepto límite entre lo anímico y lo somático.

Conceptualmente hablamos de un reservorio central de energía heredada, con cantidades diferentes en cada individuo pero común a la especie *homo sapiens*, la cual es utilizada para llevar a cabo las diferentes tareas de la personalidad. Las pulsiones obtienen también su energía de ese reservorio central y se convierten así en ese estado de excitación central. La acción motora que continúa después de la excitación tiene como mediadora una estructura mental altamente diferenciada que denominamos “Yo”, que permite las respuestas y la reflexión, lo que rompe con la estereotipia conductual predeterminada en el caso de las pulsiones en los animales, sobre todo inferiores (Hartman, 1978). La teoría psicoanalítica supone que hay una energía psíquica (catexia) que forma parte de las pulsiones o que de alguna manera deriva de ellas; se le concibe en cierta forma análoga a la energía física pero no igual. Ninguna de las dos energías han sido vistas en forma alguna y tal vez nadie las verá.

Catexia: Concepto económico, la catexia hace que cierta energía psíquica se halle unida a una representación o grupo de representaciones, una parte del cuerpo, un objeto, etcétera.

LAS PULSIONES

Ambos conceptos de energía son hipótesis de trabajo que tienen el propósito de simplificar y facilitar la comprensión de aquellos fenómenos de la vida psíquica que podemos observar, inferir o medir.

Las pulsiones determinan e imparten instrucciones al aparato psíquico para que se realice, ya sea consciente o inconscientemente, una determinada conducta.

Un instinto (pulsión) tiene una fuente, una finalidad, un objeto y una intensidad.

1. Fuente (somática): Las fuentes más importantes de la energía pulsional son las necesidades corporales. Una pulsión es un proceso estimulante en algún tejido u órgano del cuerpo que genera energía y que al liberarla produce una determinada reacción. El estudio de las fuentes de la pulsión corresponde más bien a otras áreas científicas, ya que a la psicología no le importan las fuentes de la pulsión como tales, sino que pone más énfasis en el conocimiento de sus fines.
2. Finalidad (satisfacción, placer): El fin último de la pulsión es la eliminación de la necesidad corporal que la produjo y así conservar el deseado estado de reposo, o sea el equilibrio homeostático tanto fisiológico como psicológico.

En Freud (1915/1981) se describe de la siguiente manera el fin (ziel) de un instinto (pulsión): El fin de un instinto es siempre la satisfacción, que sólo puede alcanzarse por la supresión del estado de estimulación de la fuente del instinto. Pero aun cuando el fin último del instinto es invariable, puede haber diversos caminos que conduzcan a él, de manera que para cada instinto pueden existir diferentes fines próximos susceptibles de ser combinados o sustituidos entre sí. La experiencia nos permite hablar también de pul-

siones coartadas en su fin, esto es, de procesos a los que se permite avanzar cierto espacio hacia la satisfacción de la pulsión, pero que experimentan luego una inhibición o una desviación. Hemos de admitir que también con tales procesos se halla enlazada una satisfacción parcial.

Pulsión coartada en su fin: Califica una pulsión que, por efecto de obstáculos externos o internos, no alcanza su modo directo de satisfacción (o fin) y encuentra una satisfacción atenuada en actividades o relaciones que pueden considerarse como aproximaciones más o menos lejanas del primer fin.

Suele mencionarse (Hall, 1986) que la pulsión es conservadora porque su finalidad es que el sujeto vuelva al estado de reposo en que se encontraba antes del estado de excitación. En ocasiones, sobre todo en la satisfacción de la pulsión sexual, hay una acumulación de tensión antes de la descarga final, es evidente que esta acumulación posee síntomas tanto físicos como psicológicos. No podemos decir lo mismo del estado de acumulación de la pulsión agresiva. Una persona puede encontrarse en ese estado y no poseer los síntomas que muestran tal acumulación de agresión hostil.

3. Objeto (medio por el cual se satisface): El objeto de la pulsión es la cosa en la cual o por medio de la cual puede la pulsión alcanzar su satisfacción (Freud, 1915/1981). Bien podemos sustituir la expresión *es la cosa* por objeto, quedándonos la expresión de que el objetivo de la pulsión es el objeto mediante el cual o por medio del cual la pulsión alcanza su satisfacción. El objetivo de la pulsión hambre es comer, el objetivo de la pulsión sexual es el coito, el objetivo de la pulsión agresiva es la lucha por el objeto. Tanto la teoría como la técnica psicoanalítica, en especial la escuela

LAS PULSIONES

inglesa, han dado especial atención al estudio de las relaciones de objeto y han concluido que el fin de la pulsión no es su descarga sino la obtención del objeto.

El objeto en sentido psicológico *es la cosa* como diría Freud, que no es otra *cosa* que cualquier objeto animado o inanimado que tenga importancia emocional para el sujeto.

Relación de objeto: *Término usado en psicoanálisis para designar el modo de relación del sujeto con su mundo, relación que es el resultado complejo y total de una determinada organización de la personalidad, de una aprehensión más o menos fantaseada de los objetos y de unos tipos de defensa predominantes.*

4. Intensidad o perentoriedad: La intensidad de la pulsión es su fuerza, distinta en cada individuo, y no es más que la cantidad de energía que posee para conseguir su finalidad, o sea su objeto.

De acuerdo con Freud (1915/1981) las pulsiones tienen cuatro destinos:

- a) la transformación en lo contrario (pasivo-activo),
- b) la vuelta hacia el propio Yo (cambio de objeto),
- c) la represión, y
- d) la sublimación.

La clasificación de las pulsiones ha pasado por tres etapas: pulsiones sexuales y de autoconservación, seguida por la de pulsiones de vida y de muerte para concluir en la diferenciación de libido y agresión. Cabe mencionar que las pulsiones son necesidades cor-

porales por lo que habrán tantas pulsiones como necesidades existan. Al atributo que poseen las pulsiones de impeler a la actividad a Freud (1911/1981) le resultó análogo al concepto de energía física, que es la capacidad de producir un trabajo.

Freud (1920/1981) intentó relacionar la teoría psicológica de las pulsiones con conceptos biológicos más fundamentales y propuso que las pulsiones se denominaran respectivamente, de vida y de muerte. De acuerdo con esta distinción supuso que hay dos clases de energía psíquica, aquella que está asociada con la pulsión de vida denominada “libido” y la que está relacionada a la pulsión de muerte llamada “agresión”.

Retomemos la clasificación que comprende las pulsiones de vida y de muerte. Ambas pulsiones siguen una evolución, determinada por las necesidades corporales. Los efectos de las pulsiones de vida son más visibles, son las representaciones psíquicas de todas las necesidades corporales cuya satisfacción es importante para continuar viviendo y preservar la especie. Las dos pulsiones atraviesan por las fases oral, anal y fálica. Se han estudiado más las pulsiones de vida y especialmente la conducta que tiene como fin la reproducción. A la energía psíquica que deriva de estas pulsiones de vida se le denominó “libido”, no encontrándose otra palabra para las pulsiones de muerte. Como ya se dijo los fines de la libido son la cópula, la autoprotección individual y la reproducción, y los reconocemos por sus derivados. Algunos de los derivados más importantes de la libido son el amor, el cuidado, el respeto, la dedicación, el gusto, el placer y casi todos los afectos positivos del ser humano. Se establece cierta confusión porque la demora de la descarga de la libido crea una tensión desagradable para el Yo, que espera la descarga cuando ha encontrado el objeto en el cual realizar; esta sensación desagradable se toma agradable en el momento de la descarga en el objeto y por lo tanto es placentera. Las pulsiones de vida buscan el placer y evitan el dolor.

LAS PULSIONES

Derivado de una pulsión: *Término utilizado por Freud dentro de su concepción dinámica del inconsciente; éste tiende a hacer resurgir en la conciencia y en la acción producciones que se hallan en conexión más o menos lejana con aquél. Estos derivados de lo reprimido son, a su vez, objeto de nuevas medidas de defensa.*

Las pulsiones de muerte cumplen su función de manera silenciosa y hasta cierto punto invisible. Su propósito o meta final es el retorno a lo inorgánico. En un principio los seres vivos poseían un periodo muy corto de supervivencia, pero al evolucionar las especies los organismos fueron prolongando su vida y así aseguraron la supervivencia de la especie a través de la procreación. Así en este punto de la evolución, la creación de la vida se hizo independiente de la estimulación externa. Aunque la pulsión de reproducción aseguraba la continuidad de la vida, la presencia de la pulsión de muerte significaba que ningún ser particular podía vivir eternamente. Su destino final era siempre retomar a lo inorgánico. Freud creía que la vida era un camino indirecto hacia la muerte.

Los derivados de las pulsiones de muerte más importantes son la agresividad y la destructividad, y todos aquellos afectos negativos como el aburrimiento, la envidia, los celos, etc. Y así como la libido, la *destrudo* (nombre que no tuvo aceptación para la energía agresiva) pasa por situaciones agradables que finalmente son destructivas. Un derivado de la *destrudo* es el trabajo creativo mientras el hombre viva y posea plenitud de facultades. Cuando hablamos de derivados de una pulsión significa que es una fuerza que impulsa y que tiene la misma fuente y finalidad que la pulsión de la que se origina, pero que es distinta en los medios por los cuales alcanza su fin. El derivado de una pulsión es la energía objetual sustitutiva.

Las pulsiones de vida y de muerte y sus derivados, llegan a fusionarse y/o a alternar recíprocamente, como cuando el amor de-

rivado de la libido se neutraliza con el odio, derivado de la *destruido*. O cuando se alternan, como cuando el amor se vuelve odio o el odio llega a convertirse en amor.

Estructuralmente las pulsiones residen en el Ello, pero se manifiestan a través del Yo, y algunos derivados a través del Superyó. Y a partir del punto de vista estructural se concluye que se sustituyen las pulsiones de vida y de muerte por los de libido y agresión. La residencia original de ambos está en el Ello, su control y expresión se da a través del Yo y algunos derivados a través del Superyó.

Cuando las pulsiones no alcanzan su fin, al no conseguir el objeto en el cual o por medio del cual lograr la satisfacción, el Yo puede buscar satisfacciones parciales a través de desplazar o sublimar las pulsiones.

Desplazamiento: Proceso por el cual se transfiere inconscientemente un sentimiento o emoción de su objeto a un sustituto más aceptable.

Consiste en que el acento, el interés, la intensidad de una representación puede desprenderse de ésta para pasar a otras representaciones originalmente poco intensas, aunque ligadas a la primera por una cadena asociativa.

Este fenómeno, que se observa especialmente en el análisis de los sueños, se encuentra también en la formación de síntomas psiconeuróticos y, de un modo general, en toda formación del inconsciente.

La teoría psicoanalítica del desplazamiento recurre a la hipótesis económica de una energía de catexis susceptible de desligarse de las representaciones y deslizarse a lo largo de las vías asociativas.

El libre desplazamiento de esta energía constituye una de las características del proceso primario, que rige el funcionamiento del sistema inconsciente.

Sublimación: *Desviación de la energía pulsional hacia actividades intelectuales, humanitarias, culturales o artísticas. Existe una inhibición del fin, desagresiviza y/o desexualiza la pulsión, existe una completa absorción de la misma por sus secuelas y produce una alteración en el Yo.*

Etapas del desarrollo de la pulsión

A continuación se describe la secuencia típica de las etapas del desarrollo:

- a) Durante el primer año y medio de vida aproximadamente, la boca, los labios y la lengua son los principales órganos sexuales de la criatura.
- b) En el año y medio siguiente (3 años), el otro extremo del tubo digestivo, es decir el ano, se constituye el lugar más importante de tensiones y gratificaciones sexuales (expulsión y retención de las heces).
- c) Hacia fines del tercer año el papel sexual principal comienza a ser desempeñado por los genitales y de ahí en adelante normalmente lo conservan (etapa fálica).

Abraham (citado en Fenichel 1973/1991) resume la historia del desarrollo de la libido como se ve en el siguiente cuadro:

TEORÍA Y TÉCNICA DE LA PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA

<i>Etapas de la organización libidinosa</i>	<i>Etapas del desarrollo del amor objetal</i>	<i>Estado de la ambivalencia</i>
1. Primera etapa oral (de succión).	Autoerotismo (sin existencia de objeto).	pre-ambivalente
2. Segunda etapa oral (sádico-oral, canibalística).	Narcisismo; incorporación total del objeto.	ambivalente
3. Primera etapa sádico-anal.	Amor parcial con incorporación.	ambivalente
4. Segunda etapa sádico-anal.	Amor parcial.	ambivalente
5. Primera etapa genital (fálica).	Amor objetal limitado por el predominante complejo de castración.	ambivalente
6. Etapa genital final.	Amor.	post-ambivalente

A continuación se presentan cuadros que muestran los aspectos positivos y negativos de las distintas etapas:

Etapa oral (succionar, tomar, morder)	
<i>Aspecto positivo</i>	<i>Aspecto negativo</i>
Capaz de aceptar	Pasivo, sin iniciativa
Conforme	Carente de opinión y de carácter
Devoto	Sumiso
Modesto	Sin orgullo
Encantador	Parásito
Adaptable	Carente de principios
Ajustado socialmente	Servil, sin confianza en sí mismo
Idealista	Apartado de la realidad
Sensitivo	Cobarde
Cortés	Rastrero
Optimista	Iluso
Confiado	Crédulo
Tierno	Sensiblero

LAS PULSIONES

Etapa sádico-anal (expulsar, retener)

<i>Aspecto positivo</i>	<i>Aspecto negativo</i>
activo	explotador
capaz de tomar iniciativa	agresivo
capaz de reclamar	egocéntrico
altivo	presuntuoso
impulsivo	precipitado
confiado en sí mismo	arrogante
cautivador	seductor
práctico	carente de imaginación
económico	mezquino
cuidadoso	suspica
reservado	frío
paciente	letárgico
cauteloso	angustiado
constante, tenaz	obstinado
imperturbable	indolente
sereno ante los problemas	inerte
ordenado	pedante
metódico	obsesivo
fiel	posesivo

Etapa genital fálica (competir, conquistar)

<i>Aspecto positivo</i>	<i>Aspecto negativo</i>
calculador	oportunista
capaz de cambiar	inconsistente
juvenil	pueril
previsor	sin futuro o pasado
de criterio amplio	carente de principios y valores
sociable	incapaz de estar solo
experimentador	sin meta ni propósito
no dogmático	relativista
eficiente	superactivo
curioso	carente de tacto
inteligente	intelectualoide
adaptable	sin discriminación
tolerante	indiferente
ingenioso	soso
generoso	disipador

Pulsiones parciales

El reconocimiento dentro del psicoanálisis de las etapas de organización libidinal, de una evolución en la elección de objeto en íntima relación con el proceso de maduración, que se manifiestan en forma de una atracción ejercida por uno de los sexos sobre el otro, y su fin sería la unión sexual, no le pertenece al niño y aparece hasta la pubertad. Esto viene a confirmar la existencia de una sexualidad infantil que se halla sometida al juego de las pulsiones parciales, ligada a la diversidad de las zonas erógenas, en tanto se desarrollan y establecen las funciones genitales propiamente dichas, y que Freud (1905/1981a) describió como *disposición perversa polimorfa* en los niños. Existen las siguientes pulsiones parciales:

1. *Escoptofilia (voyeurismo)*. La escoptofilia es la sexualización de las sensaciones de mirar, en donde aparecen fantasías de incorporar o destruir a través del ojo lo percibido, y cuyo componente principal es la curiosidad sexual que a menudo tiene la cualidad de una pulsión.
2. *Exhibicionismo*. El exhibicionismo es la contraparte de la escoptofilia (voyeurismo) y habitualmente se presentan juntos. El exhibicionismo es precursor en el fin sexual de mirarse a sí mismo, por esta razón tiene un carácter narcisista en relación con las demás pulsiones parciales. Esta pulsión parcial evoluciona diferente para hombres y mujeres. El exhibicionismo masculino está fijado a los genitales dado que así calma su angustia de castración, mientras que en la mujer se inhibe el exhibicionismo genital y se desplaza hacia el cuerpo en su totalidad.
3. *Sadismo*. También son pulsiones parciales normales el sadismo y el masoquismo, ya que se encuentran en todos los

niños. El odio y la voracidad se unen entre sí cuando el destruir a un objeto se vuelve un fin en sí mismo y cuyo logro produce placer (sadismo).

4. *Masoquismo*. En el masoquismo la agresión se dirige hacia el propio sujeto, tiene que ver con el erotismo de la piel que es provocado por estímulos que causan cierta cantidad de dolor (vuelta de las pulsiones sádicas sobre el Yo).
4. *Erotismo uretral*. El erotismo uretral aparece frecuentemente combinado con el complejo de castración. Existe principalmente el placer de orinar (eliminar) pero hay también un placer de retención, esto es más frecuente en las niñas. En principio este placer es autoerótico para después volverse hacia los objetos (orinar sobre los objetos, o que orinen sobre uno), puede tener también un carácter de un equivalente inconsciente de masturbación.
5. *Placer erotizado de los sentidos*. Toda la superficie de la piel, así como todas las membranas mucosas tienen una función de zona erógena. También existe el erotismo de la temperatura *lograr cariño-lograr calor* (Fenichel, 1973/1991) erotismo de contacto. Existen también pulsiones sexuales de oír, gustar u oler. Los fenómenos de la sexualidad del gusto coinciden muchas veces con el erotismo oral, así como los fenómenos de la sexualidad del olfato tienen que ver con el erotismo anal.

Zona erógena: Toda región del revestimiento cutáneo-mucoso susceptible de ser asiento de una excitación de tipo sexual. De un modo más específico, ciertas regiones que son funcionalmente el asiento de tal excitación: zona oral, anal, uretro-genital, pezón, piel.

Fijación y regresión

Fijación

Durante el desarrollo del individuo se da un proceso de maduración gradual, es decir un progreso epigenético en las pulsiones, en lo emocional, en los aspectos psicosexuales y en el pensamiento: conforme va madurando una persona aprende a responder en forma más adulta a las diversas situaciones que va a enfrentar, aprende también a postergar la satisfacción de sus pulsiones, a tolerar la frustración, a manejar la realidad de una forma más adaptativa y puede expresar mejor sus emociones. Pero el desarrollo de todos estos aspectos no es uniforme; algunos de ellos pueden detenerse en su desarrollo o en alguna etapa y no evolucionar al mismo nivel de los otros, se han quedado fijados en etapas anteriores.

La fijación implica dos condiciones: *a)* la existencia de factores constitucionales y *b)* la presencia de factores históricos tales como la influencia familiar, un trauma o un suceso importante en el desarrollo.

Una fijación puede darse por una frustración o carencia en una etapa, o bien, por el exceso de gratificación. Y es fácil de observar cómo un individuo adulto tiene actitudes o comportamientos adolescentes cuando se habla de aspectos relacionados con el padre. Los comportamientos sexuales o agresivos poseen cierta predisposición a la fijación, ya que su descarga puede ser vergonzosa o dolorosa.

Regresión

En el mecanismo de la regresión, una parte de la personalidad del individuo pierde el grado de desarrollo que había obtenido y regresa a un modo de funcionamiento de una etapa anterior del desarrollo.

LAS PULSIONES

llo. Una experiencia traumática o un evento que resulte frustrante para una persona puede ocasionarle que responda de una manera menos adulta y que recurra a una forma de ser que utilizaba en su infancia cuando se enfrentaba a situaciones angustiantes y durante ese periodo le servía y le era muy adaptativa.

La regresión tiene propósitos para lograr la adaptación, pero suele ser destructiva y no promueve la congruencia con la realidad externa. Las formas y grados extremos del uso de la regresión ocasionan una desorganización en la personalidad, como es en el caso de la esquizofrenia.

La regresión no se hace en una forma masiva a una etapa del desarrollo inmediatamente anterior, sino que regresa un sector de la personalidad a determinada etapa en donde actuaba de cierta forma, mientras que otros elementos de la personalidad pueden continuar sin alterarse. La intensidad de la regresión depende de dos factores que se encuentran relacionados: *a)* el grado de vacilación con que la persona acepta la nueva forma de satisfacer sus necesidades y demandas, y *b)* el grado de fijación a las etapas anteriores de su vida y antiguas formas de actuar.

Existe la regresión al servicio del Yo, la cual implica un aspecto positivo. Es como regresar dos pasos para tomar impulso y avanzar tres. Es una función yoica flexible que permite el moldeamiento de los procesos secundarios.

Las personas sanas y bien adaptadas hacen uso de la regresión para evitar o reducir la angustia; por ejemplo: fumar, comer demasiado o tomar, lo que implica una regresión a la etapa oral, donde el placer se obtiene al estimular la boca. Una regresión oral también puede verse en la persona que habla mucho o una regresión anal es cuando un sujeto trata de controlar todo lo que sucede.

Freud (1914/1981) distingue tres aspectos de la regresión: *a)* el topográfico, *b)* el temporal, y *c)* el formal.

- a) El sentido topográfico implica una regresión hacia lo más inconsciente y hacia zonas pregenitales;
- b) el sentido temporal implica la regresión hacia formas o conductas psíquicas anteriores o más antiguas; y
- c) el sentido formal implica que los modos habituales de comportamiento y de expresión son remplazados por modos más primitivos de actuar.

Complejo de Edipo

El complejo de Edipo se manifiesta en el esplendor de la sexualidad infantil. El cambio exógeno transita desde el erotismo oral, a través del erotismo anal, a la genitalidad, aunado también el desarrollo de las relaciones de objeto a partir de la incorporación parcial y la ambivalencia, se incluyen el amor y el odio, todo ello converge en las tendencias edípicas manifestándose en una masturbación genital embestida por culpa (Mezer, 1968). Estas tendencias podrán ser reelaboradas a través de la sexualidad adulta.

La connotación del complejo de Edipo, caracterizado por *el amor hacia el progenitor del sexo opuesto y los deseos de muerte dirigidos al padre del mismo sexo* (Fenichel, 1991), puede ser diferente para cada individuo ya que depende de su experiencia y constitución específica. El desarrollo de las experiencias tanto pregenitales como traumáticas constituyen el marco principal que determina el proceso del complejo de Edipo.

Resulta crucial en la evolución de este complejo la percepción que el niño adquiera acerca de la vida sexual de los padres, enfatizado por la experiencia directa que de ella pueda tener la escena primaria. Indudablemente la fantasía producida de la escena primaria no puede equipararse a los efectos de la experiencia real.

Escena primaria: Escena de relación sexual entre los padres, observada o supuesta basándose en ciertos indicios y fantaseada por el niño. Éste la interpreta generalmente más que como un acto de amor y procreación, como un acto de violencia por parte del padre.

Un acontecimiento traumático característico es el nacimiento de un hermanito o hermanita. Esto puede ser motivo de alteración de las gratificaciones edípicas, ya que tiene que ser copartícipe de los cuidados maternos, así como las percepciones y conjeturas sobre el embarazo, y así incrementa la curiosidad sexual o las angustias sexuales.

En el momento cumbre del complejo de Edipo, todo niño o niña experimenta desengaños y heridas narcisistas que provocan reacciones diferentes según sea la constitución del niño, la forma como experimenta dichas heridas y sus experiencias anteriores.

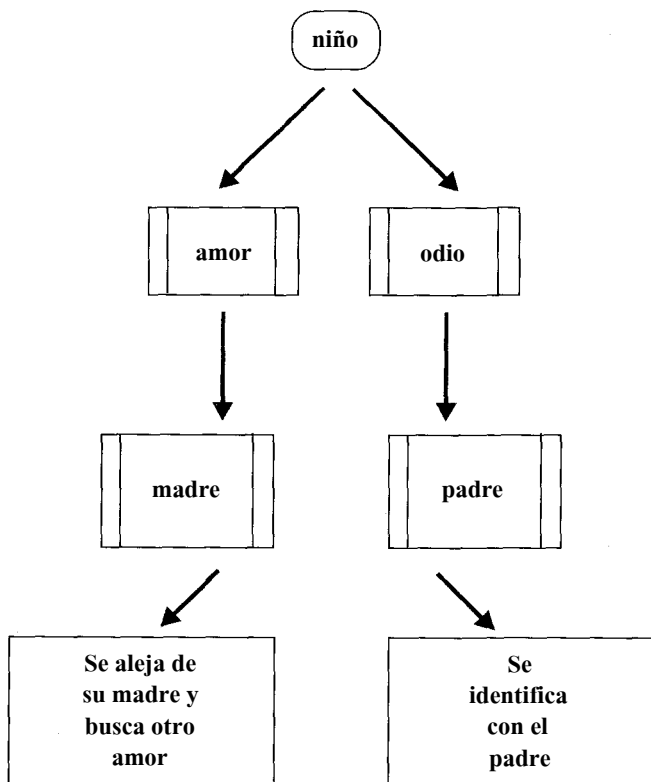
De acuerdo con Mezer (1968) los siguientes esquemas muestran la resolución del complejo de Edipo tanto en el niño como en la niña. La clave de la desaparición del odio al padre del sexo opuesto es la identificación, proceso por el cual el niño o niña entra en una estrecha relación con el progenitor del mismo sexo.

Identificación: La identificación es un mecanismo de defensa inconsciente que sirve para proteger a la personalidad, pero además, es un proceso que ayuda al Yo a madurar, contribuye a la formación del Superyó y al desarrollo del Ideal del Yo. Las identificaciones son procesos importantes en todo el funcionamiento organizado de la personalidad.

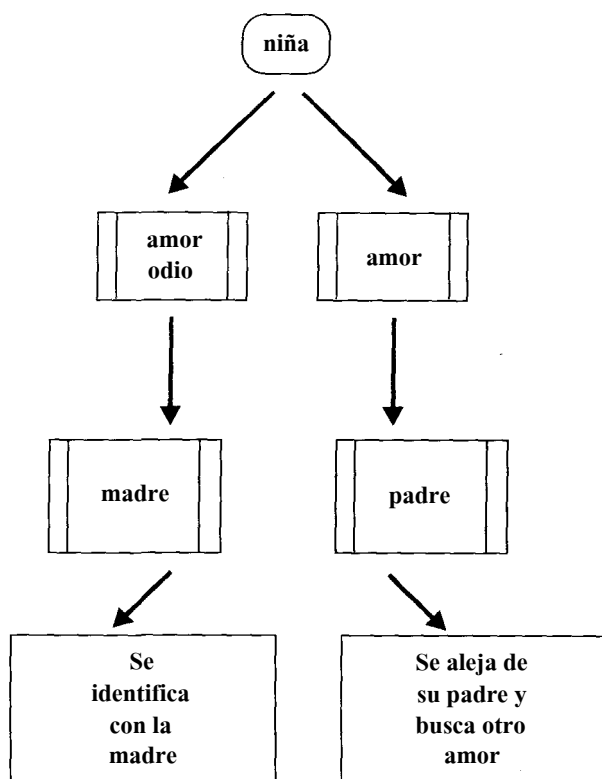
En el proceso de identificación el Yo utiliza energía para poner en sí mismo aspectos que desea de un objeto externo. Es un fenómeno que permite que el sujeto tenga la posibilidad de relacionarse con el medio externo (proceso secundario). En este

sentido se refiere al agrado o satisfacción de tener uno mismo las características del otro; además de permitir el desarrollo del Yo como ser individual, permite la comunicación con los demás.

Existen diversas formas de identificación, pero todas matizadas de componentes de la fase oral del desarrollo psico-sexual; la identificación es la forma más primitiva de enlace afectivo, es la forma que el niño incorpora un objeto.



LAS PULSIONES



En relación con lo anterior, los efectos del complejo de Edipo consisten en que las catexias puestas sobre los padres son abandonadas y sustituidas por identificaciones y forman una estructura compleja. Se presentan los siguientes cuadros de identificaciones, procedentes todas de la situación edípica (Korman, 1977, citado en González Núñez, 1985).

Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica

Identificaciones edípicas del varón

	<i>Forma del Edipo</i>	<i>Objeto elegido</i>	<i>Tipo elección objetal</i>	<i>Objeto de la identificación</i>	<i>Tipo de identificación</i>
Identificaciones masculinas (con el padre).	positivo	madre	por apoyo	padre	Identificación con el rival. Identificación con el objeto perdido.
	negativo	padre	narcisista	padre	
Identificaciones femeninas (con la madre).	negativo	padre	narcisista	madre	Identificación con el rival. Identificación con el objeto perdido.
	positivo	madre	por apoyo	madre	

Identificaciones edípicas de la niña

	<i>Forma del Edipo</i>	<i>Objeto elegido</i>	<i>Tipo elección objetal</i>	<i>Objeto de la identificación</i>	<i>Tipo de identificación</i>
Identificaciones femeninas (con la madre).	positivo	padre	por apoyo	madre	Identificación con el rival. Identificación con el objeto perdido.
	negativo	madre	narcisista	madre	
Identificaciones masculinas (con el padre).	negativo	madre	narcisista	padre	Identificación con el rival. Identificación con el objeto perdido.
	positivo	padre	por apoyo	padre	

Complejo de Edipo complementario (negativo, invertido)

El Edipo complementario corresponde en el varón a preferir al padre y desear que desaparezca la madre, y en la mujer el desear

quedarse con la madre y alejar al padre. Ambas situaciones son de mucho menos intensidad que el Edipo positivo, pero coexistentes con el mismo. Su solución es finalmente subordinarse al Edipo positivo pero siempre permanecer en forma latente. Ahora, si este Edipo complementario persevera y adquiere supremacía, se convierte en una situación patológica, veamos:

Las soluciones anormales al complejo de Edipo pueden darse por varias razones. En el caso del niño puede no dejar de desear a su madre nunca y no volverse a un objeto de amor externo, se identificará con el padre y será suficientemente masculino, y sin embargo, mantenerse soltero porque todo su amor pertenece a la madre. El amor que lo liga a ella puede ser tan completo que no haya sitio para otra mujer; puede debilitarse este lazo y casarse con otra mujer. En este caso el hombre está enamorado de dos mujeres, su madre y su esposa. Otra dificultad se presenta cuando el niño fracasa en la empresa de identificarse con el padre, y se quedan entonces sin solución los sentimientos de odio que hay dentro de sí. Un hombre así, conserva por el resto de su vida tal hostilidad, ésta explota ante la más leve provocación. Constantemente muestra odio hacia sus patrones (o cualquier superior), no soporta la supervisión o el estar en posición inferior, ni es capaz de tomar un papel de dirigente. Puede ser todavía más grave, puede suceder que todo el proceso se invierta de modo que el muchacho ame a su padre y odie a su madre, y entonces se identifique con ella. La homosexualidad manifiesta y activa que se desarrolla de tal identificación errónea es totalmente diferente a la anteriormente descrita. Al identificarse con su madre, el muchacho se hace femenino y pasivo, adquiere las actitudes y emociones de una mujer y desea a otro hombre como objeto de amor.

En el caso de la niña también pueden surgir soluciones anormales. Puede ser que una niña no deje de amar al padre y permanezca atada a él de por vida. Comúnmente son incapaces de sentir amor

por otro hombre, ya que permanecían totalmente atadas al padre. En casos menos extremos, el apego al padre puede ser parcialmente abandonado y la muchacha puede amar entonces a otro hombre, aunque sólo hasta cierto grado, puede incluso casarse con él. También puede suceder que la niña nunca resuelva sus sentimientos de odio hacia la madre. Como mujer puede ser que tenga grandes dificultades en sus relaciones con otras mujeres que tienen autoridad. Como en el caso del niño, el proceso completo puede ser invertido; la niña siente entonces un amor esperanzado hacia la madre y una ambivalencia hacia su padre. Se identificará entonces con éste y se volverá masculina en su personalidad, deseará a una mujer como objeto de amor y se convertirá en una homosexual abierta y activa.

Relación de objeto

La relación de objeto es el modo de relación del sujeto con su mundo. Los padres como objetos que ayudan al control de las pulsiones libidinales y agresivas viven dentro del individuo, ya sea para satisfacerlo o para frustrarlo. Los hermanos guardianes también habitan ese mundo interno y siempre tienen actualidad, porque su actividad de guardianes perdura siempre ya sea satisfaciendo o desprotegiendo al sujeto. El niño antes de internalizar a la madre guardiana, protectora y gratificante incorpora a la madre, padre, hermano como objetos que no lo satisfacen, y precisamente porque no lo satisfacen es por lo que lo tienen que incorporar, al objeto guardián que lo satisface lo puede manejar y puede tratar con él, lo incorpora automáticamente, lo internaliza como satisfactor, como gratificante de sus deseos (Fairbairn y Ronald, 1978), ya que no lo traumatiza, no lo frustra, por eso muchas veces se trata de conquistar a quien nos dio y ahora no nos da, se trata de domar al que no nos satisface, deseamos que lo haga y si no nos enojamos y somos agresivos con

él, y lo culpamos de todas nuestras frustraciones y dolores emocionales. Cuando el objeto ha sido internalizado, se expresa ya sea en la relación consigo mismo o con quienes lo rodean.

Resulta claro que la relación madre-padre-hermanos y la herencia son determinantes para la formación de la personalidad futura. En cuanto a la herencia biológica, ésta tiene influencia en el desarrollo; en esa cualidad genética la madre tiene mucha importancia en su interacción con el niño, puesto que es la madre la que generalmente recibe al bebé y le ayuda en su adaptación biológica desde el propio nacimiento. Si la madre no posee conflictos psicológicos significativos responderá a su hijo de manera razonablemente saludable, si no responderá con esos conflictos psicológicos que no son del niño pero que posteriormente lo serán.

Así la madre o sustituto de ella, cuidará y ayudará al niño a resolver sus ansiedades y conflictos propios, dándole la expectativa y sensaciones de satisfacción. En caso contrario, producirá en el niño conflictos que insertará en su inconsciente y que serán reales y vigentes para él. Funcionan como reales desde su mundo intrapsíquico. A este respecto a veces son más útiles los sustitutos de la madre, más sanos que la madre misma. Una madre puede verse en una situación desventajosa a causa de muy diversas circunstancias y sin embargo puede ser una buena madre. Es la constancia objetal, prácticamente de cualquier calidad, la que va a tener una fuerte influencia sobre el futuro de la salud mental del niño.

Constancia objetal: Gradual internalización de una imagen constante y catectizada positivamente de la madre. Este es el último paso en el desarrollo de una relación de objeto madura. Si hay constancia de objeto, éste no se cambia por otro aunque deje de ser satisfactor o esté ausente. Se puede sustituir a la madre real por su imagen internalizada.

El padre también es una persona que establece relaciones perdurables con el niño, lo motiva y le da sentido a sus metas y formas de conducirse. Los tiempos están cambiando y también los métodos hospitalarios y de crianza de los hijos por parte del padre, ahora los hospitales favorecen a que se establezca con el recién nacido igual que con la mamá una relación paralela con el papá. El padre comienza a establecer contacto con el hijo en el ámbito de crear un vínculo con el recién nacido durante los tres primeros días después del nacimiento y con frecuencia antes. El embelesamiento del padre que después se convierte en el sentimiento de orgullo y de la capacidad de conmoverse en el hijo, es una de las características de ese vínculo establecido tan tempranamente del padre con el hijo.

Es el padre la persona que al relacionarse con su hijo lo provee, lo satisface o le quita afecto de la madre, de los hermanos, etc., la que al igual que la madre troquela la personalidad del hijo.

Los hermanos mayores, por lo general, y en muchos casos menores, influyen la mentalidad del individuo y al igual que la madre y que el padre, dan, torturan, quitan afectos al hermano. Así la primera pareja madre-hijo troquela ciertas relaciones de pareja; en la pareja padre-hijo se construyen otras formas de relación o se ratifican las establecidas con la madre, en la relación hermano-hermano también se forman parejas deserotizadas de hermanos casi sin importar el sexo, parejas que son influyentes futuras en las relaciones de pareja que el individuo establezca. Una relación diádica de hermanos, o triádica o de cualquier otro tipo (de amigos, de enemigos, de rivales, etc.) igual quita o da emocionalmente al individuo satisfacción o tortura.

Así las nuevas relaciones establecidas en la edad adulta se establecen a imagen y semejanza de las establecidas con ellos. Se establecen relaciones inconscientes que sólo tienen lógica irracional para el sujeto y que son reales y existen más allá de la lógica formal o dialéctica.

En cada persona existe una jerarquía de importancia emocional intrapsíquica. Para unos es más importante el padre como conflicto que la madre o hermanos, el que exista una jerarquía no le resta trascendencia a ninguna persona importante.

El cambio de objeto en la niña

El desarrollo objetal en la niña requiere de una transición más elaborada que en el niño. Esto implica abandonar su primer objeto, la madre, y visualizar al padre como su segundo objeto.

Esta transferencia se presenta entre los tres y seis años de edad. Este cambio está delineado no solamente por los hechos de la experiencia, sino también se le atribuye a factores biológicos.

Es importante señalar la influencia de los factores psíquicos sobre el desarrollo de los procesos psicológicos, ya que es determinante en la aparición de complicaciones y perturbaciones acaecidas en la neurosis.

Neurosis: Alteración psicológica en la cual permanece relativamente intacta la apreciación de la realidad, pero los conflictos inconscientes reprimidos dan lugar a síntomas tales como angustia, depresión, temores irracionales, dudas, obsesiones, y malestares físicos de origen psicológico.

Los desengaños que la madre produce en la niña, como el destete, el aprendizaje de los hábitos higiénicos y el nacimiento de hermanos, facilitan, predisponen o impiden que ésta se aparte de la primera. Sin embargo existe otro desengaño específico para la mujer, y se ha mencionado en repetidas ocasiones, la envidia primaria del pene en la niña (real y simbólica), pues la niña observa que, realmente, no tiene pene y que los niños sí, y simbólica por-

que el sentimiento vivido de frustración puede ser desplazado a cualquier potencialidad o habilidad. Algunas niñas que por su experiencia personal presentan una tendencia al autorreproche, pueden reaccionar ante esta envidia con sentimientos de culpa y perciben este desplazamiento como un daño subjetivo hacia su propio cuerpo. Esto hace que conciban a la madre como responsable: la madre no les concedió un privilegio, las hizo carentes de algo. Así este desengaño, exclusivamente femenino, conlleva a la niña a alejarse de la madre. En algunas mujeres esto conlleva también la sensación permanente de estar incompletas, culpando de esta situación a la madre, al padre o a los hermanos, o a cualquier situación social.

La connotación de feminidad se matiza en elementos receptivo-anales y receptivo-orales. La niña en esta transferencia de objeto busca obtener en el padre los *suministros* que la madre no le concede. La niña crea un esquema de fantasía en el que la idea de *pene* es revertida por la idea de convertirse en *niño*, y el clitoris como zona prioritaria en su estructura corporal puede nuevamente ser reubicado en otro lugar, regresivamente, por exigencias anales y especialmente orales, esto es, receptivas. La sexualidad vaginal estará matizada por características de origen receptivo de las catexis, y a una receptividad femenina normal. El embarazo es considerado como una incorporación de este proceso. Por otro lado pueden surgir situaciones patológicas que presentan una reactivación de tendencias sádico-orales, que alteran la sexualidad posterior de la mujer.

Por lo precedente se puede decir que el amor preedípico hacia la madre deriva su primacía en las neurosis de la mujer.

Un punto de discernimiento entre el hombre y la mujer radica en la relación con la madre. Ésta estriba en la fuerte ambivalencia que confluye en la relación de ésta con la madre, a diferencia del hombre con el padre, que se resuelve con la identificación.

Sin embargo no siempre se observa un desprendimiento del

objeto-madre por parte de la mujer. Esto se puede corroborar en la elección de pareja u objeto masculino amoroso que hacen, en la cual buscan características similares de la madre.

Esta fijación preedípica a la madre es catectizada por objetivos pregenitales; pero también aparecen pulsiones genitales conducidas hacia la madre, y es el desengaño genital lo que conlleva a la renuncia final.

Así como existen diferencias, también existen similitudes, la niña crea un complejo de Edipo análogo al del varón cuando logra establecer el vínculo con el padre. Esta relación no resulta del todo exitosa, ya que crea en la niña un odio cargado de celos con sentimientos de culpa hacia la madre. Este odio se manifiesta aunado a pulsiones anteriores de las etapas preedípicas.

Preedípico: Califica el periodo del desarrollo psicosexual anterior a la instauración del complejo de Edipo; en este periodo predomina, en ambos sexos, el lazo con la madre.

Freud expresó las diferencias en el desarrollo de las relaciones de objeto para el hombre y la mujer de la siguiente forma: el complejo de Edipo masculino se resuelve gracias al complejo de castración; se renuncia a él por causa de la angustia de castración. El complejo de Edipo femenino es producido por el complejo de castración: a causa del desengaño acarreado por la carencia de pene el amor de la niña se vuelve hacia el padre (Fenichel, 1991).

Complejo de castración: Complejo centrado en la fantasía de castración, el cual aporta una respuesta al enigma que plantea al niño la diferencia anatómica de los sexos; esta diferencia se atribuye al cercenamiento del pene en la niña.

III

Las seis hipótesis metapsicológicas

Para Freud (Brenner, 1983) el desarrollo del aparato psíquico fue pasando desde una perspectiva médico biológica hasta llegar a una visión estructural y funcional que enfatiza más el proceso del inconsciente sobre los elementos neurológicos. En sus primeros escritos aparece un esquema basado en el sistema nervioso en el que el aparato psíquico es imaginado como constituido por muchos componentes del sistema perceptivo en un extremo al sistema motor en el otro (formulación telescópica del aparato psíquico).

Hipótesis topográfica

El modelo topográfico se basa en tres sistemas:

1. Inconsciente: Proceso psíquico incapaz de alcanzar la conciencia, sólo puede adquirirla mediante técnicas especiales, como son los tests psicológicos proyectivos y el psicoanálisis, entre otros.

2. Preconsciente: Procesos, pensamientos y recuerdos que con facilidad pueden hacerse conscientes por medio de un esfuerzo de atención.
3. Consciente: Significa lo que es consciente en la mente. La conciencia se refiere al órgano sensorial para la percepción de las cualidades psíquicas. Es todo aquello de lo que nos damos cuenta, es efímero, pues lo que es consciente en el momento, al siguiente ya no lo es (González Núñez, 1997).

Este modelo es dinámico, ya que hay contenidos mentales que se hacen conscientes por un esfuerzo de atención y otros que están impedidos de penetrar en la conciencia por alguna fuerza interna de la mente misma.

Hipótesis genética

Requiere que la explicación psicoanalítica de cualquier fenómeno incluya proposiciones relativas a su origen psicológico y a su desarrollo.

(Ésta y las siguientes hipótesis pueden encontrarse en Rappaport, 1968).

1. Todos los fenómenos psicológicos tienen origen y desarrollo psicológicos.
2. Todos los fenómenos psicológicos se originan en propiedades innatas, que siguen el proceso de maduración según un plan básico epigenético.
3. Las formas primitivas de un fenómeno psicológico siguen siendo potencialmente activas aunque sean desplazadas por formas posteriores.

4. En cada punto de la historia psicológica, la totalidad de las formas primitivas potencialmente activas codetermina todos los fenómenos psicológicos subsecuentes.

En los sueños se puede precisar el origen y evolución de los problemas psicológicos de una persona. Con relativa facilidad, puede observarse si el origen es oral, anal, fálico (edípico), simbiótico, narcisista, etcétera.

Por ejemplo: Cosme es un hombre de 45 años que es mandado en su empresa a psicoterapia por su alcoholismo. En el momento del diagnóstico se encuentra que es una persona conforme, optimista, sumisa, parásito, muy dependiente y que su alcoholismo tiene su origen en la etapa oral del desarrollo, debido a que la madre no lo impulsó a crecer y a que el padre no lo motivó a cumplir con su desarrollo anal, fálico y genital.

Hipótesis económica

Requiere que la explicación psicoanalítica de cualquier fenómeno psicológico incluya proposiciones concernientes a la energía psicológica empleada en el fenómeno.

1. Existen energías psicológicas.
2. Las energías psicológicas siguen una ley de conservación.
3. Las energías psicológicas están sujetas a una ley de entropía.
4. Las energías psicológicas están sujetas a transformaciones que aumentan o disminuyen su tendencia entrópica.

Entropía: Medida que, en termodinámica, permite evaluar la degradación de la energía de un sistema. La energía se conserva en cantidad pero se degrada en calidad, esto es, existe una

conservación cuantitativa de la energía. La termodinámica es la parte de la física que trata del calor. El primer principio de la termodinámica expresa que la energía no se crea ni se destruye, sólo se transforma. El segundo principio de la termodinámica está relacionado con el aprovechamiento de la energía en trabajo. Lo más interesante sería predecir en qué sentido evolucionará un sistema. Dos cuerpos puestos en contacto no se intercambian calor de tal forma que tendiesen a tener temperaturas cada vez más distintas; al contrario, todos los cuerpos tienen la tendencia a adquirir temperaturas uniformes. Sabemos que al mezclar agua fría y agua caliente el conjunto terminará por quedar a la misma temperatura, es decir, en un total desorden. ¿Existe alguna magnitud física que diferencie a los estados ordenados de los desordenados? Si la energía no varía, ¿no habrá una característica que distinga los posibles estados finales de equilibrio? Para caracterizar estos estados se recurrió a una magnitud a la que se llamó entropía. Se ha creído que la entropía es la medida de este desorden. Los sistemas tienden al máximo desorden por término medio, pero no en todos los casos sin excepción. Se llegó a decir que el universo tiende hacia un estado de máximo desorden: el caos. Sin embargo, ¿cómo podríamos explicar la evolución de la naturaleza hasta estructuras tan ordenadas como son todos los seres vivos?

Entonces un sistema evoluciona de tal manera que tiende a aumentar o a disminuir su entropía. Dentro del aparato psíquico y de las energías psicológicas existen las catexias móviles y el proceso primario que en términos generales expresan el principio del placer. La energía psicológica puede neutralizarse, desexualizarse o desagresivizarse, que son procesos que no siguen la ley de entropía. La desneutralización, sexualización, agresivización y la movilización de catexias siguen la ley de entropía. Ésto nos sirve para fundar la explicación del paso del

proceso primario al secundario (Rapaport, 1968) y *la relación entre energía y estructura en los fenómenos psicológicos* (Universitas, 1971).

La explicación económica en el caso de Cosme es que él gasta mucha energía en su alcoholismo, que representa un deseo de seguir dependiente de la madre y a la vez un deseo de independizarse de ella; por tanto el alto gasto de energía se debe a esta contradicción y a que ni acepta plenamente depender de la madre, prefiere depender del alcohol, ni puede ser independiente de ella. Lo mismo sucede en relación con el padre, al que además le tiene mucho coraje porque no logró arrancarlo de la dependencia de la madre.

Hipótesis dinámica

Exige que la explicación psicoanalítica de cualquier fenómeno psicológico incluya proposiciones concernientes a las fuerzas psicológicas implicadas en dicho fenómeno.

1. Hay fuerzas psicológicas.
2. Las fuerzas psicológicas están definidas por dirección y magnitud.
3. El efecto de fuerzas psicológicas que actúan simultáneamente puede ser la resultante simple del trabajo de cada una de estas fuerzas.
4. El efecto de fuerzas psicológicas que actúan simultáneamente puede no ser la resultante simple del trabajo de cada una de ellas.

Esta hipótesis explica principalmente la dirección de la conducta, y expresa si la misma tiende a darle prioridad a la madre, al

padre, a algún hermano, a la abuela, a algún amigo, a la novia, etcétera.

Permite entender hacia dónde está motivada la conducta, sobre todo a nivel inconsciente, así como conocer las personas que rodean al sujeto, y quiénes son las más importantes, además de conocer las situaciones, valores, etcétera.

La hipótesis dinámica nos explica cómo las fuerzas psicológicas utilizadas por Cosme se dirigen principalmente a la madre y al padre. A veces como la resultante de la gran dependencia a la madre, a veces como la resultante de la suma de deseos de dependencia y deseos de independencia; y cuando se refieren al padre se suma no sólo los deseos de dependencia-independencia hacia el padre, sino también el coraje.

Hipótesis estructural

Requiere que la explicación psicoanalítica de cualquier fenómeno psicológico, incluya proposiciones relativas a las estructuras que intervienen en el mismo.

1. Hay estructuras psicológicas.
2. Las estructuras son configuraciones de cambios lentos.
3. Las estructuras son configuraciones en las que tienen lugar los procesos mentales dentro de ellas, y también entre y por medio de ellas.
4. Las estructuras están ordenadas según jerarquías.

El modelo estructural (Freud, 1923/1981; y Bellak, 1993) demuestra un sistema explicativo en el cual todas las estructuras cumplen un papel dentro de una organización unificada, que para mantenerse estable requiere de una distribución proporcional de

las energías, y una búsqueda orientada a la satisfacción de necesidades en permanente equilibrio entre el individuo y su medio. Para esta hipótesis existen tres estructuras:

Ello

Son representaciones psíquicas de las pulsiones. Taliaferro (1990) informa que la denominación “Ello” es un término propuesto por Georg Groddek citado por Freud en 1923 en su obra *El Yo y el Ello*. El Ello es el representante psicológico de la constitución biológica (Brenner, 1983) y tiene como función primordial la descarga o reducción de la energía. Cumple con el principio del placer, es decir, el alivio de la tensión. En el nacimiento abarca la totalidad del aparato psíquico.

Sus características son ser exigente, impulsivo, irracional, asocial, egoísta y amante del placer. No cambia con el paso del tiempo (Hall, 1986) porque no está en contacto con el mundo exterior.

Sin embargo, no todas las tensiones se pueden descargar por el estímulo reflejo o bien no reciben una descarga apropiada. En el proceso primario las catexias pulsionales son muy móviles, existe una tendencia a la gratificación inmediata y la energía puede ser desplazada de su objeto original con mucha facilidad. El proceso primario no es distintivo del funcionamiento del Ello ya que como señala Brenner (1983), “el Yo inmaduro funciona también con el proceso primario”. Son rasgos del pensamiento de proceso primario el desplazamiento inconsciente de un sentimiento o emoción de su objeto a un sustituto más aceptable; lo que se desplaza es la catexia. La condensación que es la representación de varias ideas o imágenes con una sola palabra o imagen, aún con parte de ellas. Representación simbólica, esto es, muchos objetos e ideas representados en forma simbólica están prohibidos, es un lenguaje secreto que se emplea de forma inconsciente.

Principio del placer: *De acuerdo con Freud, es un principio que mediante el cual se rige el funcionamiento mental: el conjunto de la actividad psíquica tiene por finalidad evitar el displacer y proporcionar placer. Dado que el displacer va ligado al aumento de las cantidades de excitación, y el placer a la disminución de las mismas, el principio del placer constituye un principio económico.*

Yo

Nacemos con una matriz indiferenciada del Yo (Hartman, 1984) que está constituida inicialmente por las áreas libres de conflicto con funciones cognoscitivas, éstas son: la inteligencia, la percepción, la memoria, el pensamiento, el lenguaje y la capacidad motora. Esto nos sirve para establecer el grado de funcionamiento de estas áreas y nos permite realizar el pronóstico de un paciente.

El Ello abarca la totalidad del aparato psíquico y el Yo se diferencia en el curso del crecimiento. La diferenciación del Yo comienza alrededor del sexto y octavo mes de vida y queda bien establecida a la edad de dos o tres años.

El Yo es una compleja organización de procesos psicológicos que actúa como intermediario entre el Ello y el mundo externo. Así el Yo es resultado de la interacción de la persona con su realidad objetiva. A partir de esta relación ocurre el desarrollo de los procesos mentales superiores, esto es, se establece el proceso secundario que es la habilidad o capacidad de postergar la descarga de la energía. Poder demorar la descarga hasta que las circunstancias sean más favorables. Las catexias están asociadas a un objeto particular.

A partir de estos dos factores (experiencia y maduración) se realiza el desarrollo del Yo como estructura psíquica que se rige por el principio de realidad.

Principio de realidad: *Uno de los principios que, de acuerdo con Freud, rigen el funcionamiento mental. Forma un par con el principio del placer, al cual modifica: en la medida en que logra imponerse como principio regulador, la búsqueda de la satisfacción ya no se efectúa por los caminos más cortos, sino mediante rodeos, y aplaza su resultado en función de las condiciones impuestas por el mundo exterior.*

Considerado desde el punto de vista económico, el principio de realidad corresponde a una transformación de la energía libre en energía ligada; desde el punto de vista tópico, caracteriza esencialmente el sistema preconsciente-consciente; desde el punto de vista dinámico, el psicoanálisis intenta basar el principio de realidad sobre cierto tipo de energía pulsional que se hallaría más especialmente al servicio del Yo.

El Yo tiene las siguientes funciones:

1. Prueba de realidad,
2. juicio,
3. sentido de la realidad, del mundo y del *self*,
4. regulación y control de pulsiones y de afectos,
5. relaciones de objeto,
6. procesos de pensamiento
7. regresión adaptativa al servicio del Yo,
8. funcionamiento defensivo,
9. barrera de estímulos,
10. funcionamiento autónomo,
11. funcionamiento sintético-integrativo, y
12. dominio-competencia (González Núñez, Romero y de Távira, 1989).

El Yo funciona con su propia energía heredada y con energía neutralizada, es decir, energía que ha sido modificada en su carácter pulsional original: sexual o agresivo y se pone al alcance del

mismo para llevar a cabo sus funciones de acuerdo con el proceso secundario.

La identificación tiene un papel preponderante en la evolución del Yo. Existe la tendencia a identificarse con personas o cosas que están catectizadas en alto grado por la libido, también existe una tendencia a identificarse con objetos que se encuentran altamente catectizados por la energía agresiva (*identificación con el agresor*, Ana Freud, 1977). La identificación permite un gran ahorro de energía y una gran certeza de actuar y ejecutar las acciones por parte del Yo. También la frustración juega un papel muy importante para la evolución del mismo. Se puede suponer el siguiente cuadro:

<i>Frustración</i>	<i>Gratificación</i>	<i>Estado del Yo</i>
0%	100%	Utópico. Sobreprotección
25%	75%	Yo fuerte y sano
50%	50%	Yo ambivalente
75%	25%	Yo sociopático
100%	0%	Utópico. Yo carenciado. No funcional

El Yo también tiene como principal función el ser la estructura mediadora entre el mundo interno y el mundo externo, y la de conciliar las estructuras intrapsíquicas.

Superyó

El Superyó es el heredero del complejo de Edipo. Su diferenciación se inicia desde los 5-6 años y queda establecida hasta los 10-11 años. Representa el código moral de la persona y se guía por el principio del deber. Sus funciones son: controlar y regular aquellas pulsiones que pondrían en peligro la estabilidad en la sociedad. El Superyó es el reflejo de los de los padres y producto de la socialización, así como vehículo de la tradición cultural.

Principio del deber: *Contiene las normas éticas y morales, los preceptos familiares y culturales del sujeto.*

El Superyó tiene varias funciones, éstas son:

1. La aprobación o desaprobación de los actos y deseos sobre la base de la rectitud.
2. La autoobservación crítica.
3. La exigencia de reparación o de arrepentimiento por el mal hecho.
4. El amor propio (autoestima) como recompensa por los pensamientos o actos virtuosos o deseables.
5. La conciencia moral.
6. La censura onírica.
7. La influencia principal del Superyó en la represión.
8. El enaltecimiento de los ideales.
9. La culpa.
10. La necesidad de castigo.
11. El dolor moral.
12. La pena.
13. La búsqueda de la perfección.
14. La satisfacción.
15. El remordimiento.
16. El sentirse orgulloso de sí mismo.
17. El autocontrol.
18. La inhibición de las pulsiones del Ello.
19. Persuadir al Yo (objetos realistas y moralistas).
20. Los valores (González Núñez y Pérezbiachelanni, 1998, p. 20).

La hipótesis estructural aplicada al caso de Cosme se caracteriza porque en primer lugar encontramos un funcionamiento sobresaliente del Ello, ya que a través de su alcoholismo se expresan

mediante el proceso primario sus pulsiones agresivas y libidinales. Bajo los efectos del alcohol le es muy fácil agredir, motora, verbal y sexualmente, a las personas que lo rodean y también autoagredirse como expresión de la pulsión.

Su Yo se ve debilitado en sus funciones de:

- a) La prueba de realidad, ya que percibe al mundo externo de acuerdo con las propias interpretaciones que él hace bajo los efectos del alcohol. Aunque no tome, percibe al mundo externo en la misma forma que lo percibe cuando toma.
- b) La capacidad de juicio se ve claramente disminuida, ya que no pondera las consecuencias de sus actos y no se da cuenta de los efectos que tiene su conducta cuando está tomado.
- c) Su control de pulsiones es deficiente. Su Yo no alcanza a controlar las pulsiones del Ello que se expresan con mucha facilidad.
- d) Sus relaciones de objeto son de mucha dependencia, sobre todo a la madre y en quien la desplaza, y muestra además de mucha dependencia mucha hostilidad y coraje, porque siente que fue privado de cariño sobre todo en la fase oral del desarrollo.
- e) Cosme, como buen alcohólico, usa en primer lugar la proyección, el desplazamiento y la simbolización, mecanismos que de todas maneras fracasan ante la ingesta de alcohol. Lo que más le funciona es tomar y así anestesiarse de todo el cuerpo, incluso del cerebro, para evitar la angustia y el dolor emocional que siente por la sensación de desamor y desamparo.
- f) Su barrera de estímulos al dolor es muy alta, ya que el alcohol no le permite percibir ni sentir muchos estímulos, tanto del mundo interior como del exterior.

- g) La función de dominio-competencia está muy disminuida, ya que el cuerpo —dadas las indigestiones a las que se ve sometido—, y el cerebro —dados los altos grados de anestesia y la sensación de angustia—, no le permiten rendir y ser eficiente en el trabajo, esto provoca que se vuelvan personas inconstantes, faltistas y con poca eficiencia laboral, debido a que tienen que dormir mucho, si es que duermen, o se la pasan tomando y durmiendo como Cosme, además les es muy difícil dejar la dependencia al alcohol. Pueden desplazar muchas cosas, pero no la dependencia al alcohol.

El Superyó es poco eficiente y es productor de culpa, autocastigo, baja conciencia moral, no provee de ideales y todo esto se disuelve en el alcohol.

Hipótesis adaptativa

Requiere que la explicación psicoanalítica de cualquier fenómeno psicológico incluya proposiciones concernientes a sus relaciones en el medio ambiente.

1. Existen estados psicológicos de adaptabilidad y proceso en adaptación de cualquier momento de la vida.
2. Los procesos de adaptación autoplásticos y/o los aloplásticos mantienen, reconstruyen y mejoran los estados de adaptabilidad existentes y así aseguran la supervivencia.
3. El hombre se adapta a su sociedad, tanto al medio físico como al humano, los cuales son productos de la misma.
4. Las relaciones de adaptación son mutuas: el hombre y su medio se adaptan el uno al otro.

Cuando un hombre hace cambios en sí mismo se dice que hace adaptaciones autoplásticas, cuando hace cambios al medio ambiente se dice que hace adaptaciones aloplásticas. Las personas *normales* son capaces de complementar o alternar ambas. El grado de rigidez en una forma de adaptación implica el grado de psicopatología del sujeto. Cosme es una persona incapaz de hacer adaptaciones aloplásticas y autoplásticas, ya que el alcohol es en sí un estado de desadaptación al medio externo, pero también al mundo interno, es decir, no encuentra la forma de adaptarse ni emocional, social, sexual, académica ni laboralmente. El alcoholismo es en sí un estado de adaptación patológica autoplástica a la dependencia primero de la madre, del padre o de cualquier otra persona importante de la infancia del alcohólico, que luego se desplaza al alcohol. Como si las personas importantes de su vida se volvieran una sustancia por su olor, por su sabor, por su textura, por el calor que produce el alcohol. Este estado de adaptación le permite negar su intensa dependencia a ese objeto. Prefiere ser alcohólico que aceptar que vive alrededor de esa persona tan necesitada y a la que acusa de carentiadora.

IV

Desarrollo de la personalidad

El desarrollo de la personalidad es el término que designa la transformación gradual que se establece en la mente del recién nacido hacia la persona bio-psico-social e interpersonal. De esta manera, los cambios que ocurren en la apariencia y en la conducta del niño, a lo largo de su crecimiento y madurez, tienen su paralelo en los cambios preceptuales, emocionales y cognoscitivos. Todo ser humano contiene una organización mental que se establece en un interjuego con el mundo externo y el mundo interno, el cual le permite manejar las necesidades internas cambiantes así como externas, y encontrar medios para satisfacer estas vicisitudes del desarrollo.

El desarrollo inicial de la personalidad se encuentra en relación directa con necesidades y satisfacciones. El bebé viene al mundo en un estado dependiente fisiológica y emocionalmente, en donde se tienen que cubrir estas necesidades tales como: alimentación, protección, contacto. En la satisfacción de estas necesidades básicas se va construyendo la relación con la figura materna, fuente de estas primeras satisfacciones. Tanto la madre antes de traer al bebé al mundo,

como el padre, conllevan expectativas y deseo acerca de este ser que viene a ocupar un lugar que en forma imaginaria existía.

En esta relación primaria, en este vínculo que se establece gradualmente entre los mundos internos de la madre y el hijo, en relación con el medio ambiente que los rodea, la madre ayuda a que el niño desarrolle una confianza básica en ella, la cual progresivamente le va a servir para su vida posterior. De esta forma, esta primera relación con la madre es de vital importancia para el desarrollo de la personalidad de su hijo. En la relación simbiótica que se establece con la madre, ésta es la portadora de los primeros estilos de relación que se reproducen en la vinculación con el padre. Aunque esta primera relación sea casi exclusiva entre el bebé y la madre (real e imaginaria), ésta deberá posibilitar la entrada del padre como representante de lo social y cultural.

Relación simbiótica: De acuerdo con Malher (1977) se refiere a la fase simbiótica emocional normal cuya consolidación es en los 3-5 meses de edad, y que normalmente puede durar hasta los 8-9 meses; si se vuelve patológica no tiene límite de edad. Es un estadio de no diferenciación preobjetal. Marca la importantísima capacidad filogenética del ser humano para investir perceptual y afectivamente a la madre dentro de una unidad dual, factor primordial a partir del cual se forman las relaciones humanas siguientes.

Al nacer, la primera persona con la que el niño tiene contacto es con la madre, en el que se establece de un modo preverbal, un lenguaje de inconsciente a inconsciente (González Núñez, 1984). Es a través de esta comunicación que el bebé tiene noticia de la persona del padre, también tan importante para su desarrollo.

Hipótesis genética

En este momento del desarrollo se adquiere la virtud de la esperanza, que es la primera y la más indispensable de las virtudes inherentes al hecho de estar vivo. Para que la vida persista, la esperanza debe mantenerse, aun cuando la confianza se vea menoscabada.

Pero incluso en la anatomía de la esperanza madura hay algo que sugiere que se trata de la más infantil de todas las cualidades; así el sentimiento religioso induce a los adultos a restablecer su esperanza en la plegaria peticionaria periódica, y asume un cierto grado de infantilismo frente a poderes invisibles y omnipotentes.

La esperanza depende del primer encuentro del recién nacido con personas maternas dignas de confianza que responden a sus necesidades de ingestión y de contacto con una aceptación cálida y tranquilizadora.

La maternidad biológica necesita al menos tres vínculos con la experiencia pasada, la mujer tiene de haber sido cuidada por su madre; una concepción de la maternidad compartida con un ambiente contemporáneo confiable, y una imagen general del mundo que entreteje el pasado, el presente y el futuro en un diseño convincente de confianza. Sólo así pueden las madres proveer.

Una vez que la esperanza se establece como cualidad básica de la experiencia, permanece independiente de la verificabilidad de las esperanzas, pues es inherente a la naturaleza de la maduración humana. El gradual ensanchamiento del horizonte del niño en lo relativo a la experiencia activa, proporciona a cada paso verificaciones tan gratificadoras que inspiran una nueva sensación de esperanza.

Para el niño su madre es la naturaleza, ella debe ser esa primera verificación que más adelante tendrá su origen en sectores distintos y más amplios de la realidad. Ella es la luz que debe seguir brillando a pesar del caos.

Erikson (1990) formula lo siguiente: “La esperanza es la creencia perdurable en la posibilidad de realizar deseos fervientes a pesar de las oscuras urgencias y rabias que caracterizan al comienzo de la existencia”.

Un estado de esperanza absoluta es considerado como una utopía en el individuo en el aquí y en el ahora, como en el ayer y en el entonces significaría un optimismo inadaptado, pues la verdadera esperanza lleva inexorablemente a conflictos entre la voluntad del individuo.

Como reporta Nájera (1968), las consideraciones genéticas se encuentran en las formulaciones psicoanalíticas, aunque Freud no estableció esta hipótesis como tal.

Cuando Freud (1905/1981a) postula que existe una sexualidad infantil que atraviesa fases específicas de desarrollo de la libido, fijaciones y regresiones, indica la existencia de motivaciones profundas e inconscientes de cualquier patología, es decir, pone de manifiesto la importancia genética de las perturbaciones.

Sexualidad infantil: En la experiencia y en la teoría psicoanalítica, la palabra sexualidad no designa solamente las actividades y el placer dependientes del funcionamiento del aparato genital, sino toda una serie de excitaciones y de actividades, existentes desde la infancia, que producen un placer que no puede reducirse a la satisfacción de una necesidad fisiológica fundamental (respiración, hambre, función excretora, etc.) y que se encuentran también a título de componentes en la forma llamada normal del amor sexual.

Durante las fases del desarrollo de la libido, existen momentos críticos que, aunados con la personalidad del infante y del medio ambiente, darán como resultado una constelación particular en el adulto. Los modos específicos que tendrá el niño de vivir estas

etapas de su vida no desaparecen, sino que permanecen en el adulto en forma más o menos encubierta. De esta manera, la sexualidad infantil evoluciona bajo la influencia de las etapas del desarrollo, hasta llegar a la sexualidad del adulto, no sin ser sujeta a numerosas modificaciones, combinaciones y supresiones.

Para Salles (1992) el estudio del desarrollo de la personalidad considera el entendimiento de las estructuras mentales y de sus funciones, a partir de su proceso de formación, así como de su evolución posterior hasta lograr su consolidación en la vida adulta. Aquí nuevamente se está haciendo referencia a la hipótesis genética, ya que las pautas del desarrollo están en relación con:

1. el tiempo de aparición de estructuras mentales y sus respectivas funciones,
2. el tipo de estructuras y funciones, y
3. la secuencia de aparición de las mismas.

Así, el desarrollo estudia los factores ambientales que inciden en la carga genética, así como las estructuras y funciones que se van generando.

Si se ve el desarrollo se notará una secuencia que se hará presente en las diferentes líneas del desarrollo, por ejemplo, de la libido, de las relaciones objetales y de los mecanismos defensivos. El desarrollo de la libido tiene una secuencia que se puede dividir en fases: oral, anal, fálica-edípica, latencia y genital; fases que aparecen en el mismo orden, que se pueden traslapar pero tiene la fase más reciente primacía sobre la anterior. En el caso de la evolución de las relaciones objetales, se considera también una evolución que va desde la ausencia de objeto (posición teórica), hasta la consolidación y constancia de estructuras, relacionadas con un objeto total. En el desarrollo de las defensas, existe de igual forma una secuencia, desde las defensas más arcaicas como la escisión hasta

por ejemplo la intelectualización. Estas líneas de desarrollo, que se pueden dividir teóricamente, se efectúan al mismo tiempo, corresponde por ejemplo a cada fase un determinado tipo de relación objetal y de mecanismos defensivos.

Fases del desarrollo

El ser humano nace con una carga genética que encuentra su base en la fisiología y se puede equiparar a un potencial innato, que tanto la madre como el ambiente pondrán en marcha. Aunque el bebé nazca y se mantenga completamente dependiente, la calidad del vínculo con el objeto madre va a matizar su desarrollo.

En este momento de la vida, impera el narcisismo primario en el que no se distingue el sí mismo y los objetos externos y en el que el bebé es una unidad con la madre. Las gratificaciones de sus necesidades se producen inmediatamente y no puede diferenciar entre deseo y realidad de acuerdo con el placer-displacer. El narcisismo primario del niño en estos primeros estadios de la vida se refiere a la libido que todavía no ha recubierto a los representantes internos de los objetos o imagos (Taliaferro, 1990).

Narcisismo: Se refiere al estado precoz en que el niño catectiza toda la libido sobre sí mismo, en el que se toma él mismo como objeto de amor antes de elegir objetos externos. La evolución del pequeño humano lo debe llevar no sólo a descubrir su cuerpo sino también a descubrirlo como propio. Esto quiere decir que sus pulsiones, en particular las sexuales, toman su cuerpo como objeto.

Narcisismo primario: Freud lo propone como un estado primario, anobjetal. Se caracteriza por la ausencia de total rela-

ción con el ambiente, por una indiferenciación entre el Yo y el Ello, y su prototipo lo constituiría la vida intrauterina.

Narcisismo secundario: Hace referencia a la libido objetal que por algún motivo abandona a los objetos y vuelve a tomar nuevamente al Yo como único objeto. Constituye una estructura permanente del sujeto; existe un equilibrio energético entre catexis de objeto y catexis del Yo.

La libido en su aspecto cuantitativo, permite medir los procesos y transformaciones en el ámbito de la excitación sexual. Su producción, aumento, disminución, distribución y desplazamiento, proporcionan los medios para explicar en parte los fenómenos psicosexuales; y de esta manera, la libido es la manifestación dinámica en la vida psíquica de la pulsión sexual. Para poder contextualizar la libido en lo concerniente a las fases del desarrollo, se entenderá ésta como la energía de la pulsión sexual, que permanece cerca del deseo sexual que busca la satisfacción y permite reconocer sus transformaciones; y libido objetal es cuando ésta se concentra en sus objetos, se fija en ellos o los abandona.

El desarrollo infantil se divide en secuencias de maduración que hacen hincapié en las zonas provocadoras de placer o eróticas que predominan a cierta edad (Cameron, 1982).

Fase oral

La organización de la libido hace referencia a las pulsiones parciales, caracterizadas por la primacía de una zona erógena y un modo específico de relación de objeto (Laplanche y Pontalis, 1968).

En la etapa oral, primer año de vida posnatal, la madre tiene un papel primordial en las experiencias, ella forma la base para que el

bebé vaya construyendo su realidad. La fase oral domina durante el desarrollo inicial del Yo. La boca es el centro de adaptación y dominio más eficiente, y es al nacimiento un órgano de adaptación y órgano de alimentación, por tanto, una importante fuente de placer, de comodidad y de contacto progresivamente con el mundo externo. Desde el nacimiento existen patrones innatos de mamar, tragar, probar y rechazar. La boca admite la entrada de estimulación externa o cierra el paso a la estimulación ambiental; entre este aceptar y rechazar, se constituye la base para la temprana discriminación que se hace entre la realidad externa (se acepta o rechaza) y la realidad interna.

La boca lleva a cabo las primeras discriminaciones gracias a los órganos sensoriales que posee. Igualmente, el bebé puede gozar mamando incluso cuando no tiene hambre, por puro placer. Este empleo no nutritivo del mamar es el primer ejemplo que se tiene de la autosatisfacción activa de una necesidad.

En este desarrollo del Yo está la aparición de la anticipación oral, ya que después de haber adquirido un poco de experiencia, el niño hambriento comienza a calmarse según se va acercando el pezón, inclusive en la posición de amamantamiento, antes de empezar a alimentarse. Es así que se pasa de necesidad-satisfacción a necesidad-demora-satisfacción, como proceso avanzado de organización interna.

Durante esta demora se puede imaginar la fuente de la comida: el pezón y la leche. Con la conducta anticipatoria, que ayuda a la demora, surgen las imágenes o representaciones que señalan un funcionamiento mental o psíquico. El bebé comienza a procesar la organización del Yo, que ahora incluye demoras e imaginación, así como las integraciones realistas que lleva inmediatamente del deseo a la satisfacción activa. Sin embargo en la fase oral la meta no está apta para establecer una demora adecuada.

Así, en lo orgánico, el abrir la boca constituye la forma de aceptación más temprana, cerrar los labios es la forma de negar la entrada de algo.

También la boca sirve como instrumento para el rechazo, el bebé escupe o vomita, a veces como reflejo, otras a propósito. Estos actos, junto con las imágenes que los acompañan, se vuelven modelos de proyección como un rechazo simbólico. De esta manera se hace que algo interno se vuelva externo; se proyecta simbólicamente algo, y al hacerlo, se toma esto como externo del ser.

A través del habla, el sujeto encuentra otros medios de expresar la aceptación y el rechazo, incorporar y rechazar simbólicamente adquiere un sentido emocional.

La incorporación oral, visual, auditiva y manual son fuentes primarias de estructuración del Yo, y constituyen los modelos de incorporación o introyección simbólica, que el organismo utiliza para desarrollar la estructura del Yo.

Durante las primeras semanas el infante no es capaz de distinguir entre sí mismo y la madre, esta situación es la identificación primaria. Es una incapacidad de distinguir objetos y se expresa así la falta de los límites funcionales que caracterizan a la primera infancia.

La maduración y desarrollo en las funciones perceptuales, cognoscitivas y motoras, permiten organizar la realidad externa: son las funciones del Yo autónomas (esfera libre de conflictos del Yo).

Las primeras excitaciones sexuales del niño se relacionan con el proceso de alimentación. El deseo de chupar incluye el deseo del seno de la madre y es representado como un todo. La madre como un todo permanece en el recuerdo como primer objeto de amor y prototipo de todas las reacciones amorosas del niño o de la niña. En esta fase oral, el objeto es ambivalente y contiene libido y agresión. El objeto anhelado resulta asimilado, se come o deglute y es a la vez aniquilado.

En la etapa oral hay dos fases: *a)* Succión (chupeteo): de 0 a 8 meses, *b)* Sádico-oral o canibalística (caracterizada por la dentición de 8 a 16 meses).

En la etapa sádico-oral el niño quiere masticar y tragar todo lo que está a su alcance. En la fase de succión, el niño encuentra satisfacción en su propio cuerpo; en la segunda se exige un objeto.

Dentro de los procesos de vinculación con el otro, esta etapa se caracteriza por la dependencia al objeto, en el cual conserva una actitud ambivalente.

Una amplia satisfacción oral (confianza básica) conlleva a la seguridad, optimismo, mientras que las privaciones orales intensas predisponen a psicosis y depresiones.

Fase anal

Es la segunda fase de la evolución libidinal, y se caracteriza por una organización de la libido bajo la primacía de la zona erógena anal. Es anal no porque esta zona produzca tal energía sino porque es la segunda fase por la cual pasa la libido general y así se catectiza la zona. Esta fase se sitúa cuando se empieza a disolver la unidad simbiótica hasta la fase edípica. El niño experimenta considerable placer en la excreción y aprende a aumentar el placer reteniendo las heces y estimulando las mucosas del ano. Puede ofrecer resistencias a las presiones sociales de aprendizaje, sentir que las heces son suyas, y ejerce control sobre ellas. Puede actuar agresivamente mediante la evacuación, y se encuentra libido-agresión dentro del erotismo anal.

1. Las relaciones de objeto se ven impregnadas de significaciones ligadas a la función de defecación (expulsión-retención) así como el valor simbólico de las heces.

DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD

2. El niño todavía dependiente se esfuerza por independizarse como ser diferenciado y quiere ejercer su autoafirmación.
3. Comprende y emplea el habla y se enriquece el proceso secundario, así como la capacidad de juicio.
4. El control de esfínteres es gradual y existen retrocesos.
5. Se da un interés especial por el control y el producto de sus intestinos, y el control sobre ellos se conforma como un logro nuevo y placentero.
6. Es un acto voluntario sobre el propio cuerpo.
7. Existe un lugar y un tiempo que los padres se encargan de hacer aprender a los hijos en esta etapa. El niño se da cuenta que puede gratificar o frustrar a los padres.

La omnipotencia del niño evoluciona:

1. Omnipotencia total: antes del nacimiento, cuando sus necesidades son gratificadas automáticamente.
2. Omnipotencia alucinatoria: en el recién nacido cuando siente el deseo y lo consigue mediante la alucinación.
3. Omnipotencia de los gestos: cuando el niño al llorar obliga a que la madre se presente.
4. Omnipotencia de las palabras: cuando el niño adjudica significación a los objetos y los controla.
5. Omnipotencia de los afectos: que implica que el niño les concede a los afectos una forma de poder hacer todas las cosas que necesita, esto es, a través de los afectos siente que todo lo puede.

La etapa anal se caracteriza por:

1. El placer en la defecación,
2. el agrado por los excrementos (primera producción del niño),

3. la tentativa de someter al control de la voluntad la actividad del esfínter.

La fase anal se divide en dos:

- a) Fase anal primaria o expulsiva: el niño experimenta mucho placer por el pasaje de las materias fecales por el ano. Esta expulsión significa la destrucción de las mismas (origen del placer sádico).
- b) Fase anal secundaria o retentiva: el placer está producido por la retención de las materias fecales (origen del placer masoquista).

En la primera fase se encuentran las tendencias sádicas a destruir el objeto: pisotear, aplastar, patear, romper, descuartizar al objeto. En la segunda se quiere retener al objeto para atormentarlo, dominarlo, encerrarlo, deshacerlo y luego defecarlo.

Como mecanismos defensivos se encuentran: las formaciones reactivas en las que se observa la terquedad, la avaricia, el sentido de orden y limpieza. Igualmente se da el aislamiento del pensamiento y la acción, así como la anulación y la intelectualización, mecanismos defensivos que no hacen otra cosa que defender al objeto de expresarle afectos; en vez de esto se le muestra el temor pasivo de ser controlado por el acto activo de controlar y así intentar un control de la agresión hacia el otro o controlar la situación.

Las fijaciones que se encuentran en esta etapa pueden dar las siguientes constelaciones de la personalidad. El carácter compulsivo que suele frustrar y controlar a los demás con leyes arbitrarias, hace en activo lo que sufrió en pasivo, en el que la duda reside en ser controlado o controlar. Y también encuentra su núcleo el desafío de estar bien o estar mal, de ser controlado o ser controlador, al igual que la duda obsesiva. Igualmente aquí se encuentran los nú-

cieos de las neurosis obsesivo-compulsivas, en donde los conflictos están en la ambivalencia que produce sentimientos de culpa. El placer sadomasoquista se caracteriza por el sentimiento de amor y odio.

Fase fálica-edípica

Después de la etapa anal continúa la etapa fálica, que se caracteriza principalmente por el hecho de que durante esta etapa se da el proceso edípico.

Después de la etapa anal la libido evoluciona y sigue su desarrollo hacia la etapa fálica. Esto es, la libido atraviesa en su evolución por la zona corporal genital tanto en hombres como en mujeres. En hombres sobre todo por el órgano masculino y en las mujeres por el clitoris y después tiene que ser involucrada la zona vaginal.

Es en la zona genital donde se produce placer considerable en esta fase, y dado este incremento en la energía libidinal en esta zona es cuando se produce la masturbación infantil, caracterizada por el simple placer sensorial. Aumentan las diferentes ansiedades que se producen en esta etapa, dada la diferenciación sexual de que el hombre tiene un órgano visible: el pene, el hombre tiene ansiedad de castración y la mujer envidia fálica. Posteriormente, al evolucionar este aspecto, se va a producir en el hombre la envidia a la maternidad, así pues la envidia del pene se vuelve simbólica, esto es, una envidia hacia las actividades privilegiadas que tiene el hombre y en el hombre se produce una envidia a la procreación.

Durante esta etapa se estructura la situación edípica, término que tiene su origen en la tragedia de Sófocles denominada “Edipo Rey”, la cual llega a su clímax en el momento en que Edipo descubre que ha cohabitado con su madre y a su vez ha matado al padre. En términos de la estructuración de la situación edípica quiere de-

cir que el niño varón tiene una preferencia notable por su madre y desea tener lejos al padre y en la niña a la inversa, tiene una preferencia notable por el padre y desea tener lejos a la madre.

El deseo de tener cerca al padre del sexo opuesto y lejos al del mismo sexo desencadena en un gran sentimiento de rivalidad hacia el padre del mismo sexo, especialmente en los hombres.

El niño edípico desarrolla un orgullo intenso por su órgano genital y siente la urgencia de exhibirlo agresivamente, de ser intrusivo. Experimenta sentimientos libidinales hacia la madre, quisiera estar en el lugar del padre. Pero esto a la vez —odiar y rivalizar con el padre—, le trae fuertes sentimientos de miedo hacia el padre del mismo sexo, que no es otra cosa que la ansiedad de castración, es cuando teme que por sus deseos incestuosos lo castren. De aquí deriva la renuncia del niño al deseo de unirse con la madre real, y de identificarse con el padre del mismo sexo, surge también en la fantasía del niño la Ley del Tali3n, en la que por sus deseos, teme la retaliaci3n que supone que lo mismo que est3 deseando le va a suceder a 3l (sentimientos hostiles hacia el padre y que 3ste le regrese su agresi3n). En el ni3o, el miedo a la castraci3n se ve fortalecido por:

Ley del Tali3n: 3rgano visible: fantasea por la misma Ley del Tali3n que el padre se va a vengar y va a desear para 3l la castraci3n, que es la antesala de la muerte, para que luego sobrevenga 3sta. Al igual que Edipo Rey mat3 a su padre, 3l tambi3n, retaliativamente, puede ser muerto.

En la ni3a es m3s complejo, ya que su 3rgano genital no es visible y no puede ser sometido a la prueba de realidad. La ni3a se siente en falta, que ya lo perdi3 (ya est3 castrada, o que no le va a crecer), por tanto piensa que ha sido privada de un pene por su madre , y a la vez siente atracci3n por el padre; el coraje y el odio hacia la madre se intensifica por:

1. haberla privado de pene, y
2. por convertirla en su rival.

Como la niña no tiene una idea clara de su propia estructura interna, puede imaginarse que a causa de sus deseos incestuosos, el interior de su cuerpo se ha destruido. Debe por tanto pasar de la madre como primer objeto al padre, y regresar a la madre para identificarse con ella y encaminarse hacia la identidad femenina. Debido a estas características la relación con la madre es más difícil, pero a la vez, dado que la niña permanece más tiempo cerca de la madre, se le facilita lo difícil de la resolución edípica.

La solución edípica final consiste en un desplazamiento y una identificación. Si el niño verdaderamente llega a la etapa edípica y verdaderamente desea al padre del sexo opuesto, y además fantasea la castración como castigo por estos deseos entonces: *a)* desea al padre del sexo opuesto y *b)* desea desaparecer al padre del mismo sexo.

Si evoluciona normalmente se llega a la conclusión de que para tener el niño a la madre necesita identificarse con el padre y así, desplazadamente, conseguir otra mujer que no sea la madre y con la que satisfaga sus necesidades amorosas y sexuales, como su madre satisface al padre; y la solución en la mujer es que si verdaderamente desea al padre necesita identificarse con su madre y, desplazadamente, encontrar un hombre que satisfaga sus necesidades amorosas y sexuales, como el padre que satisface las de la madre.

Toda relación de dos en la vida adulta viene a ser una reproducción de la relación madre-hijo. Toda relación de tres viene a representar una relación triangular de índole edípica.

La relación dual es oral o anal, la primera con fines de dependencia y la segunda con metas de control, pero duales. Las relaciones triangulares son relaciones de rivalidad, de acoso afectivo y de competencia; al final de cuentas son relaciones triangulares.

Siempre que exista una relación de tres o más, podemos hablar de una relación fálico-edípica muy cercana a la genitalidad.

Latencia

Durante la etapa de latencia, que es una latencia en cuanto a metas, no en cuanto a efervescencia sexual, es la etapa en la que la sexualidad tiene que reprimirse para permitir el paso al aprendizaje. Es la época de aprender a aprender, que constantemente puede verse interferida por la sexualidad; podríamos decir que para que los niños que se encuentran en la etapa de latencia, lo importante es ayudarles a aprender y a poner en segundo término la sexualidad. Si la educación durante las fases oral, anal, fálica y de las pulsiones parciales no fue efectiva, es al final de la latencia cuando se presentarán los primeros síntomas de anormalidad sexual.

Fase genital

En la fase genital se ha renunciado al deseo del incesto y al deseo de eliminar al padre (o a la madre), los intereses genitales se han transferido a un objeto heterosexual que no representa al objeto del incesto, sino que ha tomado su lugar. El complejo de Edipo ya no existe en realidad, no está reprimido, sino libre de catexis. Las tendencias pregenitales tales como la analidad, erotismo oral, voyeurismo están subordinadas a la genitalidad. El acto sexual es la meta sexual más importante y la que brinda mayor placer. La agresión está también sublimada en realizaciones sociales. El Yo puede lograr el reemplazo de la pulsión primitiva, no sólo por otro que sea menos perjudicial, sino que sea compatible con el Yo, o sea, una pulsión organizada o inhibida en su fin, de modo que es posible obtener una satisfacción de la descarga libidinal, así como de las

DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD

pulsiones agresivas. El Yo es capaz de permitir en la personalidad una satisfacción de sus necesidades afectivas y pulsionales sin alterar la relación con el ambiente y de acuerdo con las demandas del Superyó y del Ideal del Yo, sin que por ello resulten dañadas sus propias capacidades.

V

El Yo: sus funciones

El conocimiento de las funciones yoicas tiene una importancia decisiva en el trabajo psicoterapéutico. Una adecuada evaluación de las funciones yoicas en cada caso permite predecir si el paciente será capaz de enfrentarse a la vida y responder o no al tratamiento psicoanalítico con éxito. A la luz de un adecuado conocimiento del funcionamiento yoico del paciente, se llegará a una más clara conceptualización y a una mejor planeación del tratamiento. En otras palabras, el conocimiento del funcionamiento yoico del paciente permite ajustar, de manera más realista, las metas y las actividades terapéuticas.

Las funciones yoicas

Aún no se ha elaborado una lista exhaustiva de las funciones yoicas que tenga una aceptación general. Sin embargo, Freud (1940/1981) determinó las siguientes funciones:

1. Autopreservación,
2. conciencia y manejo de los estímulos externos,
3. control de movimientos voluntarios,
4. aprendizaje e influencia del mundo externo para beneficio propio,
5. búsqueda del placer,
6. evitación del displacer,
7. consideración de las circunstancias externas para decidir cuándo satisfacer las pulsiones, y
8. transmisión de un inesperado aumento de displacer mediante una señal de angustia.

Consideró también entre estas funciones los intentos del Yo por evitar los estímulos muy fuertes, así como la memoria y el esfuerzo por conciliar las demandas del Ello, las del Superyó y las de la realidad.

Hartman (1984) consideró que las funciones yoicas más importantes son aquellas que están centradas en las relaciones con la realidad, tales como la organización y el control de la motilidad y de la percepción. Estas últimas relacionan los estímulos externos con el *self*. El Yo sirve como una barrera protectora contra los estímulos externos e internos; efectúa la prueba de realidad y controla la acción y el pensamiento, los cuales implican y requieren la demora de la descarga. Estas actividades, junto con la angustia como ayuda para anticipar el peligro, son parte de la tendencia del organismo a la intemalización, lo cual disminuye su dependencia respecto de los estímulos presentes y le permite funcionar con autonomía. Las funciones asociadas con la intemalización también se pueden caracterizar como inhibitorias. Esta obra incluye también la función sintética —de coordinación e integración— a la cual, junto con la capacidad para diferenciar, se le llama función de organización.

EL YO: SUS FUNCIONES

Ana Freud (1977) por su parte, consideró como funciones yoicas a la prueba de la realidad interna y externa, la memoria, la función sintética y el control de la motilidad, y Bellak (1993) consideró la pmeba de realidad, la medición entre las pulsiones, la razón, las reglas sociales internalizadas, el medio ambiente externo, la tolerancia a la frustración y la capacidad de involucrarse en conductas periféricas para obtener placer a largo plazo. Posteriormente agregó la motilidad y la percepción, la barrera contra la excesiva estimulación externa e interna que realiza la función de autoexclusión, la pmeba de realidad que induce al ensayo de la acción y envía las señales de peligro, la conducta periférica relacionada con la gratificación, el carácter, las defensas y los aspectos integrantes del Yo bajo las funciones de organización y autorregulación. Consideró la relación con la realidad, la regulación y el control de pulsiones, las relaciones de objeto, los procesos del pensamiento, así como las funciones defensivas, autónomas y sintéticas del Yo.

Esta lista de funciones yoicas fue tomada por Bellak (1993) para elaborar el esquema de funciones y trastornos (véase cuadro 1).

Arlow y Brenner (1964) determinaron las siguientes funciones yoicas: conciencia, sentido de percepción y expresión del afecto, pensamiento, control de la acción motriz, memoria, lenguaje, mecanismos de defensa, integración y armonización, pmeba de realidad, inhibición o suspensión de cualquiera de estas funciones y regresión a niveles primitivos de funcionamiento.

Finalmente, Bellak, Hurvich y Gediman (1973) incluyen en su lista una serie de funciones a las que, además, añadieron aspectos que ayudan a su evaluación. A continuación presentamos una síntesis de sus trabajos.

Prueba de realidad

- a) Distinción entre estímulos internos y externos.

- b) Exactitud de la percepción e interpretación de hechos externos mediante la orientación de tiempo y espacio.
- c) Exactitud de la percepción e interpretación de hechos internos. Conciencia refleja; conciencia respecto de la exactitud o las distorsiones de la realidad interna.

Juicio

- a) Anticipación de las probables consecuencias de la conducta (por ejemplo prevención de peligros, delitos legales, censura social, desaprobación o inadecuación y daño físico).
- b) Grado en que la conducta manifiesta refleja que el individuo es consciente de las consecuencias probables de la misma. Grado en que se repite la conducta que significa un juicio inadecuado.
- c) Adecuación de la conducta o grado en que la persona es capaz de armonizarse emocionalmente con la realidad externa.

Sentido de la realidad, del mundo y del *self*

Self: Sinónimo de sí mismo y es un término que refleja el estado y las características, las potencialidades y las capacidades, las ventajas y los límites de nuestro Yo corporal y mental, por un lado de nuestra apariencia, nuestra anatomía y nuestra fisiología; por otro lado, de nuestros sentimientos conscientes y preconscientes, así como de nuestros deseos, pulsiones y actitudes, de nuestras actividades físicas y mentales.

- a) Grado de desrealización correlativo y estado alterado de la conciencia. Grado en que se experimentan los hechos externos como reales y como parte de un ambiente familiar.

EL YO: SUS FUNCIONES

- b) Grado de despersonalización y correlativos estados alterados de la conciencia. Grado en que el funcionamiento del cuerpo —o sus partes— y la propia conducta se experimentan como familiares, sin efectos perturbadores, y como pertenecientes al sujeto (o que emanan de él).
- c) Grado en que el sujeto ha desarrollado su individualidad, un sentimiento del *self*, una conciencia corporal estable y la autoestima.
- d) Grado en que las representaciones del *self* del sujeto se distinguen de las representaciones del objeto. O sea, grado en que las personas se caracterizan como entidades independientes y el sujeto distingue correctamente las cualidades representativas de su *self* de las cualidades de otras personas. Dicho de otra manera, grado en que los límites del Yo, entre el *Self* y el mundo externo, se encuentran claramente establecidos por el sujeto.

Regulación y control de pulsiones y de afectos

- a) La expresión del impulso comprende desde un *acting out* primitivo y psicótico —a través de la actividad del carácter gobernado por las pulsiones— hasta un *acting out* neurótico, esto es, a las formas relativamente indirectas de expresión conductual. La inadaptación dependerá del grado en que la conciencia del impulso, o la del afecto, se experimenta y se expresa de manera abrupta.
- b) La eficiencia de la demora y de los mecanismos de control (tanto los de subcontrol como los de sobrecontrol), el grado de tolerancia a la frustración, y el grado en que los derivados de la pulsión se canalizan a través de la ideación, la expresión afectiva y la conducta manifiesta.

Acting out: Término utilizado en psicoanálisis para designar acciones que presentan casi siempre un carácter impulsivo relativamente aislable en el curso de sus actividades, en contraste relativo con los sistemas de motivación habituales del individuo, y que adoptan a menudo una forma de autoagresión. En el surgimiento del acting out el psicoanalista ve la señal de la emergencia de lo reprimido. Cuando aparece en el curso de un análisis (ya sea durante la sesión o fuera de ella), el acting out debe comprenderse en su conexión con la transferencia y, a menudo, como una tentativa de desconocer radicalmente ésta.

Relaciones de objeto, definen;

- a) Grado y tipo de relaciones con los demás tomando en cuenta el narcisismo, la simbiosis, la separación o individualización, las tendencias evitativas, el egocentrismo, la elección narcisista de objeto (grado de mutualidad), la reciprocidad, la empatía, la fluidez de la comunicación del objeto.
- b) Grado de primitivismo-madurez de las relaciones de objeto, incluyendo el grado en que las relaciones presentes se ven influidas —de manera adaptativa o no adaptativa— o moldeadas por relaciones más antiguas.
- c) Grado en que la persona percibe y responde a los demás como a entidades independientes, más que como a extensiones de sí mismo.
- d) Grado en que la persona puede mantener la constancia de objeto, o sea, en que puede sostener la ausencia física del objeto y en presencia de frustración o ansiedad con el objeto; grado y tipo de intemalización (manera en que el sujeto percibe y responde a gente ausente físicamente).

EL YO: SUS FUNCIONES

Procesos de pensamiento, definen:

- a) Grado de adaptación en cuanto a memoria, concentración y atención.
- b) Grado de capacidad para conceptuar. Grado en que se adaptan a las situaciones los modos de pensar abstracto y concreto.
- c) Grado en que el lenguaje y la comunicación reflejan el proceso de pensamiento primario o secundario.

Regresión adaptativa al servicio del Yo, define:

- a) Grado de relajación de la agudeza perceptual y conceptual con el correspondiente incremento en la conciencia del Yo de contenidos previamente preconcientes e inconscientes, y grado en que estas regresiones rompen la adaptación o son incontroladas.
- b) Grado del uso controlado del proceso primario del pensamiento en la inducción de nuevas configuraciones.
- c) Grado de incremento sobre el potencial adaptativo como resultado de integraciones creativas que han sido producidas en último término por el uso de regresiones controladas y el proceso secundario.

Funcionamiento defensivo, define:

- a) Grado en que los mecanismos de defensa, las defensas de carácter y otros funcionamientos defensivos han afectado de manera no adaptativa la ideación, la conducta y el nivel

adaptativo de otras funciones yoicas.

- b) Grado en que las defensas han tenido éxito o han fracasado. Por ejemplo: grado de ansiedad, de depresión y/o de otros afectos disfóricos.

Barrera de estímulos, define:

- a) Umbral de sensibilidad a estímulos externos o internos que afectan varios aspectos sensoriales (corresponde a la *función receptiva*).
- b) Grado de adaptación, organización e integración de las respuestas a varios niveles de estimulación sensorial. Grado de eficiencia de los “mecanismos de ajuste” en relación con la intensidad de la estimulación sensorial, ya se observe en la conducta motriz, ya en respuestas afectivas o cognitivas.

Funcionamiento autónomo, define:

- a) Grado de libertad de deterioro de los aparatos de autonomía primaria (atención, concentración, memoria, aprendizaje, percepción, función motriz, intención).
- b) Grado de libertad de deterioro de la autonomía secundaria (perturbaciones en los patrones de hábitos, capacidades complejas aprendidas, rutinas de trabajo, pasatiempos e intereses).

Funcionamiento sintético-integrativo, define:

- a) Grado de reconciliación o integración de actitudes, valores, afectos, conducta y autorrepresentaciones discrepantes o potencialmente incongruentes; por ejemplo, conflicto de roles.
- b) Grado de interrelación conjunta activa, o sea, integrante tanto

de eventos intrapsíquicos como conductuales. Estos actos pueden o no ser conflictivos y no necesariamente limitados a la conducta.

Dominio-competencia, define:

- a) Grado de competencia o ejecución de la persona en relación con su capacidad para interactuar con su medio ambiente, así como para dominarlo activamente e influir sobre él.
- b) Grado de subjetividad o sentimientos del sujeto sobre su competencia en relación con el dominio activo de su medio ambiente y su influencia sobre él; expectativas del sujeto acerca del éxito en sus actividades, es decir, cómo se siente en relación con lo que hace y con lo que puede hacer. El sentido de competencia se evalúa comparándolo con la competencia real del individuo.
- c) Grado de discrepancia entre el componente A y el componente B; es decir, entre la competencia real y el sentido de la competencia. Puede ser negativo —la competencia real supera el sentido de competencia—, equilibrado —la competencia real y el sentido de competencia congruente—, y positivo —el sentido de competencia supera a la competencia real—, como ocurre con un sentido de competencia exagerado en comparación con la ejecución.

La relación de estas funciones yoicas con el proceso analítico se puede entender de la siguiente manera (Bellak y Meyers, 1975).

Las funciones del Yo y el proceso analítico

Las principales funciones yoicas son:

- a)* la prueba de realidad,
- b)* el juicio,
- c)* el sentido de la realidad,
- d)* la regulación y el control de pulsiones y afectos,
- e)* las relaciones de objeto,
- f)* el proceso de pensamiento,
- g)* la regresión adaptativa al servicio del Yo,
- h)* el funcionamiento defensivo,
- i)* la barrera de estímulos,
- j)* el funcionamiento autónomo,
- k)* la función sintética-integrativa,
- l)* la relación dominio-competencia.

La prueba de realidad

La prueba de realidad es una función distinta del sentido de realidad y de juicio. Uno de sus principales componentes es la capacidad perceptiva y cognitiva que permite distinguir entre estímulos internos y externos. Se ve afectada cuando hay alucinaciones, ilusiones y cuando el presente se percibe en términos de lo pasado internalizado. Una de las metas del análisis es corregir tales distorsiones y capacitar al individuo para distinguir lo interno de lo externo y el presente de lo pasado.

Un elemento de la prueba de realidad es la validación de percepciones intrapersonales o interpersonales. La validación intrapersonal verifica la coincidencia entre lo percibido por uno de los sentidos y lo percibido por los otros. La validación interpersonal hace lo mismo con lo percibido por una persona y lo percibido por los demás. Cuando falta la primera se presenta la alucinación, y cuando falla la segunda, el delirio.

Otro componente es la prueba de la realidad interna: el análisis

EL Yo: sus funciones

busca un mejor entendimiento de la realidad interna. Poco a poco se pasa de lo externo a lo interno sin perder la diferencia. Se busca que el paciente concientice la influencia de los estados internos sobre las percepciones externas. El funcionamiento defectuoso de las maniobras defensivas limita la perceptividad y, por tanto, limita los resultados de la psicoterapia.

La prueba de realidad se integra a otros aspectos del proceso psicoterapéutico: la regresión adaptativa y la transferencia.

El juicio

La función del juicio es la aptitud para darse cuenta de las posibles consecuencias de la conducta intentada o realizada. Se refleja en el grado en que la conducta manifiesta revela tal conciencia. Es una función social consciente que implica la capacidad del Yo para apreciar su interacción con la realidad externa. La conducta inapropiada indica deterioro en el juicio. La relación lógica de causa-efecto tiene que ver con el juicio.

Se evalúa el juicio en función del análisis mismo.

- a) ¿Qué tan realistas son las expectativas y las metas del paciente?
- b) ¿Qué tan bien evalúa el paciente el tipo de compromiso financiero y espacio-temporales que está manteniendo?
- c) ¿Qué tan capaz es de suspender voluntariamente la incredulidad relacionada con la aceptación y darse cuenta del “como si” de la relación transferencial?

Otro aspecto importante del juicio es su papel en la expresión emocional subconsciente. El deterioro en el juicio provoca expresiones-emocionales subconscientes inapropiadas y hasta peligro-

sas. El juicio se debe evaluar sobre la base de las conductas que utiliza el paciente para resolver situaciones que fueron conflictivas en el pasado. Es de esperarse que muestre las mismas conductas durante el análisis, por lo que hay necesidad del suplir las deficiencias en el juicio con el conocimiento, por parte del paciente, de las consecuencias de su conducta.

El sentido de la realidad

El sentido de la realidad se manifiesta fenomenológicamente en el grado en que los acontecimientos externos se experimentan como reales y son incorporados en un contexto familiar, así como en la medida en que el propio cuerpo y su funcionamiento se experimentan como algo familiar y perteneciente al propio Yo.

Desde el punto de vista dinámico, el sentido de realidad está determinado por el grado en que un individuo ha dominado el proceso de separación-individuación, de tal modo que el *self* y las representaciones del objeto son distintas.

Para superar defectos en el sentido de realidad pueden usarse los siguientes parámetros: *a)* Poner el propio Yo a disposición del paciente para ayudarlo a percibir la realidad en los momentos en que parece no recuperarla, *b)* Cambiar sesiones de diván por sesiones “cara a cara”. Se podrá usar el diván la mayoría de las veces, pero al presentarse el fenómeno de despersonalización o desrealización en grado perturbador podrá sentarse al paciente. Una vez analizado el problema podrá regresar al diván.

La regulación y el control de pulsiones y afectos

La regulación y el control de pulsiones implica la capacidad del Yo para manejar aquellas pulsiones que tienen impacto sobre él.

EL Yo: sus funciones

Se considera la dirección de la expresión de la pulsión, el grado de tolerancia a la frustración y el grado en que los derivados de la pulsión se canalizan a través de la ideación, la expresión afectiva y la conducta manifiesta. Esta última se relaciona estrechamente e incluso puede traslaparse con el funcionamiento defensivo.

El deterioro en la regulación se manifiesta en la tendencia al *acting out*. Éste se vuelve un medio muy fácilmente utilizado para el recuerdo y, como tal, una alternativa para el análisis y el entendimiento de los conflictos mentales. Para que el análisis pueda progresar, el paciente debe ser capaz de tolerar la frustración por no realizar los deseos de la transferencia. La interpretación de deseos dentro del análisis lleva, por tanto, a una segunda pérdida y a la frustración resultante. En efecto, el paciente: *a)* siente la pulsión, *b)* renuncia a la gratificación que el ofrece el *acting out*, *c)* lleva sus deseos al análisis, *d)* acepta la pérdida que resulta de la interpretación, y *e)* utiliza la interpretación para sintetizar un nuevo entendimiento y para renunciar a los deseos de antiguos objetos.

Bellak (1993) recomienda que desde el inicio del análisis se indique a los pacientes que tengan tendencias al *acting out*, la posibilidad de que éste surja, junto con el deseo de interrumpir el análisis. Puede hacer esto ya sea por razones externas o por sentimientos de hostilidad hacia el analista. Parece apropiado que en las entrevistas iniciales o al empezar el análisis se indique a los pacientes las situaciones en que es muy probable que lo hagan. De este modo se incrementará su señal de conciencia y se establecerá una alianza terapéutica.

Cuando a la ansiedad excesiva se agrega una defectuosa modulación del afecto, se presenta una gran desorganización. En estos casos se recomienda la adición de psicofármacos. La cantidad y la duración de estas intervenciones psicofarmacológicas se debe regular cuidadosamente hasta obtener el nivel de funcionamiento afectivo y cognitivo que permita el trabajo analítico.

Las relaciones de objeto

Esta función comprende tanto el tipo como el estilo de relación con los demás. Comprende la forma en que los demás son percibidos ya sea como entidades separadas, como personas simbióticas o como extensiones del sí mismo, y la manera en que las relaciones presentes han sido influenciadas por las experiencias infantiles pasadas y cómo se han organizado en reacción a éstas. El principio unificador es la integración en que el paciente domina la separación e individualización y logra la constancia de objeto.

Si el *self* y el objeto no se diferencian tenemos una psicosis; puede tratarse también de un trastorno de personalidad narcisista. En estos problemas narcisísticos no psicóticos se han llevado a cabo la separación del sí mismo interno y de las representaciones de objeto, y en consecuencia el individuo puede distinguir la realidad interna de la externa (prueba de realidad). Debido a que no domina la separación y tiene deseos de refusión no resueltos, el narcisista es dado a sentir transitoriamente los objetos externos como una extensión de su sí mismo. En estados de regresión en las relaciones de objeto tanto en psicóticos como en narcisistas se incrementa la ansiedad en forma severa, y de este modo revive la ansiedad de separación infantil.

El proceso de pensamiento

Esta función se refiere a la capacidad de pensar con claridad. Se manifiesta a través de la habilidad para comunicar de manera inteligible los propios pensamientos. Abarca la adecuación de los procesos que guían y sostienen el pensamiento: la atención, la concentración, la formación de conceptos, el lenguaje, la memoria y la proporción re-

lativa de los procesos primarios y secundarios en el pensar. El funcionamiento defensivo afecta también al pensamiento (desplazamiento, condensación y proyección).

La regresión adaptativa al servicio del Yo

Esta función permite el relajamiento de la agudeza cognitiva y de los modos del proceso secundario para facilitar la emergencia de las formas de ideación inconscientes y preconcientes más móviles; además, de manera secundaria involucra la capacidad yoica de interrumpir y revertir la regresión, y de volver al proceso secundario del pensamiento. El tercer aspecto de esta función es la capacidad del Yo para utilizar la regresión de manera adaptativa y producir nuevas configuraciones e integraciones creativas. Es esencial para el acto creativo y desempeña un papel de gran importancia en el análisis.

El paciente que es capaz de regresar dentro de ciertos límites y lo encuentra agradable y que, sobre todo, puede utilizar esta capacidad en la consulta para formar conocimientos nuevos limitados acerca de su propia creatividad, muestra una evolución positiva en cuanto a las funciones yoicas que contribuyen al resultado final en el análisis.

El funcionamiento defensivo

Esta función incluye el grado en que las defensas reducen con éxito los afectos disfóricos (ansiedad, depresión) y el grado en que se convierten en influencias adaptativas o desadaptativas de la ideación y de la conducta.

Son importantes la valoración operacional del funcionamiento defensivo, la eficacia con que se manejan las pulsiones y los afec-

tos, la adaptabilidad de las respuestas y el grado en que esta función facilita o impide el proceso analítico. También debe tenerse en cuenta que la *disforia incapacitante* tiene un efecto disruptivo y que la depresión retarda el pensamiento, la asociación y transforma la cognición.

Cuando estos síntomas son severos, el psicoanálisis puede ser reconsiderado posteriormente. Los parámetros, que ayudan a controlar la disforia del paciente a costa de su adaptación, presentan los problemas contrarios: si no hay ansiedad ni depresión disminuye la motivación para el análisis y la tendencia aloplástica conduce al *acting out*.

En las personas obsesivas, el aislamiento y la intelectualización impiden la emergencia de afecto y mitigan la transferencia, y en las personas perversas y psicósomáticas la descarga afectiva rápida produce también problemas similares.

Las defensas más punitivas producen mayores distorsiones de la realidad y son las más difíciles de analizar. La excesiva negación impide percibir y analizar la realidad interna. Lo mismo ocurre con la proyección y la tendencia al *acting out* y a la escisión.

La barrera de estímulos

Esta función yoica tienen dos componentes básicos: uno receptivo y uno expresivo. El receptivo es el umbral de sensibilidad del sujeto para la estimulación sensorial y la conciencia de la misma. El componente expresivo se relaciona con la manera en que el sujeto responde a los diferentes grados de estimulación, con énfasis particular en si los mecanismos de ajuste son adaptativos o desadaptativos. El componente receptivo incluye la sensibilidad para la estimulación interna y externa con una meta final en común: impactar al sistema nervioso. Los cambios en la temperatura del cuerpo

EL YO: SUS FUNCIONES

y el dolor visceral y muscular son manifestaciones de la estimulación interna. La estimulación externa, por su parte, puede provocarse con la luz, sonidos, drogas y otros estímulos inanimados.

Las pulsiones podrían también conceptualizarse como estímulos internos; sin embargo, la sensibilidad y la regulación respecto de ellos se considera como otra función yoica. La barrera de estímulos se encuentra más estrechamente relacionada con el sistema nervioso motor que con el dominio psicológico.

Un aspecto crítico respecto a la expresividad de la barrera de estímulos se observa en la capacidad del sujeto para regular los umbrales del estímulo. Algunos de los mecanismos de ajuste de la estimulación son la modulación y la selectividad de la atención. El mecanismo seleccionado permite cambios adaptativos en la sensibilidad para la estimulación y, por tanto, facilita periodos de agudeza elevada, atención focalizada y el filtrado general de la estimulación necesaria para dormir.

Otro aspecto del componente expresivo es el grado de adaptación cognitiva y motriz para altos niveles de estimulación contra la desorganización motriz y cognitiva. Las personas con bajo umbral de estimulación y mecanismos de ajuste insuficientes se ven fácilmente sobreestimuladas, con deterioro de sus hábitos de sueño, de su concentración, de sus pulsiones, de su funcionamiento sintético.

Un paradigma para la evaluación de la barrera de estímulos puede ser la forma en que el paciente realiza el acto de dormir. ¿Deja de dormir ante la mínima estimulación externa?, o, por lo contrario, ¿la falta de estimulación externa inherente al dormir lo obliga a usar hipnóticos o estimulantes auxiliares, como la radio o el televisor?

Es fundamental saber qué tanto puede el paciente regular la barrera de estímulos para lograr el nivel de estimulación necesario para dormir y qué tanto esta capacidad reguladora facilita o impide el desempeño sano y eficiente de la persona.

El funcionamiento autónomo

Es de gran interés la relativa falta de deterioro en las funciones autónomas primarias y secundarias del Yo. Las funciones autónomas primarias son la percepción, la atención, la inteligencia, la intencionalidad, la memoria, el lenguaje, la sensación y la expresión motriz. La autonomía secundaria comprende tanto los hábitos, las capacidades y los patrones de conducta que son combinaciones de funciones autónomas primarias, como aquellos que son autónomos de manera secundaria, por sublimación. La autonomía implica la libertad de deterioro de estas operaciones en cuanto a la intrusión de conflicto, de ideación, de afecto y/o de pulsiones. Toma en cuenta un grado de resistencia a la regresión y a la agresivización-sexualización que podría resultar de tales instrucciones.

Las funciones autónomas del Yo se podrían definir como el instrumento que aporta el paciente a la alianza terapéutica para el logro de la confianza básica y de buenas relaciones interpersonales. Los déficit en estos instrumentos pueden limitar seriamente el alcance del trabajo realizado. Esto es verdadero también para los deterioros de inteligencia, lenguaje, memoria y atención, y sus efectos en el proceso analítico. ¿Qué capacidades adquiridas, tanto intelectuales como preceptuales, conserva el sujeto durante toda su vida? (se incluye la comunicación, la capacidad de simbolizar y de entender los símbolos, etc.). ¿En qué medida las otras funciones yoicas importantes, tales como la prueba de la realidad, el juicio y los procesos de pensamiento, actúan libres de conflicto?

La función sintética-integrativa

El primer componente de esta función es la capacidad para integrar

EL YO: SUS FUNCIONES

experiencias conductuales y/o psicológicas, potencialmente discrepantes, que pueden manifestarse en pensamientos, sentimientos, acciones y percepciones.

Entre sus aspectos psicológicos está la capacidad para integrar:

- a)* representaciones del sí mismo aparentemente divergentes;
- b)* distorsiones entre las representaciones de objeto percibidas interna y externamente, y
- c)* afectos con ideación incongruente o percepciones internas.

La resolución de estas distorsiones interesa también a otras funciones yoicas.

El segundo componente es la capacidad para interrelacionar o integrar experiencias conductuales y/o psicológicas, que no necesitan ser contradictorias. Facilita las experiencias de conexión y continuidad; permite planear y organizar operaciones, percibir la relación del pasado con el presente y relacionar el estado de ánimo con la idea, la percepción y la experiencia.

La función sintética es omnipresente en la acción y el pensamiento humano. Su examen aislado es casi imposible. Sin capacidad íntegra de síntesis, los procesos del análisis llevarían a la psicosis más que a una nueva síntesis y al crecimiento yoico. La asociación libre requiere de la síntesis para no ser un proceso asociativo esquizofrénico.

La relación dominio-competencia

Esta función se refiere a la capacidad de dominar al medio con recursos propios. Tiene tres componentes:

- a)* actuación objetiva, relacionada con el propio caudal de experiencias;
- b)* sentido subjetivo de competencia o expectativa de éxito, y
- c)* grado de concordancia entre la actuación y las expectativas.

Este último componente es un aspecto relativo a la regulación de la autoestima y, por tanto, incluye las funciones de relación de objeto, de sentido y de prueba de realidad.

¿Qué tan capaz es el individuo de utilizar la introspección con el fin de elaborar y resolver los conflictos? Hay personas que entienden los orígenes infantiles de sus conflictos pero continúan con sus patrones de comportamiento neurótico; otros, elaboran sus conflictos y se liberan de dichos patrones para lograr cambios conductuales y caracterológicos.

¿La persona se considera grandiosa en forma poco realista?, o ¿es más bien obstinadamente pesimista?, ¿tiene pocos logros?, ¿por qué? Los rasgos de carácter pasivo o masoquista entorpecen el realismo, favorecen el pesimismo y limitan los logros. La patología de carácter masoquista y pasivo-dependiente ocasiona desajuste en el funcionamiento yoico del campo del dominio-competencia y limita el potencial de vida, mientras que algunas personas con mayores trastornos, aparentemente, pero con influencia predominante de este factor, pueden ser individuos bien adaptados.

VI

El Yo: la angustia

Los conflictos considerados por Freud (1925/1981) y que impulsan al Yo a utilizar maniobras defensivas, son originados por una tendencia que pugna por hallar una descarga y otra que trata de evitarla. Es decir, el conflicto susceptible de llevar a la neurosis tiene lugar entre el Ello (tendencia a la descarga) y el Yo (tendencia que trata de evitar esa descarga). ¿Qué es lo que impulsa al Yo a oponerse a la descarga?

Sabemos que la intensidad de la tendencia a la descarga depende no sólo de la naturaleza del estímulo, sino también, y más aún, del estado físicoquímico del organismo. Por otra parte, hay varios procesos de importancia en la formación y funcionamiento del Yo que contribuyen de modo significativo al proceso de disminución de la energía psíquica del Ello y al aumento de la del Yo (Brenner, 1983), como es el caso de la neutralización de la energía pulsional que reduce las energías libidinales y agresivas del Ello y aumenta la energía a disposición del Yo. Otro proceso psíquico que desplaza energía del Ello hacia el Yo es la identificación.

Pero la característica decisiva, que es la verdadera responsable de la capacidad del Yo para oponerse y dominar las pulsiones del

Ello, es la tendencia humana a generar angustia bajo ciertas circunstancias. Sin embargo, el tema de la angustia se encuentra muy entrelazado con el principio del placer. Freud (1911/1981) afirma que la mente se rige de acuerdo con el principio del placer, es decir, que tiende a obrar en forma tal que se alcance el placer y se evite el displacer. Al inicio de la vida, esta tendencia es imperiosa e inmediata, y el individuo va adquiriendo la capacidad de posponer el logro del placer.

Este mismo concepto, pero en términos de proceso primario, puede enunciarse de la siguiente manera: un aumento en catexias móviles no descargadas dentro del aparato psíquico produce displacer, mientras que la descarga de tales catexias lleva a una sensación de placer. Y, todavía en forma más simple, aunque con menos precisión, puede decirse que un aumento de la tensión psíquica produce displacer, mientras que una disminución de la misma produce placer.

Para volver al tema de la angustia, recordemos que la teoría original de Freud (1895/1981) consideraba a la angustia como el resultado de la paralización y la descarga inadecuada de la libido. Posteriormente, Freud (1925/1981) consideró que la angustia tenía una base biológica heredada; o sea, que el organismo estaba dotado de forma congénita de la capacidad de reaccionar con esas manifestaciones psicológicas y físicas que denominamos angustia.

Angustia: Es una emoción que tiene como principal característica el ser displacentera. Es el afecto displacentero que acompaña una tensión pulsional no satisfecha. Es un sentimiento difuso de malestar y aprensión que se refleja en trastornos visceromotores y modificaciones de la tensión muscular.

Para Freud la angustia tenía valor de sobrevivencia; dejó de lado la idea de que la libido no liberada se transformaba en angustia y

relacionó la aparición de ésta con lo que él denominó “situaciones traumáticas o situaciones de peligro”. Definió las situaciones traumáticas como aquéllas en las que la psique queda abrumada, por el influjo de estímulos demasiado grandes como para dominarlos o descargarlos. En un caso así, la angustia se desarrolla en forma automática. Las condiciones traumáticas de una situación son fácilmente logradas, sobre todo en la primera infancia, cuando el Yo es aún débil e incapaz de postergar su gratificación mediante la retención de sus deseos pulsionales, lo que conduce fácilmente a verse abrumado por la acumulación de estímulos.

No poder dominar ni descargar los estímulos genera angustia. El flujo de estímulos que provocan este tipo primitivo y automático de angustia es de origen interno. Específicamente, surge de la actuación de las pulsiones, esto es, del Ello.

Si el individuo aprende a anticipar o a prever la llegada de una situación traumática y aprende a reaccionar ante ella con angustia, antes de que la situación se vuelva traumática, entonces se presenta lo que denomina “angustia como señal de alarma y situación de peligro”. La angustia como señal de alarma es producida por el Yo y tiene como función movilizar las fuerzas a su disposición para enfrentar o evitar la situación traumática probable o inminente. Es generada por el Yo como un aviso o señal de peligro, para lo cual utiliza por lo menos dos tipos de funciones; las que sirven para reconocer el peligro (percepción sensorial, memoria, tipo de pensamiento), y las que sirven para reaccionar ante el peligro, que se aprecian como angustia.

Si el Yo reconoce una situación de peligro y reacciona a ella mediante una angustia como señal de alarma, entonces interviene el principio del placer. La angustia como señal de alarma es desagradable y, cuanto más intensa es, mayor es el displacer. El displacer es el que pone en acción en forma automática al todopoderoso principio del placer. La manera de obrar del principio del placer da

al Yo la fuerza necesaria para dominar la emergencia o la acción continuada de cualquier pulsión del Ello que pueda estar dando origen a una situación de peligro.

Petot (1982) refiere que para Klein la angustia se halla intensificada por las agresiones primarias, que no son más que la expresión del instinto de muerte. Sin embargo Bolwby (citado en Taliaferro, 1990) considera que en la realidad la angustia está provocada por frustraciones externas, ya que todo impulso que trata de expresarse y no lo consigue, va intensificando su pulsión de por sí, transformándose primero en agresión y luego en tendencia destructiva.

Para Reich (1987) la angustia no es otra cosa que la percepción de una estrechez, de un proceso de estancamiento; los temores (peligros imaginados) sólo se transforman en afecto de angustia con la condición de que exista un estancamiento específico previo. Este autor menciona que si el mundo exterior sólo confiriera placer y satisfacción no existiría ningún fenómeno llamado angustia; pero como el exterior es fuente de estímulos displacenteros y peligrosos, la angustia existe.

Además de las sensaciones psíquicas puras displacenteras, la angustia se acompaña de elementos concomitantes somáticos, vegetativos, tales como modificaciones cardíacas, respiratorias, del tono muscular, taquicardia, piel de gallina, temblor, sequedad de la boca y sensaciones de frío y calor.

La angustia tiene su origen en el freno y las descargas inadecuadas de la energía libidinal, de esta forma, la angustia sería un tipo patológico de temor, es la libido transformada en angustia. En consecuencia la angustia es una sensación desagradable provocada por un incremento de la excitación orgánica, que, por un lado, es la que provoca la sensación desagradable y, por otro, busca descargarse. Así, la angustia es la reproducción de una experiencia que contenía ambas condiciones: el incremento del estímulo y la descarga por vías determinadas.

De esta forma, la angustia tiene una base biológicamente heredada; el individuo está capacitado genéticamente para reaccionar ante situaciones traumáticas y ante situaciones de riesgo, y de esta forma garantizar su sobrevivencia, tanto propia, como a nivel de especie. Una situación traumática es aquella en la que la psique queda abrumada por el ingreso de estímulos demasiado grandes para dominarlos o descargarlos. El prototipo de una situación traumática es el nacimiento. Al ser afectada por él la criatura asoma a la vida. En ese momento el niño está sometido a un influjo abrumador de experiencias externas sensoriales y viscerales y responde con angustia. El trauma no se da únicamente porque la organización emocional del individuo no puede controlar un impulso excesivo, ya sea interno o externo, sino también por esa repetición sistemática y constante de sensaciones, sentimientos, desprotecciones, que como gotas de agua forman una estalactita; esas repeticiones aunque no sean excesivas forman un trauma (González Núñez, 1995), el trauma también puede ser una revisitación a esas carencias infantiles repetitivas y dolorosas.

De acuerdo con esta nueva perspectiva, hay dos tipos principales de angustia que se presenta a continuación.

Angustia automática

Se genera de forma inmediata ante situaciones traumáticas o de riesgo. Estos estímulos pueden tener un origen interno o externo, aunque principalmente surgen del Ello (pulsiones).

Esta angustia es característica de la infancia, ya que el Yo es inmaduro y, por tanto, débil. Si este tipo de angustia llega a presentarse en la edad adulta, se le conoce como neurosis de angustia. Al ir evolucionando el Yo, podrá dominar o descargar los estímulos (ya sean internos o del exterior) de una forma más conveniente. Si éstos no se

manejan o descargan de una forma adecuada, la situación se convertirá en traumática y le generará angustia al individuo.

Angustia como señal de alarma

Este tipo de angustia tiene la función de movilizar la energía a disposición del Yo para enfrentar las situaciones traumáticas. Es una *forma atenuada* de angustia. En el transcurso del desarrollo el Yo va siendo capaz de producir angustia cuando surge la amenaza de una situación traumática (situación de peligro) y después de anticipar dicho peligro. El niño aprende a reaccionar ante las situaciones de riesgo con angustia antes de que se conviertan en traumáticas. La intensidad de esta angustia estará en función de cómo valore el Yo la gravedad o proximidad del peligro.

Es la sensación de angustia (que genera displacer) la que activa el principio del placer, el que le da la fuerza necesaria al Yo para dominar a las pulsiones del Ello que puedan estar originando la situación de peligro.

Existen situaciones de peligro típicas que se puede esperar que sucedan en una secuencia en la vida del niño. Cronológicamente son las siguientes:

- a) Pérdida del objeto (angustia de desintegración). Es la pérdida de una persona que es importante para el niño como fuente de gratificación.
- b) Pérdida del amor del objeto. Aun cuando esa persona esté presente puede temer la pérdida de su amor.
- c) Pérdida del pene (angustia de castración). Esta situación difiere según el sexo. En el caso del varón el peligro reside en la pérdida del pene. En el caso de la niña el peligro reside en alguna lesión genital análoga: angustia de violación (Dolto, 1997).

- d) Culpa o desaprobación (angustia moral). Es la última situación de peligro, implica castigo por parte del Superyó.

El concepto de angustia es muy importante en la práctica clínica, ya que es primordial conocer cuál es el principal temor inconsciente del paciente. La función de la angustia no es patológica en sí misma, es necesaria para la vida y para el desarrollo mental. Taliaferro (1990) menciona que la función que desempeña la angustia es primero de descarga y después de alarma; descarga por el proceso derivativo al aumentar el tono del sistema vegetativo, y luego como señal de alarma, para evitar un peligro o una situación displacentera mayor.

La angustia difiere de otros estados mentales desagradables como la tensión, el dolor y la melancolía, por el hecho de que es un estado consciente. *El individuo no puede determinar cuál es la razón de su angustia, pero no puede dejar de sentirla*, a diferencia del miedo que siempre reclama la presencia real de algo que lo desencadene. En el susto existe una situación emocional determinada que está provocada por la acción de un estímulo que no se esperaba y cuya súbita aparición causa sorpresa.

Aunque la angustia es una sensación desagradable, su función es alertar al Yo de la presencia de peligros (tanto internos como externos), de forma tal que éste pueda tomar medidas para evitarlo. En el caso de que una persona no pueda hacerles frente o evitarlos, la angustia se acumula y terminará por abrumar al individuo. Se distinguen tres tipos de angustia, cuya diferencia radica en sus fuentes: a) real, b) neurótica, y c) moral.

Angustia real

Ocurre cuando el individuo percibe un peligro del mundo externo, entendiéndose como peligro cualquier condición que amenace con

perjudicar al individuo. En el desarrollo de este tipo de angustia influyen factores tanto hereditarios como de la experiencia.

Estos temores se adquieren más fácilmente durante la infancia, cuando la inmadurez del organismo le impide al individuo enfrentarse adecuadamente con los peligros externos. En el momento en que esta falta de desarrollo provoca que no puedan controlarse cantidades excesivas de estímulos, se dice que la experiencia es traumática, ya que reduce a la persona a un estado infantil de indefensión.

Durante el transcurso de los primeros años el niño se encuentra con muchas situaciones que no es capaz de enfrentar, que van sentando las bases para la formación de una red de miedos. Cualquier situación posterior que amenace con reducir a una persona al estado infantil de indefensión hará que se reviva la señal de angustia. Los miedos adultos se derivan de las primeras experiencias de desvalidez.

El individuo va aprendiendo a reaccionar eficazmente ante las señales de angustia: huye del peligro o hace algo para anularlo. Posteriormente, el individuo adquiere la capacidad de anticipar el peligro y de tomar medidas para evitar que se haga traumático; se van reconociendo las señales de aprensión que indican que el estímulo se hará más peligroso a menos que se haga algo para detenerlo. Si el individuo no actúa para protegerse, la angustia puede alcanzar un punto en que el individuo se colapse o se desmaye. Ante este tipo de situaciones, el Yo posee otros medios para enfrentar la angustia (mecanismos de defensa).

Angustia neurótica

Se provoca cuando se percibe un peligro proveniente del Ello (pulsiones). Existen tres tipos de angustia neurótica:

EL YO: LA ANGUSTIA

1. *Aprensión*. Temor *flotante* de que el Ello se apodere del Yo, reduciéndolo a un estado de impotencia.
2. *Fobia*. Miedo irracional y desproporcionado a la peligrosidad del objeto que se teme. El individuo desea algo asociado con el objeto temido o simbolizado por éste. La angustia puede aumentar el grado de la fobia cuando un objeto transgrede el Superyó o el ideal del Yo o no se comporta según los lineamientos. *El Ello desea, el Superyó desaprueba, el Yo se angustia.*
3. *Pánico*. Reacciones repentinas del individuo. Tiene la finalidad de liberarlo de una angustia excesivamente penosa, y hace súbitamente lo que el Ello demanda. Al actuar según sus pulsiones, reduce la angustia cuando alivia la presión del Ello sobre el Yo. Los controles ceden y las pulsiones dominan el comportamiento, y así experimenta alivio durante el estallido emocional.

Un individuo adquiere ansiedad neurótica cuando se le castiga por ser impulsivo, de esta forma aprende que las pulsiones pueden llegar a ser peligrosas. Para que aprenda a controlarlas, debe asociar estas demandas pulsionales con un peligro externo. Aunque también existe en la vida cotidiana, la angustia neurótica llega a dominar la vida del neurótico.

Angustia moral

Sentimientos de culpa o vergüenza en el Yo que surgen al percibir un peligro proveniente de la conciencia moral, el cual amenaza con castigar al individuo por haber hecho o pensado algo que va en contra del ideal del Yo, que los padres han inculcado en la personalidad: es el miedo al castigo de los padres; prohibiciones contra la expresión de las pulsiones libidinales o agresivas.

La culpa es uno de los resultados por los que pasa una persona por renunciar a la satisfacción de las pulsiones, ya que la única salida que se les da entonces es pensar en ellas. En el caso de la angustia neurótica y moral la persona puede llegar al grado de provocar un castigo para eliminar su culpa y sentir alivio; la persona puede desear ser atrapada y castigada.

La primera explicación que se estudia es que la angustia surge por una transformación de la libido (hipótesis tóxica), mientras que según el punto de vista posterior se genera como resultado de una afluencia abrumadora que puede o no provenir de las pulsiones.

Soledad, vergüenza, culpabilidad: fuentes de angustia

La soledad es el afecto que resulta de la insatisfacción de la necesidad básica del hombre de experimentar un vínculo con otras personas. Antes que ninguna otra situación, el niño teme estar entre gente extraña, en la oscuridad, o quedarse solo. El elemento común es separarse de su madre, lo cual es una amenaza mortal.

Cuando el miedo a la soledad es reprimido se convierte en angustia cuya fuente principal es la soledad. La persona dominada por angustia-soledad hace lo indecible para evitar el estar sola. Con tal de ser aceptada está dispuesta a sacrificar su criterio, su libertad. Estas defensas neuróticas son solo parcialmente eficaces y en el fondo el individuo permanece siempre temeroso de la soledad.

La vergüenza posee una pauta fisiológica propia: el sonrojo. Ontológicamente hablando la vergüenza es una emoción más primaria que la culpabilidad. Se experimenta vergüenza cuando el sujeto advierte que ha sido descubierto por otro en su incapacidad para el logro de una meta muy deseada. Así pues, se experimenta vergüenza cuando nos *ponemos en evidencia* ante alguien capaz de juzgarnos inadecuados.

EL YO: LA ANGUSTIA

Podemos sentirnos avergonzados ante nosotros mismos, cuando no satisfacemos los requisitos que nos hemos fijado o cuando descubrimos nuestra falta de propiedad y eficacia. La angustia subyacente al sentimiento de inferioridad, como lo entiende Adler, tiene su origen en la experiencia de sentirse avergonzado: es la angustia-vergüenza.

Se considera a la vergüenza como la representante principal de las sanciones externas, es decir, de las fuerzas restrictivas que deben ser operadas por otros.

La culpabilidad es un afecto que se experimenta cuando se violan normas o preceptos morales que han sido aceptados como válidos. Es función de la conciencia moral. Cuando el niño viola una norma, experimenta culpa. La culpabilidad es, como el sentimiento de soledad y el de vergüenza, un afecto doloroso que puede ser eliminado o reprimido del campo de advertencia del sujeto y entonces actúa como una fuente específica de angustia.

La angustia-culpabilidad, cuyas fuentes permanecen inconscientes para el individuo por la represión, puede ser el resultado de pulsiones y tendencias no realizadas o satisfechas tan sólo en la fantasía.

La culpabilidad inconsciente tiene su pauta en el remordimiento: ya no teniendo el individuo advertencia de su falta, no puede actuar o tener el propósito de actuar en forma de restitución y por tanto la tensión no puede ser aliviada por medios racionales. La restitución se hace en este caso a través de tendencias autopunitivas y frustrativas ante las cuales el individuo, que ignora su origen, se siente impotente.

Sentirse culpable y rectificar, son requisitos indispensables para el mejoramiento del individuo. Distinguir entre los sentimientos de culpabilidad racionales y la culpabilidad morbosa, es una tarea importante en la terapéutica psicológica.

En un primer momento se pensó que:

1. La angustia se genera en forma automática siempre que la psique resulta abrumada por una afluencia de estímulos demasiado grande para ser dominada o liberada.
2. Estos estímulos pueden ser de origen externo o interno, pero con mayor frecuencia surgen del Ello, es decir, de las pulsiones.
3. Cuando de este modo se genera en forma automática una angustia, se dice que la situación es traumática.
4. El prototipo de situaciones traumáticas es desde el punto de vista de lo interno la irrupción súbita de un delirio paranoide o, desde el punto de vista del mundo externo, un asalto, un choque o una pérdida inesperada de un ser querido.
5. La angustia automática es característica de la infancia a causa de la debilidad y falta de madurez del Yo en esta época de la vida, y también se halla en la vida adulta en los casos de la así llamada “neurosis de angustia”.

Posteriormente se consideró que;

1. En el transcurso del desarrollo el Yo adquiere la capacidad de producir angustia cuando surge una situación de peligro (amenaza de una situación traumática), y luego como anticipación al peligro.
2. A través de la acción del principio del placer, esta angustia de alarma le permite al Yo dominar o inhibir las pulsiones del Ello en una situación de peligro.
3. Existe una serie o secuencia característica de situaciones de peligro durante la infancia, las cuales persisten como tales en mayor o menor grado, inconscientemente, durante toda la vida.
4. La angustia como señal de alarma es una forma atenuada de angustia, desempeña un gran papel en la evolución normal y es la forma característica de las psiconeurosis.

EL YO: LA ANGUSTIA

Ana Freud (1977) describe tres tipos de angustia:

1. La angustia del Yo frente al Superyó. Ocurre cuando el deseo pulsional, prohibido por un Superyó severo, lucha por introducirse en la conciencia y conseguir su gratificación con la ayuda del Yo. En este caso, el Yo teme a la pulsión porque teme al Superyó.
2. La angustia real u objetiva del Yo. En este caso, el Yo teme a la pulsión porque teme al mundo exterior; su defensa pulsional se debe a la presión ejercida por la angustia ante el mundo externo. Es una angustia real u objetiva, también llamada angustia de castración.
3. La angustia del Yo frente a la fuerza de la pulsión. En este caso el Yo teme ser dominado y destruido por la pulsión. Esta angustia del Yo ante la fuerza pulsional no opera sino como las anteriores, o sea, como angustia ante el Superyó o como angustia objetiva.

Finalmente también se considera a la soledad, la vergüenza y la culpa como fuentes de angustia.

La angustia, entonces, puede ser normal, neurótica y psicótica.

VII

El Yo: los mecanismos de defensa

Las defensas son mecanismos que se forman dentro del Yo con el objeto de reducir la angustia, controlarla y lograr el equilibrio perdido, ya sea por la irrupción de una pulsión o de un estímulo externo. También tratan de resolver las dificultades que existen cuando hay desavenencias entre las pulsiones en conflicto y, sobre todo, buscan aliviar tensiones internas.

El intentar descargar la tensión pulsional provoca resistencias en el Yo que, combinadas con el impacto del medio ambiente, producen la defensa. Son estructuradas dentro del Yo, inconscientes por definición, el sujeto no las percibe, pero sí las usa. La única defensa consciente es la supresión.

Todas las personas utilizan los mecanismos de defensa en diferentes proporciones, tanto de cantidad como de calidad. El grado de normalidad o patología está dado por las proporciones de cantidad o calidad con que se usan. Muchos de los mecanismos utilizan la realidad para poder expresarse; por ejemplo, una persona puede utilizar la proyección en forma patológica cuando la utiliza demasiado frecuentemente o cuando el estímulo real es mínimo y su proyección es muy grande.

Represión

Es un mecanismo de defensa que impide que se hagan conscientes las fantasías, representaciones, los pensamientos que están ligados a una pulsión y cuya satisfacción podría ser una fuente de conflicto por no cumplir con los requerimientos del Yo o del Superyó. El proceso de la represión es inconsciente, no sólo en cuanto al contenido, sino también a los movimientos que el Yo realiza para impedir la descarga motora del impulso. Lo reprimido busca continuamente una salida y, como consecuencia, hay un fuerte y constante desgaste de energía psíquica, esto se puede ver en el caos del neurótico que tiene un empobrecimiento general, pues todas sus energías las emplea en mantener la represión de determinadas fantasías o hechos, no quedándole energía psíquica libre para realizar otras tareas.

Como consecuencia de la represión se origina una oposición entre el Yo y el Ello. Pues tenemos que, por una parte, el material reprimido va a continuar utilizando energía impulsiva, llamada *catexia*, y por el otro lado el Yo persiste en mantener la represión, para lo que emplea su propia energía, que es la *contracatexia*. La oposición de dichas fuerzas (*catexia-contracatexia*) dificulta que se logre establecer el equilibrio de estas fuerzas de manera permanente (Brenner, 1983). Las ideas, fantasías y tendencias que el Yo maneja por medio de la represión conservan su fuerza y su deseo de expresarse. Las pulsiones continúan con una vida intensa bajo la conciencia y tienden a expresarse en algunos aspectos de la personalidad, como tener un interés muy especial (interés externo por las carreras de autos); o en algún sistema de valores estereotipados (la justicia); o, en otra forma, como un sistema, de creencias sociales rígidas; en síntomas neuróticos, psicosomáticos, etcétera.

Mientras la *contracatexia* sea suficientemente fuerte el material continúa reprimido, pero se debilita, entonces ese material o parte de él llega a la conciencia y puede ser actuado. Como ejemplo

tenemos el caso de una persona que ingiere alcohol y, estando en estado de intoxicación, expresa las pulsiones libidinales que no muestra en su estado habitual, esto es, trata de seducir a la amiga de su pareja a quien respeta mucho.

La represión puede debilitarse cuando por falta de gratificación a una pulsión, ésta aumenta su intensidad. Sin embargo, el hecho de que fracase la represión no significa que la lucha del Ello y el Yo termine, pues el Yo cuenta con otros mecanismos de defensa para evitar o desviar la descarga de la pulsión. Se establece alguna relación con el material que antes estaba reprimido y la pulsión, o un derivado, se logra descargar por medio del desplazamiento; como un ejemplo tenemos los casos en que un sujeto reacciona de forma exagerada ante una situación que no es muy significativa por sí misma, se enoja cuando se está hablando de él. La reacción se debe a una sobrevaloración emocional causada por las pulsiones o recuerdos reprimidos.

Las represiones y pulsiones requieren de la acción de una instancia superior, pero Freud (1910/19810) habla de una represión primaria, que tiene su origen en las primeras representaciones inconscientes y no procede de un retiro de catexias del sistema consciente-preconsciente, sino únicamente de una contracatexia. La represión primaria saca del consciente un impulso y, como consecuencia, se produce una fijación: la acción no recae sobre las pulsiones sino en sus representantes y, al no llegar a la conciencia, se fija la pulsión. Para que se dé la represión propiamente dicha es necesario que en un segundo momento una instancia superior atraiga y rechace simultáneamente a la pulsión.

En la represión secundaria se tiende a reprimir la pulsión y a sus derivados de la misma manera. Los derivados pueden encontrar una forma de descarga, pero se les impone una represión.

Durante la infancia la represión es el mecanismo más usado para contener los derivados del Ello; conforme se va desarrollando

la personalidad puede utilizarse en contra del Superyó. Su función consiste en mantener los límites del Yo. Los resultados de este mecanismo de defensa no son siempre negativos: evitan la angustia que amenaza con inundar al Yo y desorganizarlo, contribuyen a que el individuo se adapte a las normas sociales. Es más frecuente la represión de pulsiones sexuales que de pulsiones agresivas, dado que la sociedad y la cultura en que vivimos censuran lo relativo al sexo; por ejemplo, sabemos que no le es permitido al varón expresar abiertamente su ternura, y a la mujer su sexualidad.

La culpa, la vergüenza o disminución de la autoestima son sentimientos especialmente propensos a ser reprimidos. También mediante la represión se eliminan de la conciencia aquellos motivos que no quieren ser reconocidos y aquellas ideas o recuerdos que si llegaran a la conciencia producirían angustia y dolor.

Identificación

La identificación es un mecanismo de defensa inconsciente que sirve para proteger la personalidad, pero además es un proceso que ayuda al Yo a madurar, contribuye a la formación del Superyó y al desarrollo del ideal del Yo. Las identificaciones son procesos importantes en todo el funcionamiento organizado de la personalidad.

En el proceso de identificación el Yo utiliza para poner en sí mismo aspectos que desea de un objeto externo. Es un fenómeno que permite que el sujeto tenga la posibilidad de relacionarse con el medio externo (proceso secundario). En este sentido se refiere al agrado o satisfacción de tener uno mismo las características del otro; además de permitir el desarrollo del Yo como ser individualizado permite la comunicación con los demás.

Existen diversas formas de identificación, pero todas matizadas de componentes de la fase oral de desarrollo psicosexual; la identi-

EL YO: LOS MECANISMOS DE DEFENSA

ficación es la forma primitiva de enlace afectivo, es la forma en que el niño incorpora un objeto. Los objetos de identificación que se eligen son los que tienen más éxito en cuanto a satisfacer las necesidades: un niño se identifica con sus padres durante los primeros años de vida por considerarlos omnipotentes; posteriormente puede cambiar de identificación con otra persona que en ese momento se acerque más a sus deseos y expectativas; la mayoría de las identificaciones tienen carácter inconsciente y el individuo no hace propositiva la identificación.

Se han hecho diversas clasificaciones de las formas de identificación; existen *identificaciones totales* o *parciales*; las *totales* se refieren a los casos en que los sujetos adoptan todas las características del modelo. Como ejemplo tenemos una niña que actúa, se viste y adopta poses, gestos y forma de actuar de su mamá. Una *identificación parcial* es, por ejemplo, cuando una niña que por identificación con su madre se viste y se peina en forma similar pero no actúa como ella y le gustan cosas muy distintas. El mecanismo de identificación se clasifica en los siguientes tipos:

- a) *Identificación con un objeto amoroso*: la persona adopta características de una persona a quien ama o admira y quien le gustaría ser, este mecanismo le ayuda a controlar la ansiedad que le provoca estar separada de esa persona.
- b) *La identificación con el objeto perdido*: una persona toma características o las actitudes de una persona que ya no estará más con ella. Esto se ve claramente en los casos en que muere un familiar o persona querida; por ejemplo: cuando muere el padre de un muchacho y éste comienza a adoptar hábitos que tenía su padre, con esto siente su presencia y lo recuerda.
- c) *La identificación a causa de una culpa*: se describe como una identificación auto-castigo debido a que una persona

siente hostilidad hacia alguien a quien ama; los sentimientos de ambivalencia le causan culpa y se autocastiga.

- d) *La identificación con el agresor*: para evitar sentirse atemorizado por la presencia de un agresor el sujeto trata de parecerse a él, lo imita y, al actuar como quien lo atemoriza, percibe la agresión como propia y se siente menos angustiado porque piensa que él es capaz de controlarla.
- e) *La identificación por aprendizaje social*: aquí influyen los mecanismos de comunicación. El sujeto va a adoptar las características o detalles que percibe en los demás; por ejemplo, en el caso de la moda, una muchacha empieza a vestirse como ve que lo hacen las modelos de la televisión y cree que vistiéndose a la moda está más adaptada, y se siente parte de su grupo social.
- j) *La identificación por necesidad de identidad*: es muy común en los adolescentes que se encuentran en busca de una identidad, que busquen un modelo a quién parecerse y les dé sentido de identidad, de ser alguien; por ejemplo, los adolescentes que se identifican con Luis Miguel y lo imitan, no sólo en su forma de vestir, sino de actuar.

Las identificaciones aparecen clasificadas en la obra de Freud en *primarias* y *secundarias*. Las primarias se caracterizan porque se realizan antes del periodo en que puede darse la elección de objeto y no constituyen el resultado de la pérdida de ese objeto. Las identificaciones secundarias son consecuentes a la pérdida de una relación objetal; se le ve funcionando en proceso secundario del pensamiento. En esta clasificación de *secundarias* se incluyen aquellas identificaciones que forman parte del Yo, del Superyó y del Ideal del Yo.

Proyección

Mediante el mecanismo de proyección se le pone a una persona en un objeto del exterior, un deseo, un sentimiento o las características que una persona tiene; por lo general, lo que el sujeto pone en el exterior son las cosas que el Superyó considera inaceptables y que el Yo no logra reprimir. En la proyección se afecta principalmente la función del juicio de realidad y se efectúa una regresión a la etapa de desarrollo en que no hay una clara diferenciación entre realidad interna y realidad externa. Puede darse el caso de que lo que proyecta sea depositado en animales o en cosas, a este proceso se le llama animismo y es muy frecuente en los niños; también es utilizado en los pueblos primitivos, los cuales depositan las características que admiraban o las que temían de un objeto, o en un animal al que consideraban su dios.

El mecanismo de proyección trata de poner en el exterior las pulsiones y sentimientos inaceptables, sean de naturaleza sexual o agresiva, como puede verse en el caso de la paranoia, en el que se le atribuyen a otra persona los sentimientos que una persona tiene; por ejemplo, un sujeto que siente que quienes lo rodean odian a las otras personas.

Desplazamiento

En esta defensa el contenido emocional o afectivo que acompaña a un objeto se desplaza a otro objeto o a otra situación que aparentemente no tiene relación con el objeto original; es decir, que se busca un sustituto que sea más fácilmente aceptado. Gracias a este mecanismo el sujeto puede combatir la ansiedad que le producen las pulsiones reprimidas, pues logra ligarlas a una situación externa y concreta que puede evitar, así, la ansiedad aparece sólo cuan-

do está presente el objeto. El desplazamiento se utiliza en las fobias. Un ejemplo clásico de cómo actúa este mecanismo lo encontramos en el caso de Juanito, de Freud (1909/1981), en el que el niño desplazaba en los caballos las pulsiones de agresión y de muerte que sentía hacia el padre. Gracias a este desplazamiento podía dirigir al caballo sus sentimientos hostiles, como se los dirigiera al padre. Con el uso del mecanismo de desplazamiento lograba resolver su ambivalencia a la figura paterna y, también, podía estar cerca de su padre. Esto le era gratificante y adaptativo, pero, por otra parte, tenía desventajas, como era el hecho de que Juanito temía salir a la calle por el miedo que tenía de que un caballo lo dañara.

El simbolismo, en algunos casos, puede ser una forma de desplazamiento. Cuando en un objeto determinado se hace un desplazamiento y se convierte en símbolo de una persona significativa. El cigarro se convierte en símbolo materno porque gratifica bucalmente, así como la madre gratifica en la infancia. O como un adolescente que en Ciudad Juárez, ciudad fronteriza, se dedicaba exitosamente a vender cigarros norteamericanos: los cigarros son símbolo del padre y sobre ellos se deslaza la relación con el padre. Gracias al desplazamiento se puede mantener la represión; por lo general, el nuevo objeto sobre el cual se deslaza es un objeto o situación menos catectizado para el sujeto.

Negación

Es la tendencia a no percibir los sucesos y sensaciones dolorosos o displacenteros. Consiste en rechazar (negar) una parte de la realidad exterior que resulta amenazante o indeseada para el sujeto. El mecanismo de negación actúa desde la temprana infancia, cuando el neonato se ve rodeado de una gran cantidad de estímulos externos que le resultan displacenteros y recurre a la negación para po-

derlos manejar; por ejemplo, el bebé que cierra los ojos ante las estimulaciones visuales que le son penetrantes y no puede captar claramente y centrar su atención para discriminar. La negación es entonces la contraparte de la satisfacción alucinatoria de deseos. La negación ayuda al Yo débil y poco estructurado a mantenerse, mientras se van desarrollando otras funciones yoicas como son la memoria, la percepción y el juicio de la realidad. Con el desarrollo de estas otras funciones del Yo necesita recurrir con menos frecuencia a la negación (Fenichel, 1973).

La negación no se refiere únicamente a la defensa y protección en contra del medio ambiente o del mundo externo, pues actúa también para protegerse del mundo interno negando las pulsiones del Ello y las fantasías que amenazan con destruir los límites del Yo. Este mecanismo también es llamado renegación.

En los niños podemos observar la negación a través de sus juegos y sus fantasías. En los adultos normales la negación también aparece en las fantasías y en los sueños. Por ejemplo, un adulto que fantasea que vive en una situación muy benéfica y placentera, aunque en realidad no es así.

En los trastornos fronterizos de la personalidad, la negación es uno de los mecanismos frecuentemente empleados (Kernberg, 1985); una de las formas en que se emplea es en la “negación mutua” de dos áreas independientes de la conciencia en lo que se refiere a lo emocional. El paciente está consciente de lo que percibe, siente y piensa de sí mismo y de las personas que lo rodean, pero en un momento determinado esto es totalmente opuesto a lo que él pensó, o a lo que sintió en otro momento. Otra forma en que se manifiesta la negación es en una forma de desestimación de una porción de las experiencias subjetivas u objetivas, internas o externas.

La no percepción de la realidad externa incluye a todos los sentimientos, esto es, no se ve, no se oye, no se huele, no se percibe el sabor y no se siente en la piel. Casi todos hemos pasado por la

experiencia de no haber visto a una apersona a pesar de haberla tenido enfrente, o de no haber oído algo que nos dijeron.

Vuelta contra sí mismo

Es una forma de defensa mediante la cual los sentimientos y las pulsiones que amenazan con salir de la represión se vuelven contra sí mismos. La persona, en vez de expresar odio o sentimientos hostiles hacia otra persona, los vuelca hacia sí mismo, de modo que la misma persona pasa a ser objeto de esos sentimientos. Algunas formas de este mecanismo son la autocrítica severa, el autodesprecio y conductas autodestructivas. Lo mismo puede ocurrir con sentimientos amorosos que antes estaban depositados en otra persona y que por medio de este mecanismo se deposita el amor en la propia persona.

La vuelta contra sí mismo puede utilizarse como medio para proteger al Yo de la severidad del Superyó; por ejemplo, el caso de un niño que siente odio reprimido hacia su padre y en lugar de expresárselo, lo que muestra es mucho autodesprecio. Este mecanismo es el que se da en muchos suicidas.

Introyección

La introyección es un proceso que consiste en pasar, de una manera fantaseada, afectos y características de los objetos del mundo externo al interior. Este proceso puede darse en contraste con la proyección.

La introyección es una incorporación de tipo simbólico; se trata de que el Yo representa en su interior alguna cosa que percibe del exterior. Se relaciona con la incorporación oral, pero se diferencia

de ésta en que la incorporación se limita a lo corporal, es decir, a lo que va del exterior a lo interior del cuerpo humano, mientras que la introyección es un proceso psicológico; el paso es del exterior al interior del aparato psíquico en las distintas estructuras.

En la infancia este mecanismo es muy utilizado; conforme se va desarrollando, el individuo lo utiliza con menor frecuencia. El bebé introyecta las cosas que percibe del exterior como fuentes de placer y proyecta todo aquello que le es displacentero. Una persona adulta que utiliza el mecanismo de introyección se encuentra en un estado regresivo. El uso de este mecanismo puede verse en la persona que pierde a un ser querido y hace uso de la introyección como medio de conservar algo de esta persona. Introyecta características positivas para poder afrontar la pérdida. Al tener una parte de esa persona dentro de ella (en la fantasía) no se siente tan sola.

Fijación

Durante el desarrollo del individuo se da un proceso de maduración gradual y progresiva, epigenético, en las pulsiones, en lo emocional, en los aspectos psicosexuales y en el pensamiento: conforme va madurando una persona aprende a responder en forma más adulta a las diversas situaciones que va a enfrentar, aprende también a postergar la satisfacción de sus pulsiones, a tolerar la frustración, a manejar la realidad de una forma adaptativa, y puede expresar mejor sus emociones. Pero el desarrollo de todos estos aspectos no es uniforme; algunos de ellos pueden detenerse en su desarrollo o en alguna etapa y no evolucionar al mismo nivel de los otros, se han quedado fijados en etapas anteriores.

La fijación implica dos condiciones: la existencia de factores constitucionales y la presencia de factores históricos tales como la influencia familiar, un trauma o un suceso importante en el desa-

rollo. Una fijación puede darse por una frustración o carencia en una etapa, o bien, por el exceso de gratificación. Y es fácil de observar cómo un individuo adulto tiene actitudes o comportamientos adolescentes cuando se habla de aspectos relacionados con el padre. Los comportamientos sexuales o agresivos poseen cierta predisposición a la fijación, ya que su descarga puede ser vergonzosa o dolorosa. Estos comportamientos adolescentes nunca se desarrollaron, son los mismos desde la adolescencia.

Aislamiento

Este mecanismo de defensa consiste en separar o aislar un determinado pensamiento o una acción, de manera que se destruyan las conexiones con otros pensamientos o afectos con los que se encuentra en relación. En los casos normales una persona experimenta simultáneamente la representación o la idea junto con el afecto que le corresponde, pero en el mecanismo de aislamiento ocurre que el afecto es expulsado de la conciencia; al aislar la idea de su carga emocional, el sujeto parece no sentir ningún afecto, aunque en su pensamiento esté algún recuerdo o alguna idea que sea dolorosa o vergonzosa.

Para que el sujeto pueda aislar un afecto de una idea, o para que separe dos eventos, puede valerse de conductas rituales o utilizar intervalos de tiempo entre la idea que desea que quede separada. Cuando el aislamiento resulta exitoso, el afecto y el impulso quedan desligados de la idea a nivel consciente, por lo que la persona experimenta la idea o el pensamiento como algo asintónico, o sea, sin sentido, ajeno y extraño a él. Si una persona se conserva tranquila cuando atraviesa por una situación de suma importancia o trata de algún tema al que le corresponde una fuerte carga emocional, está utilizando el aislamiento.

El aislamiento puede utilizarse para resolver conflictos de ambivalencias hacia una persona, escindiendo uno de los dos sentimientos, como aceptación-rechazo, para que la persona sea sólo aceptada o sólo rechazada.

Regresión

En el mecanismo de regresión, una parte de la personalidad del individuo pierde el grado de desarrollo que había obtenido y regresa a un modo de funcionamiento de una etapa anterior del desarrollo. Una experiencia traumática o un evento que resulte frustrante para una persona puede ocasionarle que responda de una manera menos adulta y que recurra a una forma de ser que utilizaba en su infancia, cuando se enfrentaba a situaciones angustiantes y durante ese periodo le servía y le era muy adaptativa.

La regresión tiene propósitos adaptativos, pero suele ser destructiva y no promueve la adaptación con la realidad externa. Las formas y grados del uso de la regresión ocasionan una desorganización en la personalidad, como en el caso de la esquizofrenia.

La regresión no se hace en una forma masiva a una etapa del desarrollo inmediatamente anterior, sino que regresa a un sector de la personalidad a determinada etapa en la que actuaba de cierta forma, mientras que otros elementos de su personalidad se regresan a otras fases, y el resto puede continuar sin alterarse. La intensidad de la regresión depende de dos factores que se encuentran relacionados: el grado de vacilación con la persona acepta la nueva forma de satisfacer sus necesidades y demandas, y el grado de fijación a las etapas anteriores de su vida y antiguas formas de actuar.

Existe la regresión del servicio del Yo, la cual implica un aspecto positivo. Es como regresar dos pasos para tomar impulso y avanzar tres. En una función yoica flexible que permite el moldeamiento de los procesos secundarios.

Las personas sanas y bien adaptadas hacen usos de la regresión para evitar o reducir la angustia; por ejemplo: fumar, comer demasiado o tomar, lo que implica una regresión a la etapa oral, en la que el placer se obtiene al estimular la boca.

Racionalización

Este mecanismo consiste en tratar de explicar o justificar, de una forma aparentemente lógica, coherente, congruente y socialmente aceptada, la forma de actuar y de pensar. El propósito de la racionalización es neutralizar las cargas y las pulsiones para mantener alejados los efectos de la conciencia.

La racionalización es un componente del pensamiento normal, pero interviene de forma significativa en la formación de delirios. Al uso excesivo de este mecanismo se le clasifica como patológico.

El uso de la racionalización se puede observar en la vida cotidiana: vemos cómo las personas, para conservar sus estatus social, tratan de disculpar o explicar sus defectos o fracasos. La racionalización puede o no partir de premisas falsas, utilizar o no la realidad.

La racionalización no siempre es considerada un mecanismo de defensa, en tanto que su acción no se dirige a impedir la descarga de pulsiones, sino que actúa en forma secundaria, ya que es posterior a la descarga y sirve para explicar y tratar de disminuir los afectos. Una modalidad frecuente de este mecanismo es el de las uvas verdes, que consiste en dar razones, válidas para el sujeto, de que realmente no deseaba algo que no pudo alcanzar o concluir.

Intelectualización

Es el intento por parte del sujeto de dar una formulación de discurso a sus sentimientos, emociones o pulsiones para mantener alejado el afecto y poder controlarlo. Se trata de no hacer conscientes

las pulsiones y afectos para que puedan ser contenidos y regulados. El mecanismo de la intelectualización es frecuentemente utilizado por los adolescentes y, de acuerdo con Ana Freud (1977), favorece el conocimiento activo y permite al adolescente descargar la agresión de una manera desplazada. La intelectualización es un mecanismo adquirido por el Yo arcaico, pero es sumamente útil para que el Yo se desarrolle.

En la formulación del discurso el sujeto utiliza razones intelectualmente aprendidas, como son conocimientos adquiridos, ya sea escolarmente o leídos en algún libro, o vistos y oídos en algún programa de televisión o de radio. Estos conocimientos le ofrecen una explicación clara de lo reprimido y le permite a la vez que el material inconsciente no llegue a la conciencia.

Formación reactiva

La formación reactiva es la actividad, por parte del Yo, que actúa en un sentido opuesto al deseo o impulso reprimido, en tal forma que el deseo opuesto se constituye como el deseo o impulso original. Este mecanismo implica el desarrollo de sentimientos, deseos y acciones que son contrarios al impulso reprimido. Algunas veces se cambia una forma de comportarse o de sentir que la sociedad no acepta o que la familia no aprueba; por ejemplo: los sentimientos de odio de una persona hacia un familiar son mostrados como ternura y cariño hacia esa persona, pero puede ocurrir el caso opuesto en que se cambie un impulso amoroso, por el odio o destrucción, cuando el sujeto teme al amor y para defenderse favorece el desarrollo de pulsiones inversas.

La formación reactiva viene a reasegurar la represión que previamente quedó establecida. Un sujeto que ha elaborado formaciones reactivas no está formando una defensa que puede emplear en una situación de peligro real o fantasiosa, sino que modifica su

propia estructura de personalidad y actúa como si el peligro estuviera presente de forma permanente, de tal manera que siempre está preparado: una persona con neurosis obsesiva tiene la necesidad de que todo lo que le rodea esté en perfecto orden y pulcro; podría decirse que estos rasgos de perfeccionismo y de limpieza son su forma de estar preparado y le sirve para luchar en contra de sus tendencias pulsionales. La gran mayoría de los rasgos de carácter son considerados formaciones reactivas, especialmente los llamados rasgos patológicos, pero hay rasgos de carácter que permiten la descarga de la pulsión sin ser patológicos. Taliaferro (1990) cita el caso de una persona que se vuelve bombero voluntario como defensa a la piromanía.

Sublimación

En la sublimación un impulso abandona su objeto original pues, de acuerdo con el principio de realidad, su satisfacción del impulso no sería aceptada por el Superyó y lo castigaría, entonces se busca otra salida a través del Yo en la que concibe las exigencias del Superyó, del principio de realidad y que esté socialmente aceptado. Para lograr la sublimación el impulso es desexualizado o desagresivado, se cambia el objeto y el fin impulsivo por uno altruista.

El impulso que se sublima puede provenir de lo sexual o de lo agresivo. Para que pueda decirse que un instinto se sublima a través de una actividad productiva, como es el arte (pintura, escultura, etc.), o mediante un trabajo, cualquiera que sea, es necesario que la persona se sienta complacida, es decir, que sienta placer, que disfrute lo que hace, para que cuando no lo realice pueda también gozar el reposo, y continuar posteriormente. Si la persona trabaja y emplea su energía psíquica en hacer un buen trabajo, pero no disfruta hacerlo y lo realiza sólo como una rutina obligatoria, no puede hablarse de sublimación.

EL YO: LOS MECANISMOS DE DEFENSA

Las características de la sublimación (Fenichel, 1991) son: una inhibición del fin, una desexualización o desagresivización, debe haber una completa absorción del impulso por sus secuelas y una alteración en el Yo.

La sublimación se considera como una defensa exitosa y, por tanto, no patógena, en la que el impulso originario desaparece porque, a diferencia de las otras defensas, la energía es descargada. Esta descarga real de energía es lo que hace al individuo sentir la satisfacción, que no se cansa ni física ni emocionalmente al realizar su actividad, que no se aburra, que su conducta sea natural, fluida, no forzada. En algunos casos de personas que trabajan mucho, por ejemplo, pero que se cansan mucho y de una manera no proporcionan a lo que hacen, su conducta es seudosublimatoria. El impulso es como un río que lleva un fuerte caudal de agua, que puede ser destructivo para las poblaciones y para las cosechas; la sublimación es como una presa en la cual se instalan turbinas que logran que esa energía destructiva del río se vuelva controlada y se transforme en agua de riego, en electricidad, etcétera.

Supresión

Es el mecanismo de defensa mediante el cual, el Yo pone fuera de la conciencia algún impulso, sentimiento, tendencia o afecto doloroso o vergonzoso. Mediante este mecanismo, el Yo trata de poner en el preconscious aquello que desea excluir de la conciencia, pues voluntariamente no tiene la fuerza de ponerlo en el inconsciente. Generalmente el Yo logra este control consciente gracias a las motivaciones de índole valorativas y morales que posee.

Para poder utilizar la supresión, el Yo debe contar con suficiente fuerza catéctica para poder sentir, diagnosticar, predecir, decidir y regular en el mundo interno y en la realidad las posibilidades

afectivas que tiene para suprimir. Es fácil confundirla con el mecanismo de represión, incluso en algunos textos así se le toma; también algunos autores ven a la represión como un tipo de supresión. Cuando se logra mandar al inconsciente, lo que se quiere suprimir pasa a ser represión y deja de ser supresión.

La personalidad con un Yo fuerte puede utilizar con eficacia el mecanismo de supresión.

Cuadro 1
Relación entre los mecanismos de defensa y las patologías

<i>Mecanismo de defensa</i>	<i>Patologías</i>
represión	neurosis trastornos psicossomáticos conversión histeria
formación reactiva	fobias paranoia
aislamiento de afecto	neurosis obsesiva depresión
anulación	neurosis obsesiva
negación	conversión histeria depresión esquizofrenia paranoia sociopatía
proyección	paranoia fobias sociopatía
vuelta contra sí mismo	depresión
identificación	conversion histeria depresión
desplazamiento	conversion fobias paranoia sociopatía
disociación	personalidad múltiple esquizofrenia

VIII

El *self*

En la literatura psicoanalítica los términos Yo y *self* son de uso común; sin embargo son términos que no están claramente separados entre sí. El Yo es parte del *self* aunque teóricamente hay que distinguirlos.

Freud diferenció, en su hipótesis topográfica (primera tópica), lo consciente de lo inconsciente, más tarde señaló su interacción constante y mencionó que había procesos dotados de gran energía que no llegaban a hacerse conscientes debido a la acción de ciertas fuerzas represoras. Estos procesos o pulsiones provienen de lo que denominó Ello (inconsciente, relacionado con el cuerpo, fuente de toda energía mental). Las fuerzas represoras provienen de lo que llamó Yo (organización que observa, selecciona e integra los estímulos y las pulsiones y controla su acceso a la motilidad). Es en parte consciente y en parte inconsciente.

En la segunda tópica, Freud (1923/1981) puntualizó que el Yo es una organización coherente de los procesos mentales a la cual está vinculada la conciencia. Controla la motilidad, es la instancia mental que supervisa sus propios procesos que lo constituyen, que ejerce la censura onírica y de la cual procede la represión. El Yo es

la parte del Ello modificada por el mundo externo por medio del sistema percepción-conciencia. En un principio, el Yo es, ante todo, un yo corporal. Se deriva en última instancia de sensaciones corporales, principalmente de aquellas que surgen de la superficie del cuerpo, además de representar la superficie del aparato mental.

En el Ello reina el *principio del placer*, esto es lo prioritario de la descarga de la pulsión. El Yo introduce el *principio de realidad*, lo que significa que para esta instancia la realidad es primero. Percibir y adaptarse a la realidad son funciones yoicas. También es función yoica amortiguar los estímulos. El Yo funciona, desde sus comienzos, apoyándose básicamente en la introyección y la proyección. Luego, a medida que se desarrolla, consolida la *función sintética*, unificación de opuestos, integración de las pulsiones del Ello con las exigencias de la realidad, armonización de las pulsiones del Ello con los requerimientos del Superyó y de ambos con la realidad. Además el Yo, entre otras funciones —dada su relación con el preconsciente—, ordena los procesos mentales en tiempo y los confronta con la realidad. También, interponiendo el proceso de pensamiento, el Yo posterga la descarga motora, controla el acceso a la motilidad, se enriquece por las experiencias del mundo exterior, toma ayuda del Superyó. Es el asiento de la angustia, de la identificación, de la sublimación.

Algunos autores sostienen que al nacer carecemos de Yo, otros aceptan que tenemos un Yo rudimentario. Freud (1923/1981), al señalar la proyección temprana, se refirió indirectamente a una función muy primaria del Yo. Klein (1958/1988) señaló el temprano dominio de la ansiedad como una función yoica.

La psicología del Yo fue estudiada especialmente por Hartmann (1978), quien introdujo los conceptos del área libre de conflicto del Yo y la regresión adaptativa al servicio del Yo; y concluyen que respecto al Yo ya nacemos con una matriz indiferenciada con energía propia y funcionamiento autónomo.

El *SELF*

La primera vez que se diferenciaron los vocablos *self* y Yo la encontramos en Hartmann (1984); quien distinguió al Yo como instancia psíquica y lo definió por sus funciones mientras que al *self* lo definió como a la propia persona.

La problemática en tomo al concepto de *self* comienza explícitamente con Hartmann (1984), cuando hace la distinción entre Yo —como sistema psíquico— y *self* —como concepto referido a *uno mismo*—. Según este autor, en la teoría psicoanalítica el Yo es una subestructura de la personalidad y se define por sus funciones, y el *self* (sí mismo) es una diferenciación del objeto, lo que soy yo no eres tú. Elabora el concepto de *self* que engloba a la persona total del individuo, incluyendo al cuerpo y sus partes y a la organización psíquica y sus partes.

Aunque el *self* contiene al Yo, la persona conoce su *self* a través del Yo y la existencia del *self* no depende del Yo.

De acuerdo con esta autora la representación del *self* a través del Yo contiene:

- a) La anatomía y fisiología del cuerpo, sus características, potencialidades y su apariencia.
- b) La imagen del Yo, de los sentimientos y pensamientos, deseos, pulsiones y actitudes —conscientes y preconscientes— y la idea de la propia conducta física y mental.
- c) El Ideal del Yo y el Superyó. Ideales y escalas de valores conscientes y preconscientes. Una estimación del grado de efectividad de la autocrítica.
- d) La parte del Ello que comunica con el Yo.
- e) Un concepto de la suma total de los aspectos parciales arriba mencionados, que integra al *self* en una entidad organizada y diferenciada de su ambiente.

De la diferenciación y permanencia de las representaciones del *self* el Yo, depende el sentido de la identidad. El individuo sabe

que es él mismo a través de los cambios, en la medida en que su Yo contiene una clara representación de su *self* y de los cambios que éste ha experimentado en el transcurso del tiempo, con conservación de su unidad. El *self* tiene una dimensión temporal que abarca las fases cambiantes de la niñez, la adolescencia y la adultez.

Se puede decir que:

- a) El Yo es la estructura psíquica descrita por Freud, que incluye la fantasía inconsciente del *self* en el Yo.
- b) El No-Yo está dentro del *self* y comprende a las representaciones de objetos internos, entre ellos al Superyó.
- c) El *self* incluye al Yo y al No-Yo. Es la totalidad de la propia persona. Incluye también al cuerpo con todas sus partes, la estructura psíquica con todas sus partes, el vínculo con los objetos externos e internos y al sujeto como opuesto al mundo de los objetos.

Kohut (1966) elaboró un nuevo modelo teórico en el que la jerarquía otorgada al narcisismo y al *self* lo conduce a una nueva clasificación de las perturbaciones mentales. Lo que Kohut señala (Michaca, 1987) es que la libido narcisista (aquella que carga al *self*) y la libido objetal (aquella que carga a los objetos) tienen un desarrollo independiente. Kohut supuso que el narcisismo sufre una evolución paralela e independiente de la libido objetal. El resultado del desarrollo pulsional es la estructura de la mente en el Ello, Yo y Superyó, y el del desarrollo del narcisismo es el *self*. Este autor plantea que para la maduración el *self* utiliza ciertos objetos del medio ambiente con los que establece relaciones que Kohut les llamó objetos del *self*. El sí mismo del niño se establece como consecuencia de las respuestas empáticas de los padres.

La expresión de falso *self* fue introducida por Winnicott (1960) para designar una distorsión de la personalidad que consiste en

EL *self*

emprender desde la infancia una existencia ilusoria a fin de proteger mediante una organización defensiva un verdadero *self*. El falso *self* es por tanto el medio de no ser uno mismo, en diversos grados, que llegan hasta una patología esquizoide, en la cual el falso *self* es instaurado como única realidad, y en consecuencia significa la ausencia del verdadero *self*.

También Winnicott (1960) relaciona el verdadero *self* con el área libre de conflictos de Hartmann. La causa del desarrollo falso sería fundamentalmente la falla ambiental precoz y excesiva. Para este autor el *self* no es el Yo, *es la persona*, que tiene una totalidad basada en el funcionamiento del proceso de maduración. El *self* se encuentra naturalmente situado en el cuerpo, pero en ciertas circunstancias, puede disociarse del cuerpo en los ojos o la expresión facial de la madre. Finalmente el *self* logra establecer una relación significativa entre el niño y la suma de las identificaciones que se organizan conformando una realidad psíquica interna vital. Sólo el *self* verdadero es capaz de crear y de ser sentido como real. La existencia de un falso *self* por el contrario, produce una sensación de irrealdad o un sentimiento de futilidad.

El fracaso precoz y excesivo del medio en su papel de sostén del niño merced a la estrecha identificación con éste produce un corte a través de la continuidad existencial y una interrupción del desarrollo espontáneo.

El falso desarrollo produce un estado de cosas en donde se forma un falso *self* y a través de él, el bebé se transforma *en la madre de sí mismo* y así oculta y protege en su interior al verdadero *self*. Se puede decir que el desarrollo es falso porque es reactivo y no espontáneo y su función es proteger y ocultar al verdadero. La pauta de adaptación al medio será la sumisión a los deseos y expectativas de los otros pagando un precio muy alto para asegurar la invulnerabilidad del verdadero *self* oculto. En los esquizoides, el verdadero *self* suele conservar un lugar secreto, en el cual el sujeto

a veces se repliega y se pierde en un fantaseo improductivo, estéril y monótono, en la medida en que no logra enriquecerse por un contacto con la realidad compartida.

Para otros autores el individuo tiene un *self* real o actual (Horney, 1990) que desea lograr una realización completa de todas sus necesidades y para poder alcanzar esta autorrealización el hombre ha de tener un *self* idealizado que le sirva como modelo. El individuo debe estar en la posibilidad de alcanzar su *self* ideal pero sin perder la espontaneidad del *self* real. Entre más se aleje el hombre de este *self* real, tratando de alcanzar metas ilusorias, más conflicto interno se producirá y presentará una conducta neurótica. Así, en cuanto el individuo pierde su espontaneidad su *self* real se enferma y se trastorna en lo emocional.

El *self* es un proceso supraordenado (González Núñez y cols., 1986); su función es la integración de los subsistemas; incluye gran cantidad de identificaciones que constituyen el Yo, el Ideal del Yo, el Superyó y la organización de la conducta de acuerdo con papeles sociales accesibles. El término *self* refleja el estado y las características, las potencialidades y las capacidades, las ventajas y los límites de nuestro Yo corporal y mental, por un lado de nuestra apariencia, nuestra anatomía y nuestra fisiología; por otro lado, de nuestros sentimientos conscientes y preconscientes, así como de nuestros deseos, pulsiones y actitudes y de nuestras actividades físicas y mentales. Al final de la adolescencia las representaciones del *self* y objetales adquieren límites firmes, es decir, resisten los cambios catécticos. Resulta efectiva la constancia de la autoestima y sus controles internos regulatorios (Superyó e Ideal del Yo).

La formación del *self* al final de la adolescencia permite al individuo la persecución independiente de los intereses yoicos y la seguridad de una descarga tensional dirigida hacia los objetos. Igualmente pone al individuo frente a sus limitaciones reales y frente a la realización en él de la condición humana.

IX

El chiste y las parapraxias

En el texto de *El chiste y su relación con el inconsciente* (1905/1981b), Freud hace evidentes las aplicaciones que la disciplina científica puede tener para explicar los acontecimientos que ocurren en la vida cotidiana. El fenómeno social del chiste exige la presencia de una tercera persona capaz de gozar el ahorro psíquico a causa de la contracatexia yoica liberada que queda disponible para descargarse en la risa (Brenner, 1983).

La brevedad es uno de los factores determinantes en la efectividad del chiste, de manera tal que puede considerársele la base del mismo, esto se debe a que ejemplifica lo que resulta del proceso de condensación. Este mecanismo, también utilizado en la elaboración del sueño, consiste en una abreviación que crea formaciones sustitutivas de idéntico carácter. La condensación, como el desplazamiento, la representación del todo por la parte o viceversa, la equivalencia de los antagonistas y el simbolismo son todos los procesos de los que se vale el quehacer onírico en su elaboración y que caracterizan al pensamiento de proceso primario (Brenner, 1983). El chiste, como los sueños, recurren a esta clase de pensamiento

para su formación e implican una regresión temporaria y parcial del Yo.

El valor que tienen estas regresiones radica en el hecho de que se opera una especie de retomo a formas infantiles de placer, y las pulsiones que de otra forma hubieran sido dominadas o prohibidas (pulsiones hostiles, sexuales o ambas) quedan liberadas para ser descargadas de forma placentera mediante la risa. Esto se debe a que la técnica del chiste proporciona un medio para expresar algo de una forma ingeniosa capaz de sortear el poder coercitivo del Superyó.

La técnica del chiste

El carácter gracioso del chiste se puede deber a dos cosas: *a)* es el pensamiento explicado en la frase el que lleva carácter chistoso, pero existen pensamientos que por sí solos no tienen ese carácter.

b) El chiste depende de la expresión verbal que el pensamiento halla en la frase.

Precisamente de la expresión verbal se deriva la técnica del chiste, la cual tiene que hallarse en íntima relación con la esencia del mismo dado que todo su carácter y el efecto que produce desaparece en cuanto se lleva a cabo su sustitución. Es decir, se sustituye la frase chistosa por lo que realmente quiere decir ese chiste.

- a)* La formación verbal mixta se realiza en el momento en que se juntan dos palabras para la construcción de otra nueva.
- b)* La modificación cambia algunas palabras y las une con el fin de formar un nuevo significado.

El chiste nace de una fuerza comprensiva, o sea la técnica del mismo, con una condensación o formación de sustitutivo. Es decir

que al realizar una condensación mediante la modificación o la formación verbal mixta se realiza una formación sustitutiva, y si queremos podemos describir la formación de palabra mixta también con modificaciones de palabra fundamental por el segundo elemento. Por tanto el chiste depende sólo de la expresión verbal resultante del proceso de condensación.

La mayor analogía de la técnica del chiste se da con la elaboración de los sueños, pues en ambas se producen abreviaciones y formaciones mixtas. Todos conocemos en nuestros propios sueños las formaciones mixtas de personas y hasta de objetos que en ellos aparecen. El sueño llega a crear también formaciones mixtas de palabras que luego podemos descomponer en el análisis. Otras veces y con mayor frecuencia el proceso de condensación crea imágenes mixtas que salvo una modificación o agregación procedente de distinta fuente, coincide por completo con una persona o con un objeto determinado. Son, por tanto, tales modificaciones idénticas a las de los chistes. No podemos poner ya en duda que en ambos casos tenemos ante nosotros el mismo proceso psíquico, reconocible por su idéntico resultado.

- a) El múltiple empleo de la misma palabra, íntegra primero y dividida en sílabas después, ha sido el primer caso por nosotros hallado en donde no aparece la condensación. Existen gran variedad de chistes, los cuales pueden dar a una misma palabra un diferente significado.
- b) Es tan sólo la variación del orden de las frases la que da el carácter chistoso.
- c) En otros chistes se realizan sólo pequeñas modificaciones.
- d) Existen palabras a las que se les puede despojar de su significado primitivo. De dos diferentes derivados de la misma raíz puede haberse desarrollado uno hasta formar una palabra llena de significación, y el otro no constituir

más que un prefijo, y conservar ambas, sin embargo, idéntico sonido. La identidad de sonido entre una palabra plenamente significativa y una sílaba vacía de sentido puede ser también causal.

- e) Penetrando más en la diversidad de palabras y en el múltiple empleo de la misma palabra surge el doble sentido o juego de palabras.
- f) Los casos de doble sentido de un nombre propio y su significado objetivo. Ej.: pistola, conecta, chaqueta, papaya.
- g) El doble sentido de la significación metafórica de una palabra, el cual es una generosa fuente de la técnica del chiste.
- h) El doble sentido propiamente dicho, o juego de palabras, que es por decirlo así el caso ideal del múltiple empleo; la palabra no sufre aquí la menor violencia, no es dividida por sílabas ni sometida a modificación alguna. Tampoco necesita abandonar la esfera a la que pertenece (por ejemplo la de los nombres propios) e incluirse en otra diferente. Tal y como es y como se haya dentro de la frase debe, merced a determinadas circunstancias, expresar dos diferentes sentidos.
Ejemplo: Un médico que acaba de reconocer a una señora dice al marido de la enferma: “no me gusta nada”, “hace mucho tiempo que a mí tampoco”, se apresura a contestar el marido.
- i) El juego de palabras no es más que una condensación sin formación de sustitutivo. De este modo la condensación permanece como la categoría superior.
- j) Ahorro. Una tendencia compresora o mejor dicho economizante domina todas estas técnicas. Es desde luego posible que toda técnica del chiste muestre la tendencia al ahorro en la expresión verbal, mas esta relación no es susceptible de ser invertida. No toda economía de la expresión verbal es chistosa. Tiene por tanto que ser una clase especial de abreviación y de ahorro la que traiga consigo el carácter chistoso.

- k)* Desplazamiento. Es la desviación del proceso mental del acento psíquico sobre un tema distinto del indicado. El desplazamiento es independiente de la expresión verbal, ya que depende del proceso mental. Es también independiente del doble sentido, aunque aparentemente todo doble sentido implique un desplazamiento. La diferencia estriba en que en el doble sentido el chiste no contiene más que una palabra susceptible de una múltiple interpretación, que permite al oyente hallar el paso de un pensamiento a otro, paso que —siempre un tanto forzosamente— puede hacerse equivaler a un desplazamiento. Mas el chiste por desplazamiento contiene el chiste mismo y un proceso mental en el que aquél se ha llevado a cabo. El desplazamiento hace referencia a la elaboración y no a la percepción del chiste.
- l)* Error intelectual. En el error intelectual se establece una relación inexistente entre dos sucesos. El valor de la representación imaginativa es considerado superior al de la realidad.
- m)* La técnica del desatino consiste en la introducción de algo simple o desatinado, cuyo sentido es la revelación de otro desatino o simpleza. Aunque en ocasiones no es necesario aclarar o revelar otro desatino. El sofisma muestra una apariencia lógica que pretende encubrir un error intelectual. Se trata un razonamiento de manera aislada cuando debe ser tratado en conjunto.
- n)* Ver aisladamente factores.
- o)* Sofisma automático.
- p)* Unificación. La unificación es el fundamento esencial de aquellos chistes que demuestran lo que denominamos un “ingenio rápido”. Tal rapidez consiste en la inmediata sucesión de agresión y defensa, es decir, una inesperada unidad entre ataque y contraataque.

- q) Representación antinómica.
- r) Alusión. Es una técnica del chiste en lo que no se puede expresar directamente lo que se quiere decir, por lo que se expresa de manera indirecta.
- s) Doble sentido con alusión. Cuando hay dos significaciones que encuentran su expresión en la misma palabra y se halla la primera como la más usual y corriente, en un primer término tiene que acudir antes que ninguna a nuestra imaginación, mientras que la segunda, como más lejana, queda retrasada. A esta técnica se le da el nombre de doble sentido con alusión.
- t) Similicadencia de dos frases. Ejemplo: la gimnasia con la magnesita.
- u) Omisión. Otra frase de la alusión es la omisión, comparable a la condensación sin formación de sustitutivo. Realmente se omite algo en toda alusión, pues se omiten las rutas mentales que hasta ella conducen. La diferencia consiste en que lo más patente sea la solución de continuidad o el sustitutivo que en la expresión verbal de la alusión oculta a aquélla parcialmente. De este modo llegaríamos a través de una serie de ejemplos desde la simple omisión hasta la alusión propiamente dicha.
- v) Alusión sin sustituto.

Cuadro 2
La técnica del chiste

<i>El chiste y la expresión verbal</i>	<i>El chiste no pertenece al pensamiento, porque por sí sólo no hace reír. Pertenecer a la expresión verbal (técnica del chiste).</i>	<i>Formación sustitutiva</i>
I. La condensación	El chiste depende de la expresión verbal resultante del proceso de condensación. Categoría que incluye a las dos siguientes, pero no es indispensable para el chiste.	a) Formación verbal mixta. b) Modificación. Comparación del chiste con la elaboración de los sueños. Es el mismo proceso de condensación.
II. Múltiple empleo de la misma palabra	No hay omisión alguna y apenas se abrevia. Hay un doble empleo de la misma palabra en formas distintas, una vez completo y otra por sílabas. No hay condensación.	c) Total o fragmentariamente. d) Con variación del orden. e) Pequeña modificación. j) Las mismas palabras con o sin sentido.
III. Doble sentido	Definir un concepto utilizando las mismas palabras o dos conceptos correlativos por medio de otro, lo que produce un ingenioso entrelazamiento.	g) Significando tanto un nombre como una cosa. h) Significación metafórica y literal. i) Doble sentido propiamente dicho. j) Equívoco (<i>double entendre</i>). k) Doble sentido con alusión.
IV. Ahorro	Toda técnica del chiste muestra una tendencia al ahorro en la expresión verbal, mas esta relación no es susceptible de ser invertida. No toda economía de la expresión verbal es chistosa.	El chiste ahorra el trabajo de buscar y ordenar unas cuantas palabras, descubriendo aquella única palabra que cubra ambas ideas.

TEORÍA Y TÉCNICA DE LA PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA

V. Desplazamiento	Es la desviación del proceso mental del acento psíquico sobre un tema distinto del indicado. El desplazamiento es independiente de la expresión verbal, depende del proceso mental.	El desplazamiento es independiente del doble sentido aunque aparentemente no lo son. El desplazamiento se refiere a la elaboración del chiste y no a su percepción.
VI. Error intelectual	Establecer una relación inexistente entre dos sucesos. El valor de la representación imaginativa es considerado superior al de la realidad.	<i>a)</i> Técnica del desatino o simpleza. <i>b)</i> Sofisma. Busca cubrir el error intelectual. <i>c)</i> Se empeña en ver aisladamente los factores de un conjunto. <i>d)</i> Sofisma automático.
VII. Unificación	Existe un factor más significativo e importante que el múltiple empleo de las mismas palabras. Y se separa del doble sentido. Es el fundamento esencial de los chistes de ingenio rápido.	Consiste en la inmediata sucesión de agresión-defensa. La agregación por medio de la conjunción <i>y</i> .
VIII. Representación antinómica	Es un medio frecuentemente empleado y de poderoso efecto de la técnica del chiste, pero esta técnica no es privativa únicamente del chiste.	<i>a)</i> Se emplea el sí con un pero que significa un no. <i>b)</i> Se sustituye el sí por un no, pero éste no equivale por su contenido a un sí. <i>c)</i> Ironía.
IX. La técnica por sí sola no basta, se necesita de algo más para caracterizar al chiste	Surge un nuevo grupo de chistes intelectuales que se llama representación por lo homólogo o conexo.	
X. Alusión	Sustitución por algo que se halla ligado a nuestros pensamientos sobre la materia.	<i>a)</i> Doble sentido con alusión. <i>b)</i> Similicadencia de dos palabras o frases.

EL CHISTE Y LAS PARAPRAXIAS

	Tampoco la alusión es chistosa en sí; existen alusiones de correcta elaboración que no pueden pretender tal carácter. Sólo la alusión chistosa lo posee. La alusión entra dentro de la representación indirecta.	c) Omisión. d) Sin sustitutivo.
XI. Las tres categorías del chiste intelectual son:	a) Error intelectual. b) Unificación. c) Representación indirecta.	
XII. Chistes por comparación	La inseguridad de reconocer a estos chistes como tales, es considerada como debilidad en los fundamentos de la investigación. La comparación puede ser chistosa por sí misma sin necesidad de la técnica. Resulta el desconocimiento lo que determina el carácter chistoso.	a) Metáforas. b) Metáforas degradantes.
XIII. Conclusiones. Se han llegado a conocer los más frecuentes y esenciales medios de elaboración del chiste, aunque no en su totalidad. Se han descubierto indicaciones del camino necesario para un mayor esclarecimiento. Tan amplia coincidencia entre los medios de la elaboración del chiste y los de la del sueño no creemos pueda ser casual.	Los procesos de condensación y formación de sustitutos revelado como nudo de la técnica, nos orientan hacia la formación de los sueños en cuyos mecanismos han sido descubiertos los mismos procesos psíquicos.	Igual orientación nos marcan las técnicas del chiste intelectual: desplazamiento, errores intelectuales, contrasentido, representación indirecta, y representación antinómica, que juntas o separadas retornan en la técnica de la elaboración de los sueños.

Las parapraxias

Freud (1901/1981) aborda el tema de las parapraxias y a través de ellas pudo extender los descubrimientos que había hecho en relación con las neurosis relacionándolas con la vida mental cotidiana. Procuró desmentir la creencia popular que veía en los errores, los olvidos, los accidentes, é incluso en los sueños y el chiste, a simples fenómenos elementales reducidos a sí mismos que no eran producidos sino por la negligencia, la casualidad, la distracción o el azar. Descubre que el olvido, las equivocaciones orales, los errores en la escritura y la lectura, y los actos fallidos son todos errores que surgen como consecuencia de deseos inconscientes.

Parapraxias: Son sucesos de la vida normal que tienen bases causales específicas. Así los olvidos, las equivocaciones orales, los accidentes, los errores en la lectura y la escritura, son todos errores que surgen por deseos inconscientes que están inicialmente ocultos a la conciencia y se revelan involuntariamente.

Siempre, ante el surgimiento de lo que genéricamente se conoce como parapraxia, descubre que este fenómeno está determinado por una incapacidad temporaria del Yo para dominar una intención inconsciente. La parapraxia se produce a pesar del Yo, en momentos en que éste está imposibilitado para integrar el propósito inconsciente con las otras tendencias psíquicas en acción de ese momento en la mente. Como en los casos del proceso de elaboración de los sueños y del chiste, en las parapraxias el pensamiento de proceso primario desempeña un papel esencial (Brenner, 1983). Por tanto, la forma que adquiere una parapraxia queda determinada por los mecanismos característicos que le son propios a este tipo de pensamiento (condensación, desplazamiento, simbolismo, etcétera).

Si bien las motivaciones para una parapraxia pueden estar inicialmente ocultas para la conciencia, lo cierto es que ésta puede resultar de la interferencia de un componente externo o interno con el propósito consciente. Según se trate de influencias exteriores a una palabra, frase o contexto, o de elementos perturbadores internos que provocan el *lapsus linguae*, en todos los casos es la simultaneidad del estímulo lo que determinará a las equivocaciones orales y el origen del estímulo les dará su cualidad diferenciadora. El proceso se determina en ambos casos por un factor positivo (la corriente no inhibida de las asociaciones que favorece la equivocación) y uno negativo (el relajamiento de la atención inhibitoria que igualmente la facilita). Aquí, como en el resto de las parapraxias y de acuerdo con lo que sucede durante las sesiones del tratamiento psicoanalítico, existe un contenido psíquico que aunque se esfuerza en ocultarse, se revela involuntariamente.

Es cierto que en las equivocaciones orales el elemento perturbador puede estar constituido por la similitud con palabras obscenas o por la alusión a un sentido de este género. Se responde a un deseo de evocar a lo prohibido, y allí también las influencias psíquicas remotas de que había expresión alterada se convierten en la expresión de lo que no quería uno decir. Por tanto las equivocaciones del discurso revelan el conflicto interior.

Para continuar con lo anterior se puede decir que se mantiene una estrecha relación con lo que a errores en la lectura se refiere, en un gran número de casos, la predisposición del lector es la que transforma el texto a sus ojos de manera tal que éste termina por leer algo que se relaciona con los pensamientos que ocupan su mente en ese momento. Los determinantes para el resultado de dichas equivocaciones pueden ser tales como la profesión o la situación actual del lector.

Aquí, como también en los casos de los *lapsus linguae* y los *lapsus calami* (errores en la escritura), la atención del sujeto se

encuentra perturbada por un pensamiento inconsciente. El pensamiento o el deseo completo no quedan completamente reprimidos y entonces se filtran los indicios de un material que debía mantenerse en la esfera inconsciente del sujeto.

Lapsus: Término latino utilizado en retórica para designar una falta cometida por inadvertencia, sea hablando (lapis linguae) o escribiendo (lapsus calami), que consiste en remplazar por otra palabra la que uno quería decir.

En cuanto al olvido se refiere, éste se encuentra generalmente motivado por la necesidad de evitar la generación de angustia, culpa o ambas (Brenner, 1983), que han quedado asociadas con el propósito, el nombre, la palabra, la impresión, la experiencia o el conocimiento olvidados. El olvido, por tanto, suele basarse en un motivo de displacer, tanto como el motivo fundamental del chiste es la consecución del placer. Esto implica entonces que las contracatexias movilizadas para ocultar algo a la conciencia pueden ser tanto de origen del Ello como de procedencia Superyoica. En esta última se ubican las parapraxias resultantes de una defensa (fallida) contra pulsiones hostiles o sexuales del Ello o de una prohibición del Superyó orientada contra ellos. En el caso de las parapraxias con origen en el Ello, el resultado puede ser que una o varias pulsiones alcancen en forma independiente algún grado de actividad motora para lograr al menos parcialmente su finalidad.

Contracatexia: Energía psíquica que se opone a la descarga pulsional. Proceso económico postulado por Freud como soporte de numerosas actividades defensivas del Yo. Consiste en la catexis por el Yo de representaciones, actitudes, etc., susceptibles de obstaculizar el acceso de las representaciones y deseos inconscientes a la conciencia y a la motilidad. El término

puede designar también el resultado, más o menos permanente, de tal proceso.

Las condiciones que antaño eran consideradas explicativas de cualquier índole de parapraxia —la fatiga, la falta de atención, el apresuramiento, la excitación, la salud deteriorada, o la disposición para olvidar—, ahora sabemos que son en realidad meros elementos coadyuvantes en el proceso de la producción de las mismas. Estos factores accionarios bien pueden facilitar la interferencia de los procesos inconscientes en el intento consciente específico, no obstante, tienen un carácter secundario en la génesis de una parapraxia. Esto porque son en realidad las fuerzas psíquicas inconscientes que en mayor o menor medida resisten la integración y que alcanzan cierto grado de influencia directa sobre el pensamiento o la conducta en una parapraxia las que, según expone Brenner (1983), nacen a veces del Ello, otras del Yo, algunas del Superyó, e incluso de dos o de todas las instancias. La parapraxia delata o traiciona los conflictos íntimos del sujeto.

X

Los sueños

Breves notas históricas acerca de los sueños

Los sueños han sido durante la historia de la humanidad, objeto de curiosidad y duda, ya que para los hombres de todas las culturas y civilizaciones, ha resultado enigmático el conocer su significado y su relación con el mundo de la vigilia.

Los pueblos de la antigüedad ya se interesaban por su origen e interpretación. En la historia judeocristiana fue utilizada la interpretación del sueño de José como predicción del futuro y también fue vista como alianza entre Dios y los hombres. En la mitología los sueños tienen relación con el mundo de los seres sobrehumanos, en las que brindan revelaciones divinas o demoniacas, así como la posibilidad de anunciar el porvenir. En la antigua Grecia, Aristóteles le otorgó la función diagnóstica y pronóstica, así como la elaboración de la primera clasificación de los sueños, de acuerdo con sus fuentes: provenientes de Dios, de los demonios o de la actividad del alma.

Con los pensadores jónicos comenzó la búsqueda de principios y herramientas conceptuales para explicar el significado de los sue-

ños, teniendo en la sociedad mesopotámica una interpretación de los sueños más apegada al razonamiento, así como una codificación de situaciones objetivas (Becker, 1973).

Para la sociedad islámica de la Edad Media, la espiritualidad del hombre está basada en una teoría profética, en tanto que, a nivel popular se vinculaban los conflictos arquetípicos ancestrales por medio de las leyendas, que se expresan a través del sueño.

En la región de Siberia son los sueños, al igual que las enfermedades y los éxtasis, medios para justificar el poder mágico-religioso del chamán.

En las civilizaciones medievales se desarrolla una teoría del conocimiento más realista, y se considera a los sueños como hechos objetivos que comunican al hombre con lo sobrenatural. Paralelamente, en el mundo náhuatl y maya, el sueño es concebido como una de las formas de dualidad cuerpo-espíritu, sin embargo no pierde su esencia profética y el objetivo de conocer la causa de las enfermedades.

En la época contemporánea, la creencia divina de los sueños comienza a decaer a principios del siglo XIX; con la inclinación del pensamiento científico, se le otorga a los sueños un significado fisiológico, y se les considera como un proceso somático que se manifiesta en el aparato psíquico. A fines del mismo siglo, comienza a reconocerse la naturaleza psicológica de los mismos y con ello surgen más interrogantes acerca de la relación de los sueños, como la vigilia, sus contenidos, sus mecanismos, sus fuentes de origen, etc., por lo que los especialistas del área de la medicina y psicología, principalmente, emiten sus criterios respecto de su participación dentro de la actividad psíquica o como producto de las percepciones durante la vigilia.

Sin embargo, la mayoría de las explicaciones de los sueños contenidas en la literatura científica de esta época, expresan una falta de aceptación de la participación psíquica en la génesis de los sueños, así como la influencia del olvido en los sueños, como Strumpell,

LOS SUEÑOS

citado por Freud (1900), quien explica el olvido en los sueños por el hecho que el fenómeno onírico toma de la vida diurna sólo detalles aislados que carecen de conexiones psíquicas, que permiten recordarlos en la vida despierta.

Para Lemonie, citado por Freud (1900), la incoherencia de las imágenes oníricas es el único carácter esencial del sueño.

Maury, citado por Freud (1900), sostiene que el contenido de los sueños está determinado siempre por la personalidad individual, la edad, el sexo, la cultura, los modos de la vida y acontecimientos de la vida anterior, este autor otorga mayor importancia a la estructura psicológica y personalidad individual del soñante. Jung (1964), discípulo de Freud, postula que el sueño surge de una parte del alma que no conocemos, y se ocupa de la preparación del día siguiente y sus acontecimientos. El sueño consiste en una serie de imágenes aparentemente contradictorias y absurdas, pero contiene un material que, traducido, posee un sentido claro. Señala que no es posible interpretar un sueño, sin conocer la historia del soñador. Reconoce sueños y temas oníricos típicos de simbolismo sexual, aunque existen otros en los que se expresan situaciones conflictivas.

Simbolismo: Para Freud es innegable que el sueño expresa a veces el deseo reprimido por medio de un simbolismo. En este sentido se diría que el rey y la reina representan bastante claramente en el sueño a los padres del soñante. El simbolismo tendría la mayor parte de las veces una significación sexual: un objeto alargado representaría corrientemente al miembro masculino, y el hecho de subir una escalera, al coito.

Existen símbolos oníricos, pero se debe conocer en el soñante su personalidad, su biografía, el síntoma, así como sus principales conflictos. Menciona que no existen símbolos universales, y que cualquier símbolo requiere de un empleo cuidadoso, y si no se identifican, será reproducido a través de sueños posteriores.

Es Freud quien establece un método científico para la interpretación de los sueños, plasmando sus conocimientos acerca de los procesos oníricos en su obra *La interpretación de los sueños* (1900), en donde plantea la existencia del inconsciente como determinante de la conducta, de los pensamientos y afectos del individuo, que posee una actividad ininterrumpida y en el periodo de reposo se manifiesta a través de los sueños.

El sueño en los primeros años de vida

El sueño es un conjunto de estados que forman parte de los ritmos circadianos del individuo. Función que ocupa casi una tercera parte de la vida y la cual es motivo de investigación en diversas áreas de la ciencia.

Dicho estado está delineado por un proceso de maduración, es decir, los mecanismos neuronales involucrados en el control y en la creación de los sistemas que forman el acto de dormir están determinados por la edad del sujeto.

El proceso de vida de un bebé necesita de más requerimientos que un adulto para poder subsistir; así el sueño, considerado como un recurso indispensable para el cumplimiento del desarrollo, ocupa gran parte de la actividad del recién nacido. La fenomenología del sueño contempla parámetros cuantitativos y cualitativos para evaluar su función y conocer así el índice de desarrollo cerebral.

Brailowsky (1999) investiga los diferentes estados conductuales que se generan en la vida intrauterina del feto; a través del ultrasonido y la recepción de los patrones de interferencia que se trasluce por los tejidos, se obtienen imágenes de los movimientos intrauterinos. Esto puede ser motivo de controversias ya que se afirma la existencia de la vida antes de nacer. Los registros tanto eléctricos como conductuales están asociados para la medición de los ritmos cerebrales correspondientes al sueño.

LOS SUEÑOS

El EEG (registro de movimientos oculares) se presenta mediante ciclos por segundo (cps), con frecuencias lentas de 0.5 a 7 cps o más rápidas, de 8 a 30 cps. Regularmente las ondas lentas son de mayor amplitud (voltaje) que los ritmos rápidos que muestra el adulto durante la vigilia, mientras que en el sueño aparecen ondas lentas.

El surgimiento de la conducta fetal

Incuestionablemente el ser humano es objeto de estudio desde antes del nacimiento. A partir de los hallazgos sobre los movimientos oculares rápidos (MOR), se da la pauta sobre la investigación de las diferentes fases del desarrollo del sueño, más aún cuando se descubre que no es un estado aplanado, inactivo y en su profundidad existen aspectos interesantes y reveladores.

En la evaluación del sueño del prematuro y el lactante se consideran tanto los estudios conductuales como los poligráficos. Los primeros hacen referencia a los movimientos faciales (muecas o gestos corporales, si mantienen los ojos abiertos o cerrados y la vocalización). Los segundos se refieren al EEG, registro de los movimientos oculares; para la medición de este último se emplea un cristal piezoléctrico aplicado al párpado, el cual registra los desplazamientos del globo ocular.

Se puede también registrar la temperatura y el nivel del oxígeno sanguíneo mediante el uso de transductores especiales, y en niños más grandes es posible estudiar la respuesta galvánica de la piel (activación de glándulas sudoríparas), el índice de la actividad autonómica (simpática), y el índice de los cambios emocionales, posiblemente ligados a las ensoñaciones.

El sueño y la vigilia del prematuro

Para considerar las diferencias individuales, el proceso de sueño-vigilia no aparece antes de las 36 semanas de edad gestacional (Mnonod y Tharp, 1977, citado por Brailowsky, 1999), y los registros obtenidos en prematuros de 27 a 29 semanas muestran actividades variables y discontinuas, con periodos de inactividad que pueden durar hasta 60 segundos.

En bebés de 30 a 31 semanas de edad gestacional (EG), las ondas lentas se vuelven más estables, pudiendo durar por periodos de 40 a 60 segundos, con actividades más rápidas superpuestas. Estos periodos de ondas lentas suelen acompañarse de movimientos oculares; se trata de los primeros signos de la fase de sueño activo (SA), fase que se define mejor a las 32-34 semanas de EG, ocupando la mayor parte del registro EEG. A esta edad se empiezan a individualizar los periodos de sueño tranquilo (ST) que se presentan por una disminución en la motilidad y la desaparición de movimientos oculares. A partir de la semana 36 de EG, los dos estadios de sueño (activo y tranquilo) se encuentran individualizados, aunque el trazo EEG es diferente al del recién nacido al término.

El sueño y la vigilia en el primer año de vida

Entre el nacimiento y los seis meses de edad, es factible obtener el registro EEG correspondiente al sueño, ya que es el estado preponderante en esta etapa. Hasta la edad de cuatro meses, el inicio del sueño se caracteriza por la lentificación y el aumento progresivo de la amplitud de los ritmos EEG de la vigilia a partir de que el bebé cierra los ojos, aunque conductualmente se puede establecer la emergencia de un ritmo circadiano (cercano a un día) a partir de la sexta semana de edad (Bramfor, 1990, citado por Brailowsky, 1999).

LOS SUEÑOS

Sin embargo no es una evidencia que el niño tenga los ojos cerrados, para indicar que se encuentra en la fase de sueño, ya que aun con los ojos abiertos, los ritmos EEG indican que está dormido (Cursi-Dascalova, 1977, citado en Brailowsky, 1999).

A partir de los cuatro meses la somnolencia se acompaña de una lentificación de los ritmos cerebrales, la cual se hace más evidente a los cinco o seis meses de edad. La duración total de la fase SA va acortándose por disminución del número de episodios, sin cambios en la duración media o el intervalo medio de los mismos. En la misma relación el número y duración de los episodios de sueño tranquilo (ST) aumentan con la edad (Hoppembrowers, 1987, citado por Brailowsky, 1999) y el porcentaje de duración de la fase de sueño indeterminado (si) no varía significativamente en los dos primeros meses de edad.

En los primeros nueve meses el número de despertares va disminuyendo, a los dos meses, 44% de los niños duerme toda la noche, y a los nueve meses, 78%. A partir de los tres a seis meses de edad, la duración total de SA disminuye de 30 o 40% a cerca de 20% de la duración total del sueño.

La duración total del sueño lento no se modifica de manera importante entre los seis meses y los 10 o 13 años de edad, etapa en la que disminuye hacia valores cercanos a los del adulto.

Los bebés pequeños duermen más que los grandes, y el sexo o el orden de nacimiento (si se trata del primer hijo, del segundo o del cuarto) no altera la duración o el número de episodios de sueño, pero el patrón sí cambia de acuerdo con la dificultad de la madre en alimentar al bebé (Banford, 1990, citado por Brailowsky, 1999).

Se describe a continuación la fenomenología del sueño que se presenta durante el primer año de vida (Louis *et.al.*, 1997, citado por Brailowsky, 1999): disminución continua del tiempo total de sueño MOR y de la fase de si, y un aumento en la duración de vigilia, del sueño tranquilo y de las fases uno y dos del sueño.

Cuadro 3
Criterios para la calificación de las fases de sueño en el lactante

	<i>Criterios</i>
Sueño activo (sa)	Ausencia de tono muscular junto y cuatro de los siguientes criterios: 1. Al menos un movimiento ocular independiente de otros movimientos corporales. 2. Variaciones del ritmo ventilatorio superiores a 25 respiraciones por minuto. 3. Pequeñas sacudidas o movimientos discretos. 4. Ausencia de husos en el EEG.
Sueño tranquilo (st)	Se requiere la totalidad de los siguientes criterios: 1. Variaciones respiratorias inferiores a 25 por minuto. 2. Ojos cerrados. Ausencia de movimientos oculares. 3. Presencia de tono muscular y, al eeg, de husos, o ambos.
Vigilia	Se requiere al menos uno de los siguientes criterios: 1. Tono muscular sostenido y periodos de actividad. 2. Ojos abiertos. 3. Variaciones respiratorias mayores de 45 por minuto. 4. Vocalización. 5. Movimientos corporales evidentes.
Sueño indeterminado (si)	Todos los minutos en los que no se reunieron los criterios de las otras fases, o aquellas fases que duraron menos de 30 segundos (estados transicionales).

El sueño y la vigilia a partir del segundo año de vida

A los 24 meses de edad, la duración total del sueño y de la vigilia es aproximadamente la misma (12 horas). Esta duración va disminuyendo, especialmente durante la noche, así la duración total del sueño hacia los cuatro años de edad es de 10 a 11 horas. Es en la

LOS SUEÑOS

adolescencia cuando el sueño total se reduce a los valores del adulto joven, es decir, de siete a ocho horas.

A partir de los tres años de edad, los criterios de evaluación de las diferentes fases del sueño se equiparan a los del adulto.

Resulta incuestionable la relevancia del estudio de las fases del sueño para identificar los diferentes estadios de las funciones cerebrales. Producto para un mejor conocimiento de carácter profiláctico del ser humano.

Sin duda surgirán diversas investigaciones que aborden el estudio del sueño, ya que seguirá el cuestionamiento sobre qué sucede en esa fase en la que el ser humano le destina la tercera parte de su vida.

Ritmos biológicos y sueño-vigilia

El ritmo cotidiano en el ser humano es el ciclo sueño-vigilia, el cual retoma importancia cuando al llegar a los 60 años de edad, la mayoría de las personas se percatan que han pasado 20 años durmiendo. ¡Que 20 años no es nada...!

Durante más de dos décadas los investigadores se han referido a que casi cualquier sistema vivo presenta un ritmo de aproximadamente 24 horas. Para los ritmos circadianos (del latín *circa*, que significa “casi”, y *dies*, que significa “día”) su periodo de duración es de aproximadamente un día. Estos ritmos coadyuvan en la sincronización de conducta y estados corporales.

Dentro del mismo contexto existen los ritmos ultradianos, cuyo periodo oscila desde algunos minutos a algunas horas; es más corto que los ritmos circadianos. Asimismo los ritmos circanuales, los cuales son dirigidos por factores exógenos, como la disponibilidad de comida.

Sueño y vigilia

El sueño se caracteriza por ausencia de conducta. La clasificación del sueño incluye dos clases principales: el sueño de ondas lentas y el sueño de MOR (movimientos oculares rápidos).

Con la relajación o al cerrar los ojos, aparece un ritmo distinto que consiste en una oscilación regular a una frecuencia de 9-12 Hz, conocida como ritmo alfa, y en algún momento desaparece siendo remplazado por eventos de amplitud más pequeños de frecuencias irregulares. Este estadio se conoce como estadio 1 del sueño lento; durante este periodo se produce un enlentecimiento del latido cardíaco y una reducción de la tensión muscular. Los sujetos durmientes que son despertados durante este estadio no se dan cuenta de haber permanecido en él, aun cuando dejaron de responder a los estímulos externos. Este periodo dura algunos minutos y da paso al estadio 2 del sueño, que se define por eventos del EEG denominados “husos” que se producen en salvas periódicas. En la primera parte del sueño de una noche este estadio lleva al estado 3 del sueño, que se define por la aparición de husos mezclados con ondas lentas (alrededor de una por segundo) de amplitud bastante grande. Durante este periodo los músculos siguen estando relajados, y la frecuencia cardíaca y respiratoria disminuyen. El estadio 4 del sueño se define por una continua sucesión de ondas lentas de elevada amplitud. Los estadios del 1 al 4 forman parte del sueño de ondas lentas.

Después de una hora una persona por lo general se encuentra en el primer periodo del sueño. El durmiente humano regresa al estadio 2 y se crea una pauta algo diferente. Se presentan registros diferentes, por un lado en relación con la medida mediante el cuero cabelludo, éste presenta un patrón de pequeña amplitud y actividad rápida similar a la de la persona despierta, alerta y vigilante, pero la tensión de los músculos posturales del cuello ha desaparecido. A esta divergen-

LOS SUEÑOS

cia se le conoce como sueño paradójico. La frecuencia respiratoria y el pulso se hacen más rápidos e irregulares. Los ojos presentan movimientos rápidos bajo los párpados cerrados por lo que se le conoce como sueño MOR, O sueño de movimientos oculares rápidos. Aquí el registro del EEG muestra que el sueño consiste en una secuencia de estadios en vez de tan sólo un periodo inactivo.

El sueño de una noche

Las medidas comunes de una noche de sueño abarcan el tiempo de sueño total, la duración y frecuencia de los diferentes estadios del sueño y medidas de su secuencia.

El tiempo total de sueño de adultos jóvenes generalmente comprende entre 7 y 8 horas, de las cuales de 45-50% del sueño corresponde al estadio 2. El sueño MOR abarca 25% del sueño total. Los ciclos son más cortos al principio de la noche y se caracterizan por mayor cantidad de estadios 3 y 4 del sueño de ondas lentas. En contraste el sueño MOR es más frecuente en los ciclos posteriores. El primer periodo MOR es el más corto, a veces dura sólo 5-10 minutos, mientras que el último, justo antes de despertarse, puede durar hasta 40 minutos en adultos normales. El ciclo de sueño de 90-110 minutos ha sido considerado por algunos investigadores como la instancia de un ciclo básico de descanso-actividad.

Variaciones en el patrón de sueño humano

El esquema del sueño humano muestra variaciones. Éstas pueden estar relacionadas con el nivel de maduración, con estados funcionales como el estrés, impacto de fármacos y varios estados internos y externos.

Ciertos estilos de vida, especialmente aquellos que generan una impresión pesimista del mundo (Hartmann, 1978, citado por Rosenzweig, 1992), pueden requerir más sueño y los periodos MOR más prolongados de este grupo reflejan la importancia de este estado en los procesos de recuperación psicológica.

Los sueños MOR incluyen historias que implican experiencias perceptivas antiguas y la sensación de que se están vivenciando sonidos, olores, actos y visiones. Estos eventos parecen reales.

Los despertares de sueño MOR producen con mayor frecuencia informes de sueños que las activaciones durante el sueño de ondas lentas. Las culturas primitivas dan relevancia al fenómeno de los sueños. Algunos investigadores continúan estudiando esta temática al considerar importante el sueño para la resolución de problemas.

Se ha especulado sobre el origen del sueño y ha creído hallarse en fuentes de estimulación externa o en estadios del cuerpo, especialmente del estómago. Hobson (1988, citado por Rosenzweig, 1992) mencionó que los sueños pueden ser atribuidos a eventos endógenos en el cerebro que el soñante no puede controlar, denominando a esta noción “hipótesis de la activación-síntesis”.

Los sueños son considerados por algunos como un proceso de recuperación corporal, un proceso biológico, sin una connotación específica. Para otros representa la realización de deseos y el papel de resolución de problemas de estas aventuras nocturnas.

Los investigadores con esta visión mencionan que si se registraran los sueños que se producen durante la noche, conoceríamos más de nosotros mismos.

Aprendizaje durante el sueño

Las nociones sobre el aprendizaje de materiales verbales durante el sueño es generalmente confuso. Se ha encontrado (Tilley, 1979,

LOS SUEÑOS

citado por Rosenzweig, 1992) que la información presentada durante el sueño puede reforzar o reactivar los procesos de almacenamiento de memoria y así mejorar la retención. Con esto se puede mencionar la existencia de algún tipo de aprendizaje durante el sueño.

Efectos del sueño sobre la memoria a largo plazo

Durante el periodo de vigilia entre el aprendizaje y la evocación, se producen diversas experiencias que interfieren con el recuerdo adecuado. Así la memoria disminuye, ocurriendo este proceso con más lentitud durante el sueño. Es un proceso pasivo. Una explicación en tomo a esta situación refiere que el sueño proporciona las condiciones para una firme impresión de rastros de memoria duraderos. El sueño funciona como un “árbitro para la información del día” (Rosenzweig, 1992). Asimismo este autor clasifica las memorias del día, descarta algunas y ayuda a que otras se consoliden.

Los trastornos del sueño se clasifican en cuatro categorías principales:

- I. Trastornos en la iniciación y mantenimiento del sueño (insomnio):
 - insomnio corriente, sin complicaciones,
 - transitorio,
 - persistente,
 - relacionados con fármacos,
 - uso de estimulantes,
 - abstinencia de depresores,
 - alcoholismo crónico,
 - asociados con trastornos psiquiátricos,
 - asociados con alteración respiratoria inducida por el sueño,
 - apnea del sueño.

2. Trastornos por excesiva somnolencia:
narcolepsia,
asociados con problemas psiquiátricos,
asociados con trastornos psiquiátricos,
relacionados con fármacos,
asociados con alteración respiratoria inducida por el sueño.
3. Trastornos del programa sueño-vigilia:
transitorios,
cambio de zona temporal por vuelos en avión,
cambio de turno laboral, especialmente trabajo nocturno,
persistentes,
ritmo irregular.
4. Disfunciones asociadas con sueño, estadios del sueño o activaciones parciales:
sonambulismo,
enuresis nocturna,
terrores nocturnos,
pesadillas,
crisis relacionadas con el sueño,
rechinar los dientes,
activación relacionada con el sueño de síntomas cardíacos o gastrointestinales.

Fuente: Rosenzzweig, 1992.

Definición de sueños

En el ser humano ocurren gran número de fenómenos psíquicos, entre los que se encuentran los sueños, que pueden ser conscientes

LOS SUEÑOS

(aquello de lo que nos damos cuenta), preconcientes (aquello que mediante un esfuerzo de atención podemos traer a la conciencia), o inconscientes (aquellos procesos incapaces de alcanzar la conciencia, sólo por medio de técnicas especiales). Estos fenómenos psíquicos pueden resultar extraños para el individuo, sin embargo, al elaborar un análisis más profundo de su vida psíquica, puede encontrarse que existe una conexión entre los estados conscientes propios del periodo de vigilia, de los inconscientes, que se rigen por las leyes de los procesos mentales inconscientes y por tanto poseen una sintaxis distinta, motivo por el cual el psicoanálisis considera a los sueños como la vía regia al inconsciente. Cada sueño es la consecuencia de otros acontecimientos psíquicos y tiene una relación coherente y continua con el resto de la vida mental del individuo. El sueño es así un fenómeno psíquico, relacionado con todo el psiquismo del sujeto, que está constituido por: *a)* contenido manifiesto: son las imágenes del sueño, tal como se les recuerda al despertar, *b)* contenido latente: son las imágenes, deseos o pensamientos que constituyen su motivo verdadero, e intenta llegar al consciente, *c)* censura: es la expresión represora del Yo, al servicio del Superyó, y *d)* trabajo de sueño: es la elaboración psíquica a la cual es sometido el contenido latente, para convertirse en contenido manifiesto.

Contenido manifiesto: Con esta expresión se designa al sueño antes de haber sido sometido a la investigación analítica, tal como se presenta al sujeto soñador que efectúa la narración del mismo. Por extensión se habla del contenido manifiesto de toda producción verbalizada (desde la fantasía a la obra literaria) que se intenta interpretar por el método analítico.

Contenido latente: Conjunto de significaciones a las que conduce el análisis de una producción del inconsciente, especial-

mente el sueño. Una vez descifrado, el sueño no aparece ya como una narración formada por imágenes, sino como una organización de pensamientos, un discurso, expresando uno o varios deseos.

En 1895 Freud realiza por primera vez la interpretación de un sueño propio, y en 1900, en su obra *La interpretación de los sueños*, lo define como “una satisfacción de un deseo”. Posteriormente, en 1917, en sus *Lecciones introductorias al psicoanálisis* considera que el rasgo esencial del trabajo del sueño es la transformación de los pensamientos en una vivencia alucinatoria.

Garma (1970) postula que el trasfondo psíquico de cualquier sueño, aun el más placentero, es una pesadilla. Considera que el sujeto que sueña ve inconscientemente la imagen dramática de sus conflictos angustiantes, sin poder rehuir a menos que despierte. Dicha imagen ineludible se convierte en una imagen alucinante, a diferencia de Freud, quien piensa que la alucinación onírica se origina a consecuencia de la regresión a una satisfacción alucinatoria de deseos.

De la actividad del pensamiento durante la vigilia, pueden perdurar restos diurnos que no consiguieron liberarse completamente de su carga de energía psíquica, además de que la actividad diurna pudo despertar un deseo inconsciente. Durante el reposo, el deseo inconsciente se abre camino y se posa en los restos diurnos, surgiendo un deseo que se desplaza al material reciente. El deseo que quisiera llegar a la conciencia por la vía normal, tropieza con la censura. Tal encuentro desde el inicio le impone una deformación de su transferencia a lo reciente. El estado de reposo no le permite continuar avanzando, por lo que toma el camino de la regresión, y sigue al hacerlo la atracción que sobre él ejercen grupos de recuerdo en forma de cargas visuales, consiguiendo de tal forma la representatividad. Al convertirse en contenido de representaciones,

LOS SUEÑOS

consigue evadir la censura, atraer sobre sí la atención y ser advertido por la conciencia, órgano sensorial destinado a la percepción actual de las cualidades psíquicas. La superficie sensorial de la conciencia, dirigida hacia la preconciencia, es más insensibilizada por el estado de reposo que la dirigida a los sistemas preceptuales. Una vez que el sueño se ha convertido en percepción, es posible conquistar a la conciencia, produciendo la excitación sensorial y haciendo recaer sobre el estímulo una parte de la carga de energía disponible en el preconsciente. En este sentido, el sueño produce despertar al convertir en actividad una parte de energía que reposa en el preconsciente, y recibe de ella la elaboración secundaria que lo hace coherente y comprensible. Se considera que la elaboración onírica inicia durante el día bajo el dominio del preconsciente, la segunda parte se extiende a través de toda la noche. Dicha elaboración da al proceso onírico suficiente intensidad para atraer a la conciencia y despertar a lo preconsciente, independientemente del tiempo y profundidad del reposo. Los deseos inconscientes se encuentran siempre en actividad, para servirse de ellos con cierta cantidad de excitación, sin embargo el proceso de excitación inconsciente puede tener dos caminos: permanecer entregado a sí mismo y emerger en cualquier punto, a la vez procurando una derivación a la motilidad por lo que su excitación queda ligada, o bien quedando la excitación derivada, situación que ocurre en el sueño en el cual la carga desde lo preconsciente sale al encuentro del sueño, convertida en percepción que se liga a la excitación inconsciente y lo vuelve inofensivo.

Restos diurnos: Dentro de la teoría psicoanalítica del sueño, elementos del estado de vigilia del día anterior que se encuentran en la narración del sueño y en las asociaciones libres del individuo que ha soñado, se hallan en una relación más o menos lejana con el deseo inconsciente que se realiza en el sueño.

Pueden encontrarse todos los grados intermedios entre dos extremos: cuando la presencia de un determinado resto diurno parece motivada, por lo menos en un primer análisis, por una preocupación o un deseo de la vigilia, y cuando se eligen elementos diurnos, de apariencia insignificante, por su conexión asociativa con el deseo del sueño.

La función del sueño

El sueño cumple diferentes funciones dentro de la personalidad del sujeto:

- a) La función más importante, tal vez, es la que planteó Freud (1900) de que a través de los sueños se cumplen los deseos más vergonzosos, culpígenos, dolorosos y placenteros reprimidos, pero activos dentro del inconsciente. Estos deseos pueden ser de la infancia, de la adolescencia o de la edad adulta, en una palabra deseos tenidos y censurados por la conciencia y por el Yo.
- b) El sueño se encarga de someter al dominio de lo preconsciente la excitación del inconsciente garantizando al mismo tiempo el reposo de lo preconsciente, mediante un pequeño gasto de actividad despierta. Constituye una transacción que se halla simultáneamente al servicio de los dos sistemas, y a la vez realiza ambos deseos en cuanto se muestran compatibles. Cuando no existe compatibilidad debido a que la realización conmueve a lo preconsciente, amenazando con interrumpir el reposo, no se cumple la segunda parte de la función, por lo que se sustituye por el despertar dándose la elaboración secundaria.

LOS SUEÑOS

- c) Garma (1970) menciona que los sueños tienen la función de reproducir experiencias traumáticas o bien sucesos infantiles penosos, ya que al momento de dormir los contenidos reprimidos consiguen vencer a las contracargas del Yo, recreándose una situación traumática, originada por contenidos angustiantes que el Yo no puede rechazar, lo que lo lleva a considerar que están ocurriendo en el mundo exterior. El origen del sueño está constituido por los conflictos inconscientes entre contenidos del Ello, Superyó y el mundo exterior, que el Yo es incapaz de solucionar, es por ello que la situación conflictiva actúa traumáticamente, provocando la alucinación, ante la cual el Yo sólo es capaz de soluciones ficticias.
- d) Jung (1964) considera que el sueño tiene la función de intentar el restablecimiento del equilibrio psicológico, un papel complementario y compensador en la organización psíquica.
- e) Permite al aparato psíquico realizar una gran economía de la energía mental al realizar los deseos en forma alucinatoria, sin que el Yo pueda controlarlos ni el Superyó contenerlos. Así, no es lo mismo realizar un deseo en sueños que realizarlo en la realidad, ya que frecuentemente es irrealizable.
- f) Sirven también para favorecer la catarsis del individuo. A través del sueño puede darse una purificación, esto es, quedar en paz con el Superyó, dado que posteriormente entran en juego otros mecanismos defensivos que irresponsabilizan o exoneran al sujeto de su conducta en el sueño. Así puede decirse que existen sueños terapéuticos, que han contenido y contienen las pulsiones del sujeto.
- g) Existen sueños creativos. El sueño frecuentemente sirve para dar solución a un problema que en la vigilia no encuentra su

solución. Recuerdo un paciente adolescente al cual su novia le dejaba recados y al final se despedía con las letras I.L. y M. Cuando le preguntó a su novia qué significaba, ella le respondió “descífralas”, y tardó dos meses en hacerlo mediante un sueño. Soñó que su maestra de inglés le preguntaba cómo se escribe “Yo te amo”, y él contestó “I Love” y la M quería decir Mucho, expresión que frecuentemente ellos utilizaban. Así completó el sueño y pudo determinar que significaba “Te quiero mucho”.

- h) Dentro de la psicoterapia, los sueños sirven para corroborar las intervenciones del terapeuta. Se les llama sueños corroborativos porque mediante su contenido corroboran lo trabajado durante la sesión, y permiten al terapeuta afirmar o corregir su línea de intervención.
- i) Existen sueños repetitivos que sirven para saber si un problema ha sido resuelto. Un sueño que se repite es un estado interno, un problema o situación que no ha sido resuelta en la vida del sujeto.
- j) Existen sueños premonitorios que pueden anunciar al sujeto datos sobre sucesos futuros, relacionados con su propia conducta y metas. Los elementos cognoscitivos entran en juego en este tipo de sueños. Es mediante la inteligencia, la memoria, la atención, el aprendizaje, etc., que el sujeto capta probabilidades de que algo bueno o malo le suceda, y lo sueña.
- k) Los sueños sirven para que el durmiente siga durmiendo. El fenómeno onírico no debe ser considerado como un estado de tranquilidad, sino como una manifestación de actividad que perturba el descanso, sin embargo, a su vez sirve para que el durmiente continúe durmiendo y no despierte. Una persona, al escuchar el despertador, lo apagó y comenzó a soñar que se levantaba, se bañaba y despertó cuando su coche no pudo en-

LOS SUEÑOS

cender para irse a trabajar. Así, el sueño cumplió la función de permitirle seguir durmiendo.

Cumplimiento de deseo: *Formación psicológica en la cual el deseo se presenta imaginariamente como cumplido. Las producciones del inconsciente (sueño, síntoma y, por excelencia, la fantasía) constituyen cumplimientos de deseo en los que éste se expresa en una forma más o menos disfrazada.*

Las hipótesis metapsicológicas y los sueños

Las hipótesis fundamentales que rigen la teoría psicoanalítica son:

- a) El principio del determinismo psíquico, que afirma que en la mente, como en el mundo físico, nada ocurre por casualidad. En la vida psíquica no existe discontinuidad alguna, por lo que cada sujeto y su imagen es la consecuencia de otros acontecimientos psíquicos, y cada uno se ubica dentro de una relación coherente y plena de significado con el resto de la vida psíquica del soñador (Brenner, 1983).
- b) El segundo principio se refiere a la existencia de procesos mentales inconscientes que tienen la capacidad de afectar la conducta consciente, y producir en el individuo pensamientos, acciones y sueños.
- c) El tercer principio considerado es el de la compulsión a la repetición, que es la tendencia del individuo a repetir conductas patológicas.

1. Topográfica:

En esta hipótesis se distinguen tres sistemas mentales:

- a) Consciente: Se refiere a lo que es consciente en la mente. La conciencia se refiere al órgano sensorial para la percepción de las cualidades psíquicas. Es todo aquello de lo que nos damos cuenta, es efímero, pues lo que es consciente en el momento, al siguiente día ya no lo es.
- b) Preconsciente: Procesos, pensamientos y recuerdos que con facilidad pueden hacerse conscientes por medio de un esfuerzo de atención.
- c) Inconsciente: Proceso psíquico incapaz de alcanzar la conciencia, y sólo puede adquirirla mediante técnicas especiales, como son la hipnosis, los tests psicológicos, los sueños, el psicoanálisis, entre otros.

En el dormir ocurre una deatectización del aparato mental (cátesis = energía, deatectización significa quitar energía). Sin embargo, ya que parte del sistema inconsciente no tiene acceso al preconsciente y por tanto escapa a su influencia, las energías provenientes de dicha represión permanecen activas y refieren sus cátesis. De la misma forma, ciertos contenidos del sistema consciente no están completamente en reposo (restos diurnos). Debido a que las energías presionan para ser descargadas amenazan con despertar al durmiente, los sueños constituyen el único procedimiento para mantener el reposo (Guamer, 1978).

2. Genética (ésta y las siguientes hipótesis pueden encontrarse en Rappaport, 1968):

Requiere que la explicación psicoanalítica de cualquier fenómeno incluya proposiciones relativas a su origen psicológico y a su desarrollo, por ejemplo:

LOS SUEÑOS

- a) Todos los fenómenos psicológicos tienen origen y desarrollo psicológico.
- b) Todos los fenómenos psicológicos se originan en propiedades innatas, las que siguen el proceso de maduración según un plan básico epigenético.
- c) Las formas primitivas de un fenómeno psicológico siguen siendo potencialmente activas aunque sean desplazadas por formas posteriores.
- d) En cada punto de la historia psicológica, la totalidad de las formas primitivas potencialmente activas codetermina todos los fenómenos psicológicos subsecuentes.

Los sueños permiten precisar el origen y evolución de los problemas psicológicos de una persona. Con relativa facilidad puede observarse si el origen es oral, anal, fálico (edípico), simbiótico, narcisista, etcétera.

3. Económica: Requiere que la explicación psicoanalítica de cualquier fenómeno psicológico, incluya proposiciones concernientes a la energía psicológica empleada en el fenómeno.

- a) Existen energías psicológicas.
- b) Las energías psicológicas siguen una ley de conservación.
- c) Las energías psicológicas están sujetas a una ley entropía.
- d) Las energías psicológicas están sujetas a transformaciones que aumentan o disminuyen su tendencia entrópica.

En el sueño, en la tentativa de satisfacer un deseo inconsciente reprimido, la catexia asociada al elemento del Ello en el contenido latente activa al aparato psíquico para llevar a cabo el trabajo del sueño, y logra una descarga parcial por medio de la imagen de fantasía que satisface el deseo y que constituye el sueño manifiesto

(Taliaferro, 1989), por lo que pierde su capacidad de despertar a la persona que duerme. Además permite distinguir la cantidad y el tipo de energía agresiva o libidinal, invertida en la conducta señalada.

4. Dinámica: Exige que la explicación psicoanalítica de cualquier fenómeno psicológico incluya proposiciones concernientes a las fuerzas psicológicas implicadas en dicho fenómeno.

- a) Hay fuerzas psicológicas.
- b) Las fuerzas psicológicas están definidas por dirección y magnitud.
- c) El efecto de fuerzas psicológicas que actúan simultáneamente puede ser la resultante simple del trabajo de cada una de estas fuerzas.
- d) El efecto de fuerzas psicológicas que actúan simultáneamente puede no ser la resultante simple del trabajo de cada una de ellas.

Esta hipótesis explica principalmente la dirección de la conducta, y expresa si la conducta tiende a darle prioridad a la madre, al padre, a algún hermano, a la abuela, a algún amigo, a la novia, etc. Permite entender hacia dónde está motivada la conducta, sobre todo a nivel inconsciente, así como conocer las personas que rodean al sujeto, y quiénes son las más importantes, además de conocer las situaciones, valores, etcétera.

5. Estructural: Requiere que la explicación psicoanalítica de cualquier fenómeno psicológico incluya proposiciones relativas a las estructuras que intervienen en el mismo.

LOS SUEÑOS

- a)* Hay estructuras psicológicas.
 - b)* Las estructuras son configuraciones de cambios lentos.
 - c)* Las estructuras son configuraciones en las que tienen lugar los procesos mentales, dentro de ellas, y también entre y por medio de ellas. En el sueño el conflicto puede ser intrasistémico e intersistémico, ya que puede encontrarse en el Yo, en el Superyó, en el Ideal del Yo, etc. Debido a que el sueño es la expresión inconsciente del deseo, y que el Yo no tiene control sobre el Ello, permite que el conflicto se exprese en la instancia psíquica en la que verdaderamente se encuentre.
 - d)* Las estructuras están ordenadas según jerarquías.
6. Adaptativa: Requiere que la explicación psicoanalítica de cualquier fenómeno psicológico incluya proposiciones concernientes a sus relaciones en el medio ambiente.
- a)* Existen estados psicológicos de adaptabilidad y proceso de adaptación de cualquier momento de la vida.
 - b)* Los procesos de adaptación autoplásticos y/o los aloplásticos mantienen, reconstruyen y mejoran los estados de adaptabilidad existentes y así aseguran la supervivencia.
 - c)* El hombre se adapta a su sociedad, tanto al medio físico como al humano, que son productos de la misma.
 - d)* Las relaciones de adaptación son mutuas: el hombre y su medio se adaptan el uno al otro.

En los sueños se puede observar claramente el tipo de adaptación utilizada por el sujeto.

Objetivo del sueño

- a) Intento de guardar y proteger el reposo.
- b) Los procesos mentales demandan una salida, el sueño permite esa salida y la expresión de tales procesos mentales y a la vez satisface la excitación psíquica.
- c) El sueño consigue expresar un efecto.
- d) Manifiesta un proceso psíquico con sentido, y coherente a la actividad psíquica del sujeto.
- e) Presenta un producto onírico racional, mediante la elaboración secundaria.

La formación del sueño

En el sueño, las ideas latentes resultan comprensibles, sin embargo el contenido manifiesto es dado como un jeroglífico, y para su solución es necesario traducir cada uno de sus signos al lenguaje de las ideas latentes.

Freud (1900) postula los siguientes elementos en la formación del sueño:

1. Condensación: El sueño es, en su contenido manifiesto, conciso y pobre, en comparación con la riqueza de ideas que posee cuando es traducido a las ideas latentes. Esto ocurre por efecto de la condensación.

El sueño no es una traducción fiel y completa de las ideas latentes, sino una reproducción incompleta, en la cual se lleva a cabo una selección de las mismas. Cada uno de los elementos del contenido manifiesto demuestra hallarse multideterminado por las ideas latentes, y cada una de estas ideas se encuentra representada por

LOS SUEÑOS

varios elementos. Un elemento del sueño conduce a varios elementos más. La completa totalidad de las ideas latentes es sometida a una elaboración, en la cual los elementos más firmes se ubican en primer lugar, y por tanto son más susceptibles al acceso del contenido manifiesto.

Un elemento del que se sirve la condensación es la constitución de personas colectivas y mixtas, pudiendo quedar detrás de una persona onírica una imagen colectiva cuyos rasgos son contradictorios. La constitución de la persona colectiva puede darse al fundir en una imagen onírica los rasgos actuales de dos o más personas, con el resultado de una vaga fisonomía por la superposición de dos personas. Otro factor es el elemento común intermedio, ya que la determinación múltiple tiene que abrir acceso al contenido manifiesto. Para llevar a cabo este proceso, se realiza un desplazamiento de la atención, de lo que es pensado realmente, a un elemento próximo en la asociación.

La labor de condensación es evidente cuando utiliza objetos, palabras o nombres, siendo tratadas las palabras como cosas que sufren uniones, desplazamientos, sustituciones y condensaciones, de las que resultan formaciones verbales singulares. El análisis de tales productos verbales puede resultar apropiado para demostrar la función condensadora.

Cuando en el sueño aparece un discurso diferenciado, se comprueba que la oración onírica procede de discursos existentes y recordados dentro del material del sueño.

Condensación: Es uno de los modos esenciales del funcionamiento de los procesos inconscientes: una representación única representa por sí sola varias cadenas asociativas en la intersección de las cuales se encuentra. Desde el punto de vista económico, se encuentra catectizada de energías que, unidas a estas diferentes cadenas, se suman sobre ella.

Se aprecia la intervención de la condensación en el síntoma y, de un modo general, en las diversas formaciones del inconsciente. Donde mejor se ha puesto en evidencia ha sido en los sueños.

Se traduce por el hecho de que el relato manifiesto resulta lacónico en comparación con el contenido latente: constituye una traducción abreviada de éste. Sin embargo, la condensación no debe considerarse sinónimo de un resumen: así como cada elemento manifiesto viene determinado por varias significaciones latentes, también sucede a la inversa, es decir, que cada una de éstas puede encontrarse en varios elementos; por otra parte, el elemento manifiesto no representa bajo una misma relación cada una de las significaciones de que se deriva, de forma que no las engloba como lo haría un concepto.

2. Desplazamiento: Los elementos que se expresan como componentes esenciales del contenido manifiesto, no desempeñan un papel similar en las ideas latentes, mientras que aquellos que se muestran como contenido esencial de las ideas latentes pueden no encontrarse representados en el sueño. Esta modificación en la ordenación de los contenidos se lleva a cabo por efecto del desplazamiento.

La múltiple determinación en el sueño no es siempre un factor primario de la elaboración onírica, sino un resultado secundario de un poder psíquico desconocido. Dicho poder psíquico despoja de su intensidad a los elementos de gran valor psíquico, y crea por la múltiple determinación de otros elementos, nuevos valores que surgen al contenido manifiesto. De ésta tiene lugar el desplazamiento de las intensidades de los diversos elementos. La condensación y el desplazamiento nacen por influencia de la censura y son medios para que se efectúe la deformación onírica.

LOS SUEÑOS

Desplazamiento: Proceso por el cual se transfiere inconscientemente un sentimiento o emoción de su objeto a un sustituto más aceptable. Consiste en que el acento, el interés, la intensidad de una representación puede desprenderse de ésta para pasar a otras representaciones originalmente poco intensas, aunque ligadas a la primera por una cadena asociativa.

Este fenómeno, que se observa especialmente en el análisis de los sueños, se encuentra también en la formación de síntomas psiconeuróticos y, de un modo general, en toda formación del inconsciente.

La teoría psicoanalítica del desplazamiento recurre a la hipótesis económica de una energía de catexis susceptible de desligarse de las representaciones y deslizarse a lo largo de las vías asociativas.

El libre desplazamiento de esta energía constituye una de las características del proceso primario, que rige el funcionamiento del sistema inconsciente.

3. La presentación en el sueño: El sueño no dispone de medios para presentar relaciones lógicas de las ideas latentes entre sí; dejando las conjunciones señaladas toma sólo el contenido objetivo de las ideas latentes. Cuando expresa una contradicción, existe una contradicción contra el sueño mismo, o del contenido de las ideas latentes, y sólo indirectamente existe contradicción entre las ideas latentes.

La elaboración del sueño indica las relaciones del material, por diferentes medios:

1. Reproduce la coherencia lógica y la simultaneidad de todos los elementos del contenido latente, reuniéndolos en una síntesis.

2. Con el objeto de representar las relaciones causales, utiliza dos procedimientos, el primero es la forma de representación más común, en el que puede quedar el orden de sucesión inverso, pero la frase principal corresponde a la parte más desarrollada. El segundo procedimiento se efectúa cuando el material dado representa una menor amplitud, y una imagen onírica queda transformada en otra. Ambos procedimientos representan una sucesión de los elementos dentro del proceso onírico.
3. En el sueño no existen alternativas, ya que se realizan todas las posibilidades y se añaden otras del deseo onírico (todo el repertorio interno del sujeto).
4. No existe contradicción alguna, y reúne en la unidad a las antítesis, las representa mediante ellas.
5. Representa un elemento. Por el deseo contrario a él, por lo que se desconoce si se encuentra contenido positivo o negativamente en las ideas latentes.
6. La analogía, coincidencia y comunidad se representan frecuentemente por medio de la síntesis, en una unidad de los elementos que la componen. Cuando esta unidad no existe en el material del sueño, se habla de identificación, que es utilizada cuando se trata de personas. La formación mixta se lleva a cabo cuando los elementos son objetos, aunque pueden existir formaciones mixtas de personas y lugares.

En la identificación, sólo una persona pasa a ser representada en el contenido manifiesto, y las restantes quedan reprimidas en el sueño.

Los puntos que son libres de censura permiten constituir una persona mixta, caracterizada por rasgos diferentes.

La identificación y formación mixta poseen tres finalidades: *a)* la representación de una comunidad de dos personas; *b)* la repre-

LOS SUEÑOS

sentación de una comunidad desplazada, y c) la de expresar una comunidad deseada.

En todos los sueños interviene la propia persona del sujeto, pudiendo quedar oculto por identificación, detrás de una persona extraña. Si se expresa abiertamente el Yo, detrás de él se esconde por identificación otra persona. El Yo en el sueño se puede representar de manera múltiple, obteniéndose como resultado un material muy abundante.

La formación mixta queda determinada por la comunidad existente en las ideas latentes, quedando representadas las cualidades de un objeto con la convicción de que se refiere a otro. También puede reunir los rasgos de ambos objetos en una nueva imagen, utilizando sus analogías reales.

La inversión de un elemento en su contrario es un modelo de representación que emplea el sueño para expresar la realización de deseos.

La intensidad de los elementos en el sueño aparece determinada principalmente por los elementos que exterioriza la realización de deseos, y posteriormente por los elementos dotados de vitalidad que proveen de un amplio número de rutas mentales. Los elementos de mayor intensidad muestran ser en el sueño aquéllos cuya formación ha requerido de una mayor labor de condensación. Los sueños de una misma noche corresponden a una totalidad, y deben ser considerados como una parte de la exteriorización de las ideas latentes. También los sueños de determinada época de la vida pueden corresponder a una totalidad.

La imposibilidad de realizar un evento en el sueño es una forma de expresión de la contradicción, por medio de la cual exterioriza el material contrario que ha sido reprimido.

El desplazamiento puede manifestarse también por medio de una permuta de la expresión verbal de las ideas correspondientes, realizando la función de sustituir una expresión abstracta en otra

concreta. Tal cambio favorece a la representatividad y resulta ventajoso para la condensación y la “censura”.

La representatividad, exenta de la censura, sigue los cambios trazados por el pensamiento inconsciente, prefiriendo las transformaciones del material reprimido, que pueden hacerse conscientes por medio de chismes y alusiones que no son privativas de los sueños.

El sueño se sirve para simbolizar que ya se hallan contenidas en el pensamiento inconsciente, ya que por escapar de la censura, satisfacen todas las exigencias en la formación de los sueños.

- d) Los efectos en los sueños. Las representaciones oníricas no traen consigo en todas las ocasiones, aquellos afectos que el pensamiento despierto consideraría correspondiente. Los contenidos de las representaciones, al pasar por desplazamiento, condensaciones, simbolizaciones y sustituciones, transformados por la deformación onírica, no corresponden al efecto, el cual se conserva intacto.

Los efectos son la parte más resistente a la acción de la censura, y por tanto la mejor guía en la labor de la interpretación. El sueño se encuentra multideterminado respecto de las ideas latentes, ya que todas las fuentes que son susceptibles de producir el mismo efecto se unen en la elaboración.

Elaboración secundaria: *Recomposición del sueño destinada a presentarlo en forma de un guión relativamente coherente y comprensible.*

En el soñante puede estar presente un estado de ánimo que puede seguir de pensamiento del día y tener una fuente somática. Sin embargo, para la formación del sueño es indiferente que el conte-

LOS SUEÑOS

nido de representaciones esté condicionado por la inclinación afectiva o disposición somática. La formación de los sueños, siempre sujeta a constituir una realización de deseos, toma su fuerza motriz psíquica del deseo. Los estados de ánimo displacentero del reposo se constituyen en fuerzas impulsoras del sueño, despertando deseos que el sueño debe cumplir, y el material al que están ligados es elaborado hasta convertirlo en material utilizable para la realización de deseos.

- f)* La elaboración secundaria: La función psíquica que actúa en la elaboración de los sueños, utiliza los elementos del material onírico que resultan adecuados para sus fines. Esta función cubre con sus piezas las soluciones de continuidad del edificio del sueño. Como consecuencia, el sueño pierde su primitivo aspecto absurdo e incoherente, aproximándose a la contextura de un suceso racional, sin embargo no en todas las ocasiones logra tales fines. Algunos aparecen como lógicos, correctos y con sentido, sin embargo al realizar un análisis, se observa que en ellos la elaboración secundaria maneja con mayor libertad el material, por lo que las relaciones del mismo son menos consideradas. Otros sueños se muestran coherentes al inicio, convirtiéndose posteriormente en confusos y disparatados, hasta elevarse nuevamente a la apariencia de comprensibilidad. Hay otros sueños que carecen completamente de la elaboración, y se muestran como gran cantidad de fragmentos de contenido.

La identificación de la función psíquica que lleva a cabo la elaboración secundaria del contenido manifiesto, con la labor del pensamiento despierto, resulta del siguiente proceso: el pensamiento despierto (preconsciente) se conduce, ante cualquier material de percepción, del mismo modo que se lleva a cabo en el

contenido manifiesto. Es inherente a dicha función ordenar el material, establecer relaciones e incluirlo en un contexto inteligible. El pensamiento normal es la instancia psíquica que trata de hacer comprensible el contenido manifiesto, y lo somete a una primera interpretación, a consecuencia de la cual se dificulta aún más su exacta inteligencia.

En el sueño, aquellas partes sobre las que ha actuado la elaboración secundaria parece clara, mientras que son confusas en las que ha fallado la intervención de tal instancia. Dado que las partes confusas del sueño son con frecuencia las más débilmente animadas, se concluye que también depende en parte de la elaboración secundaria la intensidad plástica de los diversos productos oníricos.

Sin embargo, se ha exagerado la importancia de este factor dentro de la elaboración onírica, al que algunos investigadores atribuyen la función total del sueño.

El cumplimiento del deseo

Freud (1900) divide la realización de deseos en dos grupos: los sueños que muestran una franca realización de deseos, que corresponden a los sueños de los niños, y los sueños de los adultos, en los que sólo puede ser reconocida tal realización a través de un análisis.

Respecto a la procedencia del deseo en el sueño, existen tres posibilidades *a)* puede haber ido provocando durante el día y no encontrar satisfacción a causa de circunstancias exteriores, por lo que perdura por la noche un deseo reconocido e insatisfecho localizado en el pre-consciente; *b)* puede haber surgido durante el día pero haber sido rechazado, perdurando un deseo insatisfecho pero reprimido, este deseo ha retrocedido al inconsciente, y *c)* puede hallarse exento de cualquier relación con la vida diurna, y pertenece a la categoría de deseos

LOS SUEÑOS

que sólo surgen en la noche, emergiendo de lo reprimido. Los deseos de esta clase son incapaces de salir del sistema inconsciente. Una cuarta fuente de deseos es provocada por las pulsiones que surgen durante la noche, como son la sed, necesidad sexual, etc., descubriendo que la procedencia del deseo no influye en su capacidad de provocar el sueño, es decir, que el deseo insatisfecho durante el día no basta para crear un sueño en los adultos; el sentimiento optativo proviene de la conciencia y puede contribuir a provocarlo, sin embargo el sueño no nacería si no estuviese robustecido por factores provenientes del inconsciente. Tales deseos inconscientes siempre están en actividad y dispuestos a conseguir su expresión, y tienen su procedencia en la infancia del sujeto. En los niños, en quienes no existe tal separación ni censura entre preconcientes y conscientes, se trata un deseo insatisfecho de la vida despierta.

Las preocupaciones que el individuo tiene durante la vida de vigilia continúan durante el reposo, manteniendo el desarrollo de procesos anímicos en el preconciente. Estos estímulos mentales se dividen en: *a)* los procesos que durante el día quedan interrumpidos por una causa cualquiera; *b)* los sucesos que han permanecido sin terminación o sin solución debido a la paralización de la energía mental; *c)* lo que ha sido rechazado o reprimido durante el día; *d)* aquellos que la labor diurna de los preconcientes ha estimulado en el inconsciente, y *e)* las impresiones diurnas indiferentes no desplazadas.

También los restos diurnos pueden tener el carácter de deseos. Cuando el sueño encuentra en las ideas un material opuesto a la realización de deseos, que incluye una preocupación, reflexión dolorosa o conocimiento penoso, pueden darse dos alternativas: *a)* la elaboración sustituye todas las representaciones displacenteras por representaciones contrarias, y reprime los efectos displacenteros, resultando un sueño de satisfacción, o *b)* las representaciones penosas son transformadas pero conocibles, pudiendo desarrollarse

con indiferencias del sujeto, y mostrar afectos displacenteros que parecen estar justificados por su contenido de representaciones, o bien interrumpir el reposo por el desarrollo de la angustia.

Los sueños displacenteros pueden ser también sueños primitivos, en los que de igual manera se encuentra un deseo inconsciente, pero no reprimido, sino perteneciente al Yo. Surgen generalmente cuando los restos diurnos son de naturaleza satisfactoria, pero expresan satisfacciones ilícitas para el Superyó. No llegan al sueño manifiesto elementos que representen una contradicción directa, pues su característica esencial es que el deseo inconsciente no procede de lo reprimido, sino que reacciona a él, procedente del Yo.

Todo sueño es la realización de deseos, pero existen formas anormales de realización de deseos, como los síntomas psiconeuróticos, que son considerados como realizaciones de deseos inconscientes y su reacción contra las mismas quedaron en los síntomas, como en los sueños, ilimitando el número de multideterminaciones. El sueño puede dar expresión a un deseo de lo inconsciente, después de haberle impuesto toda clase de deformaciones, mientras el sistema dominante se ha entregado al deseo de reposar, y lo realiza por medio de modificaciones, manteniéndolo realizado a través de toda la duración del reposo. El deseo de dormir ejerce un efecto favorable en la formación del sueño. Cuando el sueño resulta muy perturbador, el preconscious comunica a la conciencia que es sólo un sueño, con el fin de que el individuo continúe durmiendo.

La regresión

El sueño puede ser considerado como un acto psíquico, cuya fuerza impulsora es siempre un deseo por cumplir, su peculiaridad se debe a la influencia de la censura psíquica, a una necesidad de condensación del material psíquico, además del interés por presentar un producto onírico racional.

LOS SUEÑOS

La actividad dentro del aparato psíquico parte de los estímulos internos y externos, posee un extremo sensorial y un extremo motor, responsable de la motilidad. El procedimiento psíquico transcurre del extremo sensorial al extremo motor. Las percepciones llegan al individuo y dejan una “huella mnémica” en el aparato psíquico, cuya función es la memoria, así como alteraciones permanentes de los elementos de los sistemas.

Durante la vigilia, los procesos de excitación pueden alcanzar la conciencia por vía del preconscious, que posee el acceso a la motilidad voluntaria. En el sueño, la excitación onírica tratará de seguir desde el inconsciente al preconscious, y así poder alcanzar el acceso a la conciencia. Durante el día, la censura no les permite a los pensamientos oníricos una vía de acceso, pero en la noche se abre el paso a la conciencia por disminución de la censura. En los sueños alucinatorios, la excitación toma un camino regresivo propagándose hacia el extremo sensorial de aparato, y alcanza el sistema de las percepciones. En la vigilia se sigue una dirección progresiva, mientras en el sueño se sigue un sentido regresivo. Esta regresión es una de las peculiaridades del proceso onírico, pero no es privativa de los sueños.

Regresión: Mecanismo por medio del cual una parte de la personalidad del individuo pierde el grado de maduración que había obtenido y regresa a un modo de funcionamiento de una etapa anterior de desarrollo.

Si se considera el proceso del sueño como una regresión, se explica que las relaciones intelectuales entre las ideas y las relaciones lógicas en los pensamientos no se encuentran contenidas dentro de los primeros sistemas, y por tal motivo pierden su expresión dentro del proceso regresivo, hasta llegar a las imágenes perceptivas.

Se distinguen tres tipos de regresión: *a)* regresión tópica, en sentido del esquema de los sistemas psíquicos; *b)* regresión temporal, es el retomo a formaciones psíquicas anteriores; y *c)* regresión formal, en la que las formas convencionales de expresión son sustituidas por formas primitivas. Estas formas de regresión, en la mayoría de los casos, coinciden.

Sóñar es una regresión a las más tempranas etapas del soñador, con todas las transmisiones pulsionales y formas expresivas de la infancia; detrás de esta infancia individual, prevalece la infancia filogenética y del desarrollo de la humanidad.

Existe también la regresión a etapas anteriores del desarrollo: de una conducta fálica se puede regresar a una conducta oral.

El olvido en el sueño

Un obstáculo que se presenta para interpretar un sueño es que no se posee la certidumbre de conocerlo con exactitud. Aparece generalmente fragmentado por la memoria, ésta es incapaz de conservarlo y se pierde probablemente la parte más significativa de su contenido. Además todo demuestra que el recuerdo es infiel y falseado. También puede dudarse de que sea coherente, y que en el intento de reproducirlo se agregue material nuevo, lagunas producidas por el olvido, hasta hacer imposible determinar un verdadero contenido.

Al intentar reproducir el sueño, éste se deforma como una elaboración secundaria por la instancia del pensamiento normal, pero esta deformación es parte de la elaboración, por lo que se pasan las ideas latentes a consecuencia de la censura.

El olvido del sueño se produce no solamente por una falla en la memoria del sujeto, sino porque la represión retoma al inconsciente el material doloroso, culpígeno o vergonzoso, logrando que no se recuerde y permanezca reprimido.

LOS SUEÑOS

La duda de la exacta reproducción del sueño es una derivación de la censura psíquica existente, que se opone al acceso de las ideas latentes.

La represión

La realización de algunas pulsiones optativas inconscientes provenientes del proceso primitivo, provocaría un efecto displacentero en el individuo, por lo que la transformación de afectos es la esencia de la represión. Es así como la represión tiene por objeto suprimir el desarrollo del displacer y recaer sobre el contenido de las representaciones del inconsciente.

En el curso del desarrollo se efectúa una transformación de afectos ligada a la actividad del sistema secundario. Los recuerdos que utiliza el deseo inconsciente para provocar la asociación de afectos no fueron accesibles al preconscious, por lo que su desarrollo del afecto no puede ser coartado, lo cual provoca que tampoco se pueda llegar a las representaciones desde las ideas preconscious, a las que ha desplazado la fuerza de sus deseos. El principio del displacer se impone y separa el preconscious de las ideas desplazadas, que quedan abandonadas y reprimidas. Lo reprimido es todo aquello que no es tolerado por el consciente y el preconscious, y es enviado al inconsciente, quedando así activo y reprimido, pero que puede manifestarse a través del sueño.

Represión: Operación por medio de la cual el sujeto intenta rechazar o mantener en el inconsciente representaciones (pensamientos, imágenes, recuerdos) ligados a una pulsión. La represión se produce en aquellos casos en que la satisfacción de una pulsión (susceptible de procurar por sí misma placer) ofrecería el peligro de provocar displacer en virtud de otras exigencias.

La angustia en el sueño

El proceso del sueño es aceptado en un inicio como una realización de deseos del inconsciente. Cuando esta realización conmueve al preconscious, amenazando con interrumpir el reposo, no se ha cumplido con la transacción, no con toda la función, provocando como consecuencia el despertar.

El proceso psíquico que desarrolla la angustia en el sueño puede ser una realización de deseos, ya que el deseo pertenece al sistema inconsciente, y el preconscious la ha rechazado o reprimido. La realización de ciertos deseos es motivo de rechazo y censura para el individuo, afectos contrarios al placer, por lo que este afecto inexplicado se manifiesta en forma de angustia.

La represión es considerada como una función cuya intervención depende de las representaciones del inconsciente. El dominio del preconscious coarta el desarrollo del afecto de dichas representaciones, sin embargo cuando el preconscious queda sin carga psíquica, las excitaciones inconscientes desarrollan un afecto que, debido a una represión anterior, es expresado como angustia o displacer. Las condiciones previas de este suceso son que haya tenido efecto una represión, y que las pulsiones optativas reprimidas sean de suficiente intensidad. Tales factores se encuentran fuera de los límites psicológicos de la formación de los sueños, considerándose que el problema de los sueños de angustia pertenece a la psicología de las neurosis.

Otros casos en los que se denota la presencia de angustia es en los sueños de los niños, en los cuales el comercio sexual con los adultos es considerado como un hecho violento que suscita angustia, sin embargo se trata de una excitación sexual que no ha sido dominada por su comprensión, y es rechazada por referirse a los padres, motivo por el cual se transforma en angustia.

LOS SUEÑOS

Situación similar a los ataques nocturnos de los niños, que frecuentemente se acompañan de alucinaciones, y en los que se encuentran pulsiones sexuales rechazadas e incomprendidas, probablemente de periodicidad temporal, ya que la libido sexual puede incrementar por las impresiones casuales y los progresos de desarrollo en el niño.

Angustia: Es una emoción que tiene como principal característica el ser displacentera. Es el afecto displacentero que acompaña una tensión pulsional no satisfecha. Es un sentimiento difuso de malestar y aprensión que se refleja en trastornos visceromotores y modificaciones de la tensión muscular.

El simbolismo en el sueño

La palabra símbolo deriva del griego *simballein*, que significa “agrupar”, es una idea que reemplaza a otra, de la cual extrae su significado (Gutheil, 1966).

El simbolismo es definido como un modo de representación indirecta y figurada de una idea, de un conflicto o deseo inconsciente, caracterizado principalmente por la constancia de la relación entre el símbolo y lo simbolizado inconsciente. Se manifiesta en diversas actividades del ser humano, como en el folclore, lenguajes, religión, así como en los sueños.

Freud (1900) refiere que lo simbólico representa la parte inconsciente de un pueblo, por lo que puede encontrarse en los mitos, refranes, leyendas y en los sueños.

Jung (1964) menciona que una palabra o imagen es simbólica cuando existe un aspecto inconsciente que no está definido con exactitud, situación que se remonta a las etapas primitivas del ser humano. Denomina arquetipos a aquellos símbolos de las cualida-

des mentales universales, y afirma que ciertas imágenes se depositan en el inconsciente colectivo de la humanidad, y en ciertas circunstancias estas imágenes pueden manifestarse en el plano de la conciencia colectiva.

El símbolo surge como una necesidad del ser humano de tener una representación mental que haga referencia a los objetos del entorno, anterior al aprendizaje del lenguaje. Resulta entonces como una necesidad para el bebé configurar su mente por medio de los aparatos autónomos que posee desde el nacimiento, procesos cognitivos que son al inicio percepciones difusas. El pecho materno es una masa amorfa que se acerca a su boca para brindarle satisfacción a su necesidad alimenticia y disminución de la tensión; esta masa amorfa va adquiriendo, cada vez que se repite la experiencia, una forma reconocible; y el símbolo surge de la ausencia del objeto real, por sustituciones mnémicas de situaciones que puedan apaciguar la necesidad urgente de la presencia del pecho. El bebé, por asociación, simboliza objetos que tienen mayor parecido con la percepción de la parte del objeto que necesita, logrando un manejo del símbolo por similitud en percepciones más afinadas y diferenciadas. El simbolismo paulatinamente se vuelve múltiple, y en cada fase del desarrollo psicosexual se va a referir a la primacía correspondiente a cada fase. Freud (1911) menciona que con el paso del proceso primario al secundario del funcionamiento psíquico, la forma de simbolizar se vuelve más intrincada, de acuerdo con el desarrollo que permite la adquisición del aprendizaje, y del bagaje cultural de mayor cantidad de símbolos, para cuya función es trascendente el manejo de la creatividad y funciones intelectuales implicadas en el proceso de la formación de símbolos.

El sueño utiliza el simbolismo para la representación disfrazada de sus ideas latentes. Los símbolos, por su cotidianidad y trivialidad, se encuentran fuera del alcance de la censura. El material proveniente de los reprimidos se sirve de ello para salir a la conciencia y lograr la satisfacción del deseo.

LOS SUEÑOS

Entre los símbolos existen muchos que tienen un significado similar, sin embargo Freud (1900) señala que la interpretación del simbolismo es particular y exclusiva, además debe apoyarse en las asociaciones del paciente y en la comprensión simbólica del análisis, ya que aunque los sueños pueden evocar una gran cantidad de contenidos, el contexto en el que se exponen posibilita su comprensión general.

Gutheil (1966) refiere que las imágenes oníricas deben ser consideradas como expresión de actitudes, tomando el símbolo el sentido de la actitud emocional interna del soñador, además de que es el conocimiento de su psicodinamia lo que constituye la salvaguardia de las interpretaciones erróneas.

Freud otorga mayor importancia a las asociaciones del paciente, por lo que la interpretación de los símbolos tiene la función auxiliar dentro de la interpretación de los sueños. Considera que el material simbolizado dentro de éstos es de naturaleza sexual en la mayoría de los casos, debido a que son los impulsores y deseos eróticos los más castigados y reprimidos dentro de nuestra cultura, por lo que la realización de deseos se manifiesta más ampliamente a través de los sueños. Al respecto, Gutheil (1966) amplía esta concepción, y explica que cualquier impulso y su satisfacción tiene la misma jerarquía dentro del simbolismo de los sueños. En la concepción actual, tiene prioridad la expresión del impulso agresivo.

A continuación se presenta una lista de los símbolos y su significado, los cuales Freud (1900) menciona en su obra *La interpretación de los sueños*:

1. Símbolos sexuales:

- a) Genitales masculinos : generalmente están representados por objetos puntiagudos o alargados, como bastones, paraguas, cuchillos, navajas, martillo, fusil, revólver, daga, pluma, lápiz,

cepillo, rifle, puñal, jeringa, pipa, cigarrillo, palo de golf, sombrero femenino, abrigo femenino, tronco, árbol, globo dirigitivo, corbata, pie, nariz, el número tres y los animales provistos de cola (como las serpientes), las frutas alargadas como el plátano, la pera, etcétera.

- b) Genitales femeninos: se simboliza por estuches, cajas, cajones, cuevas, armario, homo, y toda clase de recipientes. También los barcos, charco de agua, bote, nido, anillo, boca, oreja, ojo, bosque espeso. También pueden ser simbolizados por medio de nombres como “mi pequeña”, “mi amiguita”, por frutas como el mamey, durazno, higo, animales como la almeja, la ostra, etcétera.

Una capilla puede simbolizar la vagina, mientras el útero se representa por imágenes de estanques. La mesa, tabla y madera tienden a representar material femenino. Las hermanas simbolizan los pechos.

- c) Los genitales de ambos sexos pueden estar representados por: animales como ratón, gato, caracol, por paisajes, montañas, bosques, puentes, planos o mapas, parientes, rostro, avión, maquinaria, aparatos eléctricos, niños pequeños, parientes, etc. El equipaje tiende a simbolizar los genitales propios.
- d) Coito: el acto sexual puede representarse por el acto de subir o bajar escaleras, telefonar, bailar, escribir, comer con otra persona, viajar o caminar con un miembro del sexo opuesto. También por viajar en tren, automóvil o caballo, así como por ser atropellado.
- e) Orgasmos: se expresan comúnmente por palabras como “morir”, “llegar”, “llegar a la termina”, etcétera.
- f) Embarazo: puede estar simbolizado por una infección, por invasión de insectos o parásitos, por la palabra “sabandija”, o “atacado por”.

LOS SUEÑOS

- g) Castración: suele representarse por imágenes de mutilación, calvicie, pérdidas, heridas o actividades como lastimar, soltarse el cabello, caída de dientes o decapitación.
- h) Masturbación: montar en bicicleta, cortar flores, andar en auto, volcar líquidos, exprimir frutas, dejar caer monedas, nadar, afeitarse, bombear agua, lavar con jabón, jugar con un niño, pegarle a un niño, etcétera.
- i) Erección: alargamiento.
- j) Menstruación: se representa por flujo, congestión, visualización del color rojo, la visita de una persona o por caerse del techo.
- k) Ano: puede ser un anillo, ojo, puerta trasera, salida, etc. El dinero suele ser símbolo de las heces, la orina puede simbolizarse por los ríos, fuentes, lluvia.
- l) Secreciones y excreciones: todos los líquidos y contenidos corporales suelen ser simbólicamente iguales, por lo que pueden remplazarse entre sí.
- m) Victorias o conquistas: conquista erótica.
- n) El término *derecho* suele estar relacionado con el matrimonio, mientras que el izquierdo simboliza el delito, homosexualidad, incesto o perversión.

2. La familia:

- a) Padre: Frecuentemente se presenta como un rey, amo, presidente, emperador, conductor, maestro, escritor, sacerdote, el sol, o cualquier representante de la autoridad. También puede representarse como un animal feroz el padre temido.
- b) Madre: Puede ser la imagen de una reina, maestra, emperatriz, niñera, madre de otra persona, la iglesia o la Virgen María.

- c) Hermana: puede representarse por una monja, una enfermera o la hermana de otra persona.
- d) Hermano: se puede representar por un clérigo o un colega de la fraternidad.

3) Ideas abstractas en el sueño:

En los sueños disminuye considerablemente la capacidad de abstracción, por ello las ideas abstractas suelen representarse por objetos concretos.

La inhibición suele representarse por una incapacidad para desplazarse, o bien aparecerse por medio de símbolos de figuras dotadas de autoridad. La falta de voluntad se puede simbolizar por parálisis, querer correr o gritar y “no poder hacerlo”.

4) Personas y el propio en el sueño:

- a) Destellos visuales y auditivos: el fragmento de una frase percibida en un sueño bajo la forma de un destello auditivo puede incluir un pensamiento completo, o una parte del mismo.
- b) Conversaciones en el sueño: para Freud, las frases expresadas en el sueño son recuerdos de expresiones formuladas en la vida despierta, pero aparecen enmascaradas por medio de la condensación y los neologismos.
- c) Neologismos: fusión de elementos de contenido sexual o agresivo.
- d) Consejos: generalmente revelan una actitud importante del propio sujeto.
- e) Reproches: en la mayoría de los casos son dirigidos hacia el propio estilo sujeto, y denotan sentimientos de culpa.
- f) Discusión: refleja por lo general la presencia de un conflicto mental.

LOS SUEÑOS

- g) Número: guarda relación con los datos y fechas importantes de la vida del paciente.
- h) Gastar dinero: significa gastar el amor, también puede reflejar promiscuidad.
- i) Agua: de acuerdo con Freud, el agua simboliza el nacimiento. También es un símbolo de anhelos pulsionales, de la psíquis como un antiguo símbolo del inconsciente.
- j) Fuego: significa pasión, amor e ira.

La presente guía es una referencia para la interpretación de los símbolos en los sueños, sin embargo, un símbolo puede tener múltiples significados dependiendo del contexto sociocultural, familiar y la época en la que se presentan.

Sueños típicos

Existen sueños que casi todas las personas sueñan de manera idéntica, y los que se supone que poseen en todas las personas un igual significado.

Ciertos símbolos poseen siempre una significación fija, y como relación simbólica parecen ser un resto de antigua identidad. El sueño utiliza, por este simbolismo, la representación disfrazada de sus ideas latentes. Sin embargo, un símbolo incluido en el contenido manifiesto debe ser interpretado con frecuencia en su sentido propio, ya que además de la motivación típica se encuentra presente una motivación individual.

Los sueños típicos se clasifican en dos grupos:

El primero corresponde a los sueños que siempre tienen el mismo sentido, tienden a disminuir el sentido de angustia experimentada durante el reposo. En el sueño de angustia, el contenido manifiesto penoso parece no cumplir un deseo, sin embargo, el contenido laten-

te cumple con un deseo de manera disfrazada. Esta angustia puede provenir de una situación psiconeurótica y de excitaciones psico-sexuales. En otros sueños de angustia, la fuente se encuentra en lo somático y utiliza dicha sensación para proporcionar una realidad onírica a los deseos reprimidos, que en un sueño hubieran traído consigo igual desarrollo de angustia.

Entre los sueños que producen angustia, se encuentra el sueño típico de la muerte de un familiar querido, que debe ser interpretado como una realización de deseos, sin embargo puede tener origen en la infancia del sujeto, o en el deseo de ocultar una situación penosa del pasado.

Cuando la muerte del padre, madre o hermanos provoca un gran dolor, puede basarse en un conflicto en la relación infantil del niño y sus hermanos, a pesar que en la vida adulta haya cesado la hostilidad. En el niño, el concepto de dar muerte no tiene el mismo significado que para los adultos, simplemente es considerado como la evitación de una situación dolorosa en la relación con los padres o hermanos.

Cuando un varón o una mujer adultos sueñan con la muerte de una persona del mismo sexo, se representa la rivalidad, así como el deseo de eliminarlo, en el conflicto edípico. Un sueño similar que provoca angustia es cuando un hombre cohabita con su madre. Los sueños de angustia de castración representan el castigo por tener un deseo ilícito con su madre, estos sueños son más comunes en varones.

El sueño de vergüenza ante la propia desnudez es un sueño exhibicionista de la infancia del sujeto, en el cual el sujeto se complacía en mostrar su cuerpo. La vergüenza y culpa aparecen por el contenido ilícito. Gutheil (1966) refiere que, además del significado expresado por Freud, estos sueños expresan sentimientos de culpa o inferioridad.

Otro sueño de esta categoría es el sueño del examen, que es el recuerdo de los castigos experimentados en la infancia por las fal-

LOS SUEÑOS

tas cometidas, y que se relacionan con los eventos reales ante los que el sujeto se siente examinado. Stekel, en Freud (1900), refiere que este sueño se presenta en personas con inhibiciones y limitaciones respecto a la vida sexual adulta.

El sueño del tren es un sueño en el que existe el temor a partir, que significa morir. El sueño finalmente es tranquilizador, ya que deja la sensación de no partir, y por tanto de haberse salvado de la muerte.

Para Garma (1963), la pérdida del tren es la pérdida de las posibilidades eróticas de la vida, pues tienen su motivación en las inhibiciones del sujeto. En la mujer este sueño simboliza la frigidez, ya que al escaparse el tren se escapa el orgasmo genital.

En el sueño de extracción de una muela, en el sujeto masculino suele representarse un placer onanista despertado en la pubertad. Sin embargo, también se refiere a la homosexualidad, la castración, y en las mujeres el procrear un hijo. En el varón, cuando la polución sobreviene en el momento de haber sido extraída la muela en el sueño, se considera como una satisfacción onanista conseguida sin el auxilio de excitaciones mecánicas. Gutheil (1966) agrega que cuando existe ansiedad en estos sueños, puede representarse el temor a envejecer. En los sujetos que en la vida real han sufrido de caída de dientes, sueñan que sus dientes son extraídos sin dolor, situación en la que se encuentra la satisfacción de un deseo y una forma de consuelo ante su sufrimiento.

Para Garma (1963), en el sueño siempre aparece una situación traumática, ya que parte de una o varias situaciones desagradables. El proceso onírico es una tentativa de vencer el desagrado psíquico mediante la satisfacción del deseo. El aspecto alucinatorio se debe al influjo de las situaciones traumáticas y no al deseo que se satisface.

Grinberg (1981) reporta los sueños del día lunes de sus pacientes, con la manifestación de escena primaria: separación, abandono, muerte, etcétera.

Soñar con un proceso psicoterapéutico puede significar compensar la vivencia de pérdida del vínculo con el analista, tratando de restaurarlo por medio de la recreación latente o manifiesta de la relación terapéutica, aunque suele tener diversas modalidades transferenciales.

En los sueños en los que el soñante tiene una sensación de parálisis, existe un conflicto de la voluntad, y cuando se presenta con angustia, representa una volición del impulso sexual.

El segundo grupo contiene los sueños que poseen diversos significados, pero su material procede de sensaciones de la misma fuente. En este grupo se encuentra el sueño de volar, en el que se repiten las sensaciones agradables de vértigo y sobresalto que vivieron en la infancia. En los adultos estos sueños se repiten pero omitiendo los brazos del adulto que los sostenía. En los adolescentes estos sueños provocan frecuentemente sensaciones sexuales, reproducen la agitación de la infancia, pero transforman en angustia las sensaciones de placer vividas anteriormente. Para Gutheil (1966), estos sueños pueden ser una tendencia a superar las dificultades de la vida. Las personas sometidas a situaciones desagradables reflejan el deseo de libertad mediante estos sueños.

Federn, en Freud (1900), señala que la sensación de volar en el sueño se relaciona con la erección, cuando se está volando el pene está erecto. Los sueños de caerse se refieren en las mujeres a la entrega en una tentación sexual. Para Gutheil, las personas que temen perder el control de sí mismas expresan ansiedad después de haber tenido sueños de caída.

Respecto a los sueños en los que el sujeto nada con fluidos infantiles que significan el orinarse en la cama, se renueva el placer al que renunciábamos en la vida adulta.

En otras ocasiones, los sueños referentes al agua se basan en un estímulo vesical. Salvar a alguien que está dentro del agua significa parir cuando es una mujer quien lo sueña.

LOS SUEÑOS

Los sueños de ser perseguido por ladrones nocturnos, escapar, huir perseguido por animales furiosos o ser amenazado por cuchillos y puñales, poseen un significado de acoso sexual, aunque también se encuentra implicado el castigo superyóico por un acto ilícito.

Los sueños de *déjà vu* dejan la sensación de revivir la estancia del sujeto en lugares y localidades, y poseen un significado referente al vientre materno, en relación con la gestación o nacimiento.

El sueño de avanzar por espacios estrechos, o sumergirse en el agua, frecuentemente se refiere a la vida intrauterina o al nacimiento.

Cuando se tiene la sensación de haber soñado el sueño mismo, tiene por objeto rebajar su valor y despojar al sueño de su realidad. Lo soñado tiene la representación de la realidad, el recuerdo y el sueño subsiguiente entrañan lo deseado por el sujeto.

Garma (1963) se refiere a los sueños de comodidad como sueños masoquistas, en los que la satisfacción aparente oculta el sometimiento interior. Estos sueños suelen presentarse en uréticos, en los que existe un intenso masoquismo.

Interpretación de los sueños

Interpretar un sueño significa traducirlo o retraducirlo. Debido a que el sueño posee un significado psíquico, existe un procedimiento científico para su interpretación desarrollado por Freud en 1900. Dicha hipótesis surge a consecuencia del tratamiento con sus pacientes que comenzaron a relatar sus sueños, bajo la premisa analítica de comunicar sus ocurrencias y asociaciones alrededor de los mismos. Freud concluye que un sueño puede insertarse en el encañamiento psíquico y que ha de perseguirse retrocediendo en el recuerdo, a partir de una idea patológica. Decide así tratar al sueño como un síntoma y aplicarse el método de interpretación elaborado para los síntomas. Para lo anterior, es necesario que el paciente

sea preparado, se le pide que intensifique su atención para sus percepciones psíquicas, lo cual se facilita al adoptar una posición de reposo, y cerrando los ojos. Se le pide que evite la crítica de los pensamientos que le afloran, de tal manera que fomente la introspección. El resultado es que al eliminar la crítica, salen a la luz una multitud de ocurrencias que de otro modo habrían permanecido inaprehensibles. El objetivo es que las representaciones involuntarias se conviertan en voluntarias. La autoobservación que realiza el paciente debe enfocarse a fragmentos singulares del contenido del sueño. Al presentar el sueño en fragmentos, el paciente ofrecerá para cada parte una serie de ocurrencias.

Interpretación: Deducción, por medio de la investigación analítica, del sentido latente existente en las manifestaciones verbales y de comportamiento de un sujeto. La interpretación saca a la luz las modalidades del conflicto defensivo y apunta, en último término, al deseo que se formula en toda producción del inconsciente. En la cura se hace la comunicación al sujeto, con miras a hacerle accesible este sentido latente, según las reglas impuestas por la dirección y la evolución de la cura.

Garma (1963) apoya la técnica de Freud, la cual refiere que el sueño debe dividirse en sus diferentes componentes, de esta manera se va disponiendo en forma gradual de una serie de asociaciones que van relacionándose entre sí, hasta dejar entrever los deseos que originaron el sueño. En este sentido, los sueños poseen la capacidad de evocar asociaciones que traen a la conciencia una experiencia olvidada y la emoción correspondiente, lo que constituye un medio útil en el tratamiento analítico para revelar la etapa de desarrollo y tipo de fijación a los que está ligada la psiquis, manifestándose así la intemporalidad del inconsciente (Freeman, 1976).

LOS SUEÑOS

En el transcurrir del tratamiento psicoanalítico, cuando el analizado relata un sueño, lo habitual es relacionarlo con lo que expone antes y después, para buscar las conexiones latentes en todo el material psíquico de la sesión. Esta situación revela el aspecto individual de los sueños, por lo que, para interpretar en forma correcta un sueño, es indispensable alcanzar un conocimiento específico del paciente, ya que por típicos que sean los mecanismos oníricos, el simbolismo inconsciente y los deseos primitivos, el sueño es la clave para una orientación psíquica individual, pues la vida onírica encierra en sí misma la evidencia no sólo de las pulsiones pulsionales y de los mecanismos mediante los cuales es posible controlar o neutralizar tales pulsiones, sino también de experiencias reales y vivencias del ser humano.

Profundizando en la técnica de interpretación, se observa que la repetición de frases es un recurso con el que se otorga énfasis, y en el sueño este método consiste en repetir algún elemento onírico, por lo que es importante tomar en cuenta dicha repetición. También se ha encontrado que las palabras tienen una historia tanto individual como racial, que en el sueño adquieren un segundo significado y expresan ideas abstractas, pero en el inconsciente no pierden el significado concreto de cuando fueron escuchadas en el pasado, y utilizadas por primera vez. Gutheil (1966) propone un método denominado “interpretación analítica activa”, como alternativa al procedimiento de Freud para la interpretación de los sueños. Señala que Freud aplicaba respecto a las asociaciones del paciente: *a)* el abordaje cronológico, induciendo al paciente a asociar libremente con los elementos consecutivos individuales de sus sueños; *b)* la interpretación del sueño con base en un elemento en particular; *c)* renunciar inicialmente al análisis del contenido onírico manifiesto, preguntando al sujeto sobre los recuerdos del día anterior que se pudieran relacionar con el sueño relatado, o *d)* una vez que el paciente se ha familiarizado con la técnica de la interpretación, se le permite el tipo de asociación que elija.

Al respecto, plantea una serie de normas para la interpretación de los sueños: la primera es la interpretación de los contenidos oníricos manifiestos, que significa reducir su contenido a pocas palabras, lo cual permite interpretar prescindiendo de las asociaciones del paciente y orientarse a una serie de preguntas que deben formularse con el fin de definir el trasfondo del sueño.

La segunda norma es la sucesión o coexistencia de elementos “cerca” y “lejos”, “hoy” y “mañana”. La deformación de la lógica de la construcción onírica provoca que dos pensamientos que inicialmente tenían una conexión causal, aparezcan en el sueño de manera que uno siga al otro independientemente (sucesión), esto representa una coincidencia en el tiempo y posee una conexión causal interna.

La tercera norma es la reducción de afectos en una sola emoción básica.

La cuarta regla se refiere a las tendencias analógicas y catagógicas. De acuerdo con Jung, citado por Gutheil (1966), las tendencias analógicas o constructivas representan el deseo de lo ideal, incluyendo la religión y la moral del paciente. Además considera que el conocimiento de los componentes analógicos de la vida interior es necesario para poder realizar un análisis adecuado, sin embargo plantea que este conocimiento representa sólo una frase. Para conocer el grado de tensión mental de un individuo, es necesario conocer las ideas catagógicas o destructivas.

Otro aspecto importante corresponde a los motivos oníricos repetidos. Los sueños estereotipados representan importantes problemas, ya que la repetición es la manifestación del deseo inconsciente del paciente por resolver el problema, y refleja la carencia de medios para alcanzar el objetivo.

El autor plantea que es necesario analizar las series oníricas, y distinguir las ideas centrales, ya que frecuentemente los sueños anteriores suministran datos que permiten la interpretación de sueños precedentes, permitiendo abordar el problema central de la neurosis.

LOS SUEÑOS

El método de interpretación de los sueños —mediante el cual Freud hace que el paciente divida en fragmentos el sueño y luego añada sus asociaciones a cada fragmento hasta que las motivaciones inconscientes afloren a la conducta, y se les pueda dar una síntesis adecuada, de acuerdo con los contenidos inconscientes que cumplen la satisfacción del deseo, o el esclarecimiento del conflicto que de acuerdo con la historia del paciente se plantea— fue empleado en uno de los sueños más estudiados por Freud y otros autores (“La Inyección de Irma” en estudios sobre la histeria, *La interpretación de los sueños*, 1900).

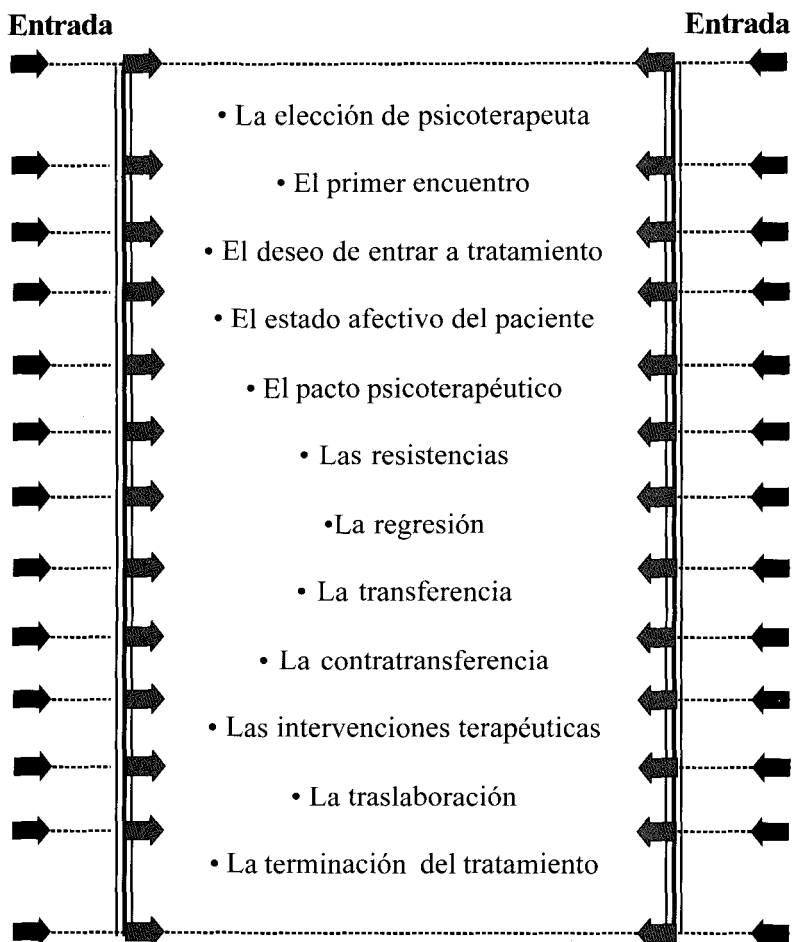
Sin embargo, se plantearon otros métodos: Cuando las asociaciones del paciente parten del elemento emocional más relevante, se refiere a que el afecto que sobresale en el contenido manifiesto es el que cobra prioridad para el analizado.

También se puede interpretar un sueño si se toma como punto de partida el elemento simbólico más destacado.

Si la memoria y la percepción poseen leyes, y si los sueños son percepciones deformadas desplazadas, condensadas y simbolizadas, la percepción es a la vida despierta lo que la alucinación es al sueño, y no obstante que la alucinación onírica no siga las leyes de la lógica, puede afirmarse que para realizar una interpretación adecuada, además de tomar en cuenta lo anteriormente mencionado, se deben aplicar todas las leyes y conocimientos de la psicología general, en especial de la memoria, la percepción, el aprendizaje, y sobre todo las nuevas aportaciones y significados del lenguaje.

Segunda parte

Pasos del proceso psicoterapéutico



XI

Teoría de la técnica psicoanalítica

La ciencia del psicoanálisis tiene como objeto de estudio la totalidad de los fenómenos de la mente humana y dentro de esa diversidad la cuestión técnica es parte de ellos. La variedad de situaciones que surgen en el análisis dificulta que se establezcan reglas generales sobre la conducta del psicoterapeuta con cada paciente, ya que cada uno es totalmente distinto. Sin embargo, abandonar el hipnotismo y poner en práctica la asociación libre fue un cambio técnico en la historia del psicoanálisis.

Asociación libre: Método que consiste en expresar sin discriminación todos los pensamientos que vienen a la mente, ya sea a partir de un elemento dado (palabra, número, imagen de un sueño, representación cualquiera) o de forma espontánea.

La técnica significa práctica (Fenichel, 1973), entonces una teoría de la técnica es una teoría de la práctica que podría referirse a una contradicción de palabras. No obstante esto no es del todo correcto, ya que se trata de resumir en leyes generales los datos que se han recopilado a través del método psicoanalítico en casos indivi-

duales, por tanto lo que pasa en el análisis puede expresarse a través de leyes, como cualquier otra experiencia.

La intuición es parte esencial de la técnica psicoanalítica, ya que para entender al paciente se necesita la presencia de los sentimientos no razonados, sólo descriptibles, pero sí se podría hacer teoría sobre la intuición y la empatía.

Intuición: Conocimiento claro e inmediato de verdades que penetran en nuestro espíritu sin necesidad de razonamiento.

Empatía: La facultad de entender la mente inconsciente de otra persona se basa en muchas y variadas actitudes del analista. La más importante es la capacidad de empatizar, que esencialmente es un fenómeno preconsciente. La empatía es un modo de entender a otro ser humano mediante la identificación temporal y parcial. Para lograrla, el analista tiene que renunciar por un tiempo a parte de su propia identidad, y para ello tiene que tener una imagen flexible de sí mismo. Es una forma íntima, no verbal de establecer contacto. La empatía es un fenómeno regresivo y está relacionado con las regresiones más o menos controladas de los individuos creativos. Para que la empatía sea efectiva el analista tiene que tener abundantes experiencias personales propias en su vida, de las que pueda echar mano para entender al paciente. Entra aquí el conocimiento de la literatura, la poesía, el teatro, los cuentos de hadas, el folclore, los juegos. Dado que la empatía nace en la primerísima relación con la madre, parece tener algo de femenino. Para que el analista pueda empatizar sin conflicto debe aceptar su componente maternal.

La técnica psicoanalítica es un trabajo complicado, ya que su instrumento es el mismo analista que con su personalidad, su pre-

paración y los fundamentos teóricos que aprende analiza al paciente. El objetivo es volver esta comprensión desde la intuición hasta la claridad científica. La intuición debe ordenarse de acuerdo con un criterio racional.

En psicoanálisis un analista preparado, empático e intuitivo recoge datos no solamente de lo que dice el paciente y de su contexto emocional sino de algo que es exclusivo e inherente del proceso (Palacios, 1999): los derivados del inconsciente del analizado; estos derivados aparecen en las asociaciones libres, los sueños, los síntomas, los lapsus y las actuaciones del paciente. El analista tiene empatía y juicio, así como la resonancia contratransferencial, es decir, está entre lo subjetivo y lo objetivo.

La contratransferencia es una reacción emocional del psicoterapeuta. La analizabilidad de un paciente incluye potencialidades reparatorias (González Núñez, 1989) y sublimatorias e igualmente la capacidad contratransferencial consciente, preconsciente e inconsciente del Yo del psicoterapeuta.

Contratransferencia: Conjunto de las reacciones inconscientes del analista frente a la persona del analizado y, especialmente, frente a la transferencia de éste, también incluye las reacciones del psicoterapeuta frente a su paciente nacidas de su propia personalidad. Este tema será tratado más ampliamente en el capítulo 21.

En la actualidad se acepta que la técnica dependa de las condiciones específicas de cada proceso analítico, incluyendo la contribución de la intersubjetividad (Palacios, 1999). De la individualidad intrapsíquica se pasa a la mutualidad intersubjetiva, que otorga valor al intercambio.

Por otro lado el encuadre es indispensable, ya que da objetividad a la interacción, es decir, son los elementos mínimos adecua-

dos para llevar a cabo el análisis en un lugar fijo y adecuado, con un horario preestablecido, frecuencia de sesiones, horarios y duración de cada sesión, cancelaciones y vacaciones, etcétera.

La teoría de la técnica nos explica teóricamente los movimientos técnicos que cada terapeuta debe llevar a cabo, incluyendo, por supuesto, la personalidad del propio psicoterapeuta. Es una especie de epistemología técnica; es como la guardiana de un orden específico dentro del proceso psicoterapéutico.

XII

La elección de psicoterapeuta

Tanto en la práctica privada de la psicoterapia como en el ejercicio institucional, con frecuencia nos encontramos ante dificultades técnicas que se deben resolver para que el paciente se beneficie y el psicoterapeuta realice su trabajo profesional con solvencia. Si un paciente asiste a psicoterapia es porque en realidad posee, o al menos se cree que lo tiene, un mal funcionamiento de alguna de las áreas en las que se desenvuelve y porque, consciente o inconscientemente, esto le produce un padecimiento emocional, a él y/o a quienes lo rodean, por lo que necesita ser aliviado por el psicoterapeuta, que es a quien se pide ayuda en esa situación. Muchos de esos padecimientos emocionales son sentidos por quien los padece como más intolerables que los físicos, y como más irresolubles, pues no se conoce el origen de procedencia por parte de quien los experimenta. Así, muchas veces encontramos a pacientes que llegan desesperados a solicitar consulta con la esperanza de recibir ayuda para liberarse de esa angustia. Debido a tal situación, se vuelve muy importante la precisión en la ayuda psicoterapéutica que se va a dar. Muchas veces son situaciones críticas, en las que sólo existen dos opciones, o se acierta, o ese

paciente vivirá con una profunda ansiedad toda su vida, e incluso podrá llegar al suicidio. Dar una ayuda certera se convierte en un imperativo. Es frecuente que no se dé la debida importancia al cómo y al quién se refiere. Nos da la razón el hecho de que se ha escrito poco sobre el tema. Aquí pondremos especial énfasis sobre este aspecto, dándole la importancia que tiene. El futuro de un tratamiento, y tal vez el futuro de una persona, se empieza a fraguar desde la referencia.

Las buenas referencias permiten ayudar al paciente a resolver su conflicto, tranquilizan a su familia y ayudan al propio analista a ejercer, libre de presiones y de fantasías comprometedoras, su labor psicoterapéutica. Hacer una buena referencia es mandar al paciente con el terapeuta que lo puede ayudar.

Desde el momento en que un paciente es referido y llega al consultorio de un psicoterapeuta, ya es responsabilidad de éste decidir si es o no una persona que necesite de tratamiento psicoanalítico. Una de las tareas inmediatas que el psicoterapeuta debe realizar es el diagnóstico sobre la analizabilidad de su futuro paciente, ya que no todos los pacientes responden adecuadamente al tratamiento psicoanalítico. En tal caso, tienen que referirse a un consejero psicológico, a algún curso que les informe sobre este tratamiento o a algún otro tipo de psicoterapia.

La terapia psicoanalítica es un sistema que demanda cierto grado de inteligencia y permite el entendimiento de las relaciones de causa-efecto. Un paciente incapaz de trabajar en alianza o, como diría Erikson (1987), que no tenga un cierto grado de confianza básica, dado que el tratamiento psicoanalítico es largo, necesita adquirir esa aptitud para poder luchar junto con el terapeuta contra su problema. Es también indispensable detectar cierta capacidad de *insight*. La capacidad de *insight* implica la capacidad de ver hacia adentro, de establecer relaciones de causa-efecto y de lograr un cambio, no es el simple hecho de ver hacia adentro.

Insight: El desarrollo del insight depende del grado de autoobservación. No es posible tener insight sin autoobservación pero es posible hacer autoobservación sin tener insight. La verbalización facilita la maduración del Yo y la adquisición de la capacidad de autoobservación. El insight no se limita ni a la autoobservación ni a la conciencia de enfermedad. Tiene que ver con cobrar conciencia de lo que antes era inconsciente. El insight refleja no sólo una escisión en el Yo, sino también un desarrollo del Superyó que llega a utilizar la función de autoobservación del Yo. Las terapias analíticas se distinguen porque la interpretación y el insight son los agentes terapéuticos principales. El análisis trabaja mediante procesos que ensanchan las áreas de autoobservación y de conciencia. El ensanchamiento se produce porque se reducen tanto las resistencias internas como los motivos para defenderse contra pulsiones de diversas clases. Las funciones del Yo pueden contribuir a la formación del insight, pero no son ellas mismas insight. La aceptación de afectos penosos debe elaborarse en el análisis, pues el paciente frecuentemente se defiende contra éstos.

En ciertos pacientes es fácil hacer un diagnóstico clínico y psicodinámico, pero en otros resulta difícil. Mas en este primer paso no nos interesa tanto el diagnóstico clínico y psicodinámico como el diagnóstico de analizabilidad. Lo que nos interesa por ahora es estar seguros de que el paciente va a resultar beneficiado por un sistema de psicoterapia psicoanalítica.

Es responsabilidad de cada psicoterapeuta tratar a pacientes neuróticos, psicóticos ambulantes, sociópatas, etc. Lo importante en este paso es que el analista esté seguro de que ese paciente, con todo y la psicopatología que padece, está preparado para responder al tratamiento psicoanalítico.

Una vez que se ha determinado que el paciente tiene suficiente inteligencia y capacidad de alianza e *insight* es tiempo para decidir

si la persona que lo está entrevistando es la persona adecuada para tomarlo en tratamiento. La decisión de tomarlo se realiza en general según las necesidades del paciente, en primer lugar, y las del psicoterapeuta, en segundo. Desde que se entra en contacto con ese paciente, la sensación contratransferencial es uno de los criterios más importantes que pone en juego un analista para decidir atender a un determinado paciente. En general, la sensación de simpatía, empatía, y sobre todo una clara percepción de la contratransferencia positiva, son buenos indicadores para decidir responsabilizarse del tratamiento. Si de inmediato se percibe una contratransferencia hostil, negativa, ya hacia el paciente, o hacia algunos de los objetos del paciente, es obvio que éste tiene que ser referido a un colega. Algunas contratransferencias negativas son susceptibles de resolverse positivamente. Entonces entra en juego la experiencia del psicoterapeuta, para saber si en otros casos parecidos ha logrado—después de sentir la contratransferencia negativa específica hacia esos pacientes—superarla y ponerla en beneficio de los mismos. Incluso dentro del proceso de regresión controlada en que el psicoterapeuta se encuentra inmerso, debe tenerse conciencia de que éste no va a sufrir más ansiedad que la tolerable, dado que la regresión que va a promover un determinado paciente va a provocar en el analista una regresión dolorosa. Debe tomarse en cuenta la transferencia negativa, pues se necesita diagnosticar si ésta es resoluble con el terapeuta que atiende o no el caso.

Si el paciente es analizable, queda por hacer otro escrutinio: el de si es más conveniente para él ser tratado en psicoterapia individual o en psicoterapia de grupo. Para que un paciente pueda ser referido a una psicoterapia grupal, es muy conveniente tener un mínimo de precauciones, de manera que esa psicoterapia grupal resulte ser lo óptimo para él.

Muchos psicoterapeutas y algunas instituciones, antes de hacer cualquier referencia o aceptar a una persona en psicoterapia de gru-

po, la envían a que se le practique un estudio psicológico o ellos mismos se lo hacen. Dependiendo de los resultados, hacen la referencia o introducen a la persona en un grupo determinado. Generalmente se aplican pruebas de inteligencia, aptitudes e intereses, pruebas proyectivas y cuestionarios de personalidad. Se puede llegar a aplicar pruebas de valores o cualquier otra prueba para medir algún aspecto que se desee, como la tolerancia a la frustración, el grado de ansiedad, el grado de agresividad, etcétera.

Después de conocer al paciente a través de una batería de pruebas o de entrevistas, puede determinarse si debe o no ingresar a un grupo. Este ingreso puede depender de la edad.

Una de las características de la personalidad que deben poseer los pacientes para su ingreso a un grupo es la capacidad para establecer una relación compartida, pues, de otra manera, el grupo no les aportará ningún beneficio (Speir, 1977).

Sin embargo, existen características de la personalidad que impiden al sujeto que las posee la participación en un grupo terapéutico (Bach, 1975). Estas características son:

1. Insuficiente contacto con la realidad. Deben ser excluidos de un grupo los pacientes incapaces de seguir un tipo relativamente rápido de comunicación verbal y de realizar cambios en el transcurrir de los pensamientos. Esto se hace con el objeto de protegerlos a ellos mismos, antes que al grupo, de una excesiva ansiedad.
2. Síntomas de desviaciones sociales. Se presentan en aquellos sujetos que manifiestan una conducta ilegal o socialmente prohibida.
3. Carácter dominante, el monopolista crónico.
4. Defensa psicopática e impulsividad.

Los pacientes que atraviesan por una situación de crisis no deben ser introducidos de inmediato en un grupo, ya que su estado de

excitación requiere, en esos momentos, más que una atención en grupo una atención individual. En este tipo de casos, en un principio el grupo atiende y hasta se identifica mucho con ese tipo de problemas; pero luego se cansa.

Otro factor que debe considerarse es la dinámica del grupo al que el paciente va a ingresar. Aquí tenemos que considerar que es muy importante que en el grupo al que se destine el nuevo paciente debe existir un papel disponible para él, con el propósito de que encuentre compañías con las que se identifique, ya sea por la edad, el sexo, la escolaridad, el estado civil, o bien por alguna vivencia personal, familiar o social parecida. Debe tomarse en cuenta la cohesión del grupo; el paciente con mucha sensibilidad al rechazo puede fracasar en grupos que no son muy cohesivos. Si es posible, debe ingresar a grupos cuyas metas sean claras y cuya atmósfera favorezca la curación. Para un buen éxito dentro de un grupo, son necesarios aquellos factores que dan a la dinámica del grupo un énfasis especial en las metas terapéuticas. Consideramos que los factores socioeconómicos son muy importantes y es necesario tomarlos en cuenta. Los sujetos de bajo nivel socioeconómico no funcionan dentro de grupos donde hay otros sujetos de más altos recursos. La misma relevancia tiene el aspecto sociocultural.

Cuando un paciente llega al consultorio y el terapeuta ya elaboró el diagnóstico de analizabilidad correspondiente, y decidió tratarlo, el manejo del caso queda a su criterio. Pero si el terapeuta realizó su diagnóstico de analizabilidad y el paciente es analizable en psicoterapia individual, puede referirlo a un especialista que lo analice.

Cuando encontramos confianza básica en el paciente lo más conveniente es recomendar un solo colega que muestre seguridad en el conocimiento del problema y profesionalismo al actuar. Si el paciente se muestra desconfiado por alguna razón, creemos que se deben dar dos o, como máximo, tres nombres de colegas a los cuales pudiera asistir, para que el paciente elija.

LA ELECCIÓN DE PSICOTERAPEUTA

Existen ciertas recomendaciones (Greenson, 1999) acerca de los psicoterapeutas a los que se pudiera recurrir. Algunos pacientes que perdieron a uno de sus padres en edad temprana podrían acudir con más éxito con un terapeuta del mismo sexo. Considera también que deben tomarse en cuenta las discrepancias de personalidad entre el analista y los objetos originales del paciente, dado que esta situación condiciona una determinada transferencia o contra-transferencia, provocando resistencias específicas. Asimismo, cuando hay demasiada semejanza entre el psicoterapeuta y los objetos originales del paciente, pueden generarse reacciones transferenciales muy difíciles de analizar.

Transferencia: La transferencia es considerada como un tipo especial de interacción con el psicoterapeuta; es un modo característico de relación de objeto y se diferencia de otras relaciones, en que los sentimientos que se tienen hacia el analista no le corresponden y casi siempre se refieren a una figura del pasado. La transferencia viene a ser una repetición, una reedición de una relación interpersonal antigua. Es un fenómeno inconsciente que implica un error cronológico y un desplazamiento. Se está sintiendo, aquí y ahora, con el psicoterapeuta, lo que se sintió, en el ayer y entonces, hacia otra persona significativa del pasado. Este concepto se explicará en el capítulo 21.

Las anteriores especificaciones deben tomarse como guías, no como consideraciones definitivas. Siempre debemos estar pendientes de las particularidades de cada caso. Los médicos, los maestros y otros profesionistas son cada día más conscientes de que muchos problemas psicológicos e incluso físicos de los pacientes, tienen su origen en factores emocionales, y los refieren con más frecuencia al psicoterapeuta. Por tanto, es importante dar satisfacción profesional a todas aquellas personas que requieran de los servicios del psicoterapeuta en beneficio de los pacientes.

Cuando alguien hace alguna referencia, la hace considerando la edad y el sexo, tanto del paciente como del terapeuta; algunas personas deben ser referidas a un psicoterapeuta varón porque así conviene o así lo pide, a otros con una psicoterapeuta mujer por las mismas razones. También con frecuencia son considerados los honorarios porque existen pacientes que sólo pueden pagar determinada cuota y si se les refiere a un psicoterapeuta al que no pueden pagarle sus honorarios, sobre todo, el paciente perdió la oportunidad de recibir ayuda; a otros si se les manda con un terapeuta que cobra muy poco, no lo consideran de calidad. Por tanto se deben tomar en cuenta estos detalles y referir a los pacientes con el terapeuta más adecuado y menos contaminado.

El parentesco, la amistad, la psicopatología del paciente deben ser considerados ya que encontramos casos de pacientes varones, por ejemplo, que tienen esposas muy paranoides y celóticas que al ser referidos con una psicoterapeuta mujer consideran que ésta no es una relación profesional, sino de otro tipo. La mentalidad paranoica, desligada de la realidad, les dicta que deben ser igualmente mujeres con esposos paranoides a las que son referidas con terapeutas hombres. En muchos casos la referencia se ve matizada por el hecho de considerar que el profesional de la psicoterapia es más que todo una persona dedicada no a ayudar sino a ganar dinero, y se interpretan inadecuadamente los honorarios y la duración del tratamiento.

Actualmente, en ciudades grandes es importante considerar el lugar físico del consultorio del psicoterapeuta, ya que las distancias, el tránsito, las vicisitudes del recorrido para llegar al consultorio ponen a prueba la motivación y la fuerza del Yo para acudir a una psicoterapia que verdaderamente la persona necesita.

El mundo interno del futuro paciente se empieza a mover con el nombre, el lugar, el sexo, el precio, la edad del psicoterapeuta. Las fantasías de toda índole empiezan a funcionar, ya sean estas pulsio-

LA ELECCIÓN DE PSICOTERAPEUTA

nales agresivas o pulsionales libidinales, pero ya el futuro paciente echará a andar todo su funcionamiento intrapsíquico y pondrá en juego toda su psicodinamia. Referir a un paciente implica deslindarse de todos los factores inconscientes egoístas, para poder referir al futuro paciente con alguien que verdaderamente quiere ayudar.

En síntesis se puede expresar lo siguiente:

1. Las fantasías sobre el tratamiento no son la transferencia, pero la colorean. Tampoco son resistencias pero sí pueden llegar a crearlas.
2. Aunque las gratificaciones reales puedan subsistir, otras gratificaciones determinadas por el trabajo analítico, tales como el alivio de la ansiedad y el placer del desarrollo progresivo, llegan a ser los factores de motivación significativos en el análisis.
3. Las fantasías iniciales pueden llegar a vincularse con el ulterior desarrollo de la transferencia, y en ese caso tienen valor predictivo como precursoras de manifestaciones transferenciales posteriores.

XIII

La primera cita con el psicoterapeuta

El teléfono es un elemento fundamental en el encuadre psicoterapéutico. Éste exige un adecuado manejo técnico, ya que influye en el trabajo clínico con los pacientes. Es un medio en el cual cada psicoterapeuta se basa, a su manera (Mc Kinnon, 1973), para establecer la comunicación con sus pacientes. Señala, asimismo, que la mayoría de los pacientes establece el primer contacto con el psicoterapeuta a través del teléfono, y hacen uso de este medio en ocasiones subsecuentes.

El contacto telefónico inicial implica una serie de problemas. Antes de concertar la primera cita, la mayoría de los terapeutas pide alguna información, tal como el nombre del paciente, alguna explicación del motivo de su llamada, quién le dio la referencia, su número telefónico, si la cita es personal o para otra persona, etc. Para muchos terapeutas es necesario este interrogatorio telefónico antes de concertar una cita, de tal manera que pueda evitarse una posible pérdida de tiempo y un gasto innecesario por parte del paciente. En caso de que éste haya obtenido los datos del terapeuta en

el directorio telefónico, hay que indagar si la persona desea un psicoterapeuta o algún otro tipo de especialista. Así se evitarán interpretaciones erróneas.

Hay personas —pacientes obsesivos y paranoides— que ponen particular atención en asegurarse de que están hablando con el psicoterapeuta antes de decir nada acerca de sí mismas. Suelen interpretar en forma errónea una breve conversación y al considerarla como una señal se explayan acerca de su problema. Las personas obsesivas con frecuencia tratan de controlar al terapeuta durante la primera entrevista telefónica e intentan establecer sus propios horarios. El terapeuta habrá de señalar la hora, de acuerdo con la conveniencia tanto del terapeuta como del paciente y con sus propias necesidades y disponibilidad.

Cuando llama la persona que desea saber cómo llegar al consultorio y otras minucias, lo indicado es que el terapeuta dé respuestas breves y concretas. Si pide permiso para llevar a alguien más, el terapeuta debe preguntar de quién se trata y si esa persona está en realidad interesada en el problema, en cuyo caso no hay razón para negarse. En caso contrario es preferible preguntar, antes de acceder, cuáles son los motivos para tal petición.

Cuando un paciente llama al consultorio en el intervalo de la primera entrevista telefónica y la primera consulta, puede ser que trate de avisar de un retraso a la cita, o bien, que se encuentra enfermo. En el primer caso, si al paciente le quedan 15 minutos del tiempo asignado para su entrevista, es mejor que acuda a su cita, o, si es demasiado tarde, se le da una nueva cita. En el segundo caso se explora qué tan serio es el problema de salud, si es algo leve —por ejemplo, un resfriado— y el paciente quiere que el psicoterapeuta decida si asiste o no, es mejor que lo haga a la hora convenida.

En algunas ocasiones, al final de la primera entrevista, el paciente pregunta el número telefónico particular del terapeuta. En estos casos, es necesario explorar si existe alguna razón que justifique dicha

demanda. Dar el teléfono particular al paciente puede ayudar si implica que el terapeuta no teme a las necesidades de dependencia ni habrá de molestarle en caso de que se le llame de manera inesperada. La posibilidad de establecer contacto con el terapeuta puede aliviar la ansiedad del paciente y reducir la frecuencia de las llamadas.

En ocasiones los pacientes fóbicos telefonean después de la segunda entrevista para lamentarse acerca de sus síntomas, y esperan comentarios tranquilizantes. En estos casos es importante que el psicoterapeuta intente disminuir la ansiedad y le proporcione seguridad, con el objeto de que se establezca un pacto psicoterapéutico en favor de la relación terapéutica, si es esto lo que se busca el paciente.

Hay pacientes que llaman después de la segunda entrevista para hacer comentarios hostiles. El terapeuta debe evitar la provocación y dejar para sesiones subsecuentes el análisis de dicha hostilidad.

Los pacientes severamente deprimidos o suicidas, que temen ser una carga, necesitan autorización expresa para solicitar ayuda del psicoterapeuta. Lo indicado es dar el número de teléfono particular, pero no motivado por la propia inseguridad y ansiedad del terapeuta, ya que esto podría precipitar una crisis. Hay terapeutas que consideran que nunca es conveniente dar el número telefónico particular, para no ver afectada su intimidad familiar. Sin embargo, se considera que es muy difícil medir con exactitud cuándo un paciente va a llamar al terapeuta sólo para molestarlo, y cuándo lo va a hacer por una verdadera necesidad interna o externa. La experiencia en psicoterapia indica que, ante esta duda, es más riesgoso no dar el número.

Después de la primera entrevista, cuando el terapeuta tenga necesidad de cancelar o hacer cambios para la siguiente cita, tiene que estar prevenido con el número telefónico del paciente y con su dirección para llamarle y hacer los arreglos convenientes respecto al horario de la próxima sesión. Esto se hará sin dar explicaciones o justificaciones. En la siguiente ocasión se explora la respuesta del paciente a la modificación y la razón de su curiosidad en caso de que haya preguntado por qué se hizo el cambio.

Hay pacientes que interrumpen al terapeuta con llamadas telefónicas para demostrar la parte hostil y poco considerada de su personalidad. El terapeuta, lejos de enojarse, mostrará comprensión y empatía y tratará de trabajar con los pacientes esos aspectos hostiles. En caso de que se llegara al límite soportable por el propio terapeuta, éste actuará según su criterio y decidirá si continúa con el caso o lo refiere.

Cuando un paciente falta a la consulta sin previo aviso, queda a consideración del psicoterapeuta si lo llama o no. Cuando el paciente ha llamado, lo indicado es referirse a la llamada en la sesión siguiente. Con esto, se le ofrece la oportunidad de analizar sus reacciones durante la plática telefónica, con el fin de entender el significado profundo de la llamada del paciente. Dicho significado inconsciente se pondrá al servicio de su capacidad de autocrítica. En pacientes más enfermos este análisis se dejará para etapas posteriores del tratamiento.

La interrupción por llamadas telefónicas durante el transcurso de la entrevista

En el trabajo con los pacientes se considera conveniente mantener el teléfono abierto para que el paciente pueda, durante el tiempo de la entrevista, tener una experiencia más realista, pero a la vez sin interrumpir la intimidad y exclusividad de su hora, que sean llamadas que dejen en el paciente la sensación de que no es el único, de que es menos omnipotente. A la vez, se indica al paciente que puede llamar cuando lo necesite.

Si el psicoterapeuta no acepta llamadas durante las sesiones es mejor que el paciente no se percate de que el teléfono está sonando. El analista debe ser precavido en cuanto al número de llamadas que recibe durante la sesión con un determinado paciente, ya que si

son muchas ocasionan distracción y molestia. En pacientes críticos la conversación telefónica del terapeuta puede ser un estímulo para que mejoren en su contacto con la realidad y mejoren también su introspección.

El terapeuta, al analizar con el paciente, le mostrará las deformaciones que éste tiene de la realidad o de juicio, a través del contenido de sus fantasías y de descubrir el verdadero significado de la llamada. De esta manera, el terapeuta ayuda a que el paciente se enfrente a los mecanismos de adaptación tanto internos como externos del paciente.

En general, durante las primeras sesiones el paciente no expresa reacción alguna ante las llamadas telefónicas. Pero en etapas avanzadas del tratamiento existen reacciones importantes ante la interrupción del teléfono, que son manifestaciones transferenciales y que, por lo mismo, están sujetas a análisis e interpretación. Cuando se escucha al terapeuta hablar con otra persona permite al paciente observar expresiones de la personalidad de aquél. Ver al terapeuta expresar ternura, enojo, alegría, rechazo, etc., permite al paciente obtener una imagen más realista de su terapeuta, y esto puede ayudar a una modificación transferencial.

Reacciones de transferencia a la interrupción

Las reacciones provocadas por la interrupción telefónica dependen de los problemas del paciente, de la personalidad del analista y de los acontecimientos concretos en el momento de la interrupción. En caso de que el terapeuta sienta que una interrupción pueda tener efectos desfavorables sobre la terapia, cabe desconectar el teléfono.

Existen ciertas respuestas tipificables del paciente provocadas por las interrupciones durante la sesión. El paciente experimenta alivio por diversas razones que se señalan a continuación.

1. El paciente descubre que otras personas tienen problemas similares al suyo. En este caso, es conveniente hacer una exploración de los sentimientos que surgen en él.
2. El paciente siente libertad para llamar por teléfono cuantas veces se le presente algún problema psicológico. En este caso, el paciente siente alivio al saber que es posible llamar a su terapeuta en caso necesario.
3. El paciente se siente “salvado por la campana” (Mc Kinnon, 1973) cuando suena el teléfono, en los casos en que la introspección sea escabrosa. En estos casos el paciente se vale de la interrupción como una forma de resistencia.

En ocasiones, el terapeuta puede retomar los comentarios del paciente previos a la llamada telefónica. En otras, podrá analizar las fantasías debidas a la interrupción y proporcionar alivio al paciente.

En la primera llamada telefónica se construyen muchas fantasías transferenciales acerca de lo que es el tratamiento psicoterapéutico y acerca de la persona del psicoterapeuta. Estas transferencias deben ser exploradas por el psicoterapeuta, ya que muchas de ellas son fantasías inconscientes que solo serán comunicadas al terapeuta a través de los derivados del inconsciente como son: los actos fallidos, los sueños, las fantasías diurnas, los actos pulsionales y la conducta concreta de cómo el paciente trata al psicoterapeuta. Se conoce que saber aquilatar estos productos transferenciales, por definición inconscientes, es una tarea muy necesaria que permite que un tratamiento evolucione positivamente, estanque o fracase. Poder descubrir, desde la primera llamada telefónica, las demandas inconscientes del paciente permite o no el éxito del tratamiento.

En síntesis: el psicoterapeuta debe considerar que el paciente no siempre sabe llamar por teléfono, y aunque lo sepa, siempre tiene un monto de ansiedad al hacerlo, ya sea por miedo a lo desco-

nocido, por grandes temores de rechazo o fantasías propias de ser el paciente quien no acepte al terapeuta. Considerar esta angustia, tener en cuenta esta ansiedad del paciente es considerar la primera llamada telefónica como una primera experiencia terapéutica. Si el paciente se siente aceptado, ya sea que se quede o no en tratamiento, si el paciente siente que ha sido tomado en cuenta como persona, será terapéutica para él esta primera llamada telefónica.

XIV

El primer encuentro

Todo proceso psicoterapéutico se inicia cuando el paciente se da cuenta de que necesita ayuda para aliviar sus angustias o dolores emocionales, algunos pacientes llegan a pedir ayuda por recomendaciones de terceras personas, como familiares o amigos.

El primer contacto es la llamada telefónica, y una vez establecida la cita, el paciente y el analista se conocerán físicamente en la sala de espera, sin embargo, cada uno ya tiene alguna expectativa del otro.

Es obligación del terapeuta estar atento a todos los acontecimientos anteriores a la primera entrevista, uno de ellos es la impresión que le dejó al analista la manera en que se estableció la cita, quien llamó para solicitarla, el tono de voz, la forma de tocar el timbre.

Se recomienda que el analista no realice primeras entrevistas simultáneamente a varios pacientes (Fromm-Reichmann, 1987), puesto que es conveniente concentrarse en el conocimiento de los datos básicos y psicodinamia de un caso nuevo por primera vez sin que intervengan las mismas exigencias de otro paciente, además

señala que es adecuado un intervalo de una o dos semanas entre el comienzo de tratamiento con pacientes nuevos.

Psicodinamia: Forma activa de funcionamiento mental respecto a las seis hipótesis metapsicológicas para tratar de establecer la estructura mental y dinámica del paciente.

Para que el paciente disminuya su angustia es recomendable informarle el tiempo que dispone para la entrevista que varía de 30 a 50 minutos.

¿Cómo evalúa el analista una petición de ayuda? Lo más preciso que se pueda, desde el primer encuentro. Mc Dougall (1991) dice que para el psicoterapeuta es importante determinar exactamente qué debe escuchar. ¿Qué quiere saber? ¿Cómo debe actuar para obtener la información que necesita? Para lograr lo anterior, es preciso investigar los siguientes puntos que no siempre resultan evidentes en la primera entrevista, éstos son:

1. Percepción del sufrimiento psíquico. Es esencial que todo paciente, sea cual fuera el motivo que lo lleva a psicoterapia, desee un análisis por sí mismo; esto es, aceptar plenamente que es de su propio deseo del que se trata.
2. La búsqueda del conocimiento de sí mismo. Es el deseo de acceder a un mayor conocimiento para descubrir el significado inconsciente de situaciones difíciles, y de estar convencido de que los síntomas psicológicos residen en el fondo de uno mismo. De acuerdo con lo anterior, se acepta implícitamente el concepto de un Yo inconsciente.
3. Tolerar la situación psicoanalítica. Esta situación en la que se pide al paciente “decir todo” y al mismo tiempo “no hacer nada” es para algunos muy difícil de soportar.
4. Depender del otro sin miedo. Los síntomas psicológicos son intentos de supervivencia psíquica y es comprensible que el

EL PRIMER ENCUENTRO

paciente luche por no abandonar su intento de salvación, por tanto es necesario tener confianza en su capacidad para tolerar el cambio en el terreno psíquico, o estar convencido de que todo cambio será para mejorar.

La entrevista psicoterapéutica es una situación profesional en la que dos o más personas interactúan (González Núñez, 1986), con el propósito de que el paciente encuentre alivio a sus dolencias emocionales, para ello, un psicoterapeuta bien entrenado, deliberadamente, intenta remover, modificar o retardar los síntomas existentes, a la vez que profesionalmente desea que el entrevistado promueva en sí mismo un crecimiento y desarrollo óptimo para él. Es una relación en la que el entrevistador mantiene la comunicación con su entrevistado en un nivel consciente.

Al hablar de primeras entrevistas se señala (Coderch, 1987) que éstas pueden desarrollarse en sólo una o más sesiones. En el caso de que sean dos o tres las sesiones consideradas como primeras entrevistas todas ellas están unidas por un objetivo común: establecer un diagnóstico psicodinámico de lo que ocurre al paciente, fundar, consecuentemente, un pronóstico, considerar las posibilidades de prestar ayuda y la forma en que ha de proceder para ello, y estructurar una relación de trabajo en lo interno y en lo externo, que permita la iniciación o comienzo del tratamiento.

Diagnóstico psicodinámico: Para realizar este diagnóstico, a diferencia del diagnóstico médico, el analista tiene que trabajar con sus propios sentimientos, fantasías y reacciones, con el fin de obtener una impresión diagnóstica tentativa. Este diagnóstico se manifiesta en dos carriles, en uno de ellos se recogen datos del paciente, sus síntomas, conflictos, reacciones emocionales. En el otro el analista toma conciencia de su propia respuesta emocional y conducta no verbal ante lo que el pa-

dente dice, y registra sus fantasías, esto le permitirá hacer una evaluación diferente.

El primer contacto con el paciente es tan importante como la primera entrevista. En el primer contacto se rectifican o ratifican muchas de las ideas previas; en la primera entrevista se establece el verdadero contacto con el paciente. Este primer encuentro puede ser la única oportunidad para muchos pacientes, es decir, de cómo se desarrolle la entrevista va a depender si el paciente recibe la ayuda o no.

La primera entrevista, así como todas las demás, es un proceso que consiste en: *a)* observar, *b)* conversar, *c)* escuchar, *d)* investigar.

1. Observar. El paciente llega a la entrevista con la expectativa de saber quién es el psicoterapeuta y qué es lo que va a suceder. Las motivaciones para acudir a la entrevista son muy variadas pero en general el paciente llega ansioso, temeroso a lo desconocido, sus defensas son muy evidentes, sus temores se expresan fácilmente o se tratarán de ocultar; estos aspectos facilitan la observación de su comportamiento al analista. El terapeuta debe poner mucha atención en lo siguiente:

- Aspecto físico del paciente, cómo se viste, se peina, sus cejas, sus ojos, su mirada, su lenguaje, señas particulares. Si se observa clínicamente a un paciente, se puede decir que su apariencia es congruente con todo lo que él es, a través de su apariencia se filtran aquellos mensajes preverbales que él expresa con su cuerpo.
- Cambios del estado de ánimo que pueda exhibir el paciente durante la entrevista. Hay pacientes que muestran una actitud sonriente y amable y, sin embargo, por su forma de hablar presentan una expresión agresiva.

EL PRIMER ENCUENTRO

- Conducta del paciente al entrar al consultorio. Se muestra ansioso o despreocupado, llorando o temblando. Tiene dificultad para orientarse. Se comporta como si estuviera aturdido.
- Posteriormente hay que poner atención en la forma de caminar, que puede ser suave y a la vez enérgica y agresiva.
- Su forma de sentarse es otro aspecto muy importante y se observa la congruencia con toda su expresión corporal.

La primera entrevista debe iniciarse con preguntas que se harán al paciente sobre sus quejas y la naturaleza de sus problemas y sufrimientos, los que hicieron que él o sus parientes y amigos decidieran que el paciente se procurase la atención de un especialista. Las preguntas para obtener la información necesaria no deben ser formuladas de manera que el paciente pueda contestar con un sí o un no.

2. Conversar. Las entrevistas psicoterapéuticas generalmente empiezan con tribuna libre. El entrevistador pregunta la causa de la consulta, le da total libertad al paciente para expresarse como lo desee, y poco a poco va centrando la información en los aspectos específicos del problema. Se puede iniciar la conversación profesional con diferentes tipos de preguntas:

- a) Preguntas no sugestivas. ¿Quiere decirme por qué se encuentra usted aquí?
- b) Preguntas dilemáticas. ¿Oye usted voces o no las oye?
- c) Preguntas sugestivas pasivas. ¿Tiene problemas con su padre?
- d) Preguntas sugestivas activas. Usted no se lleva bien con su mamá, ¿no es verdad?
- e) Preguntas neutras. ¿Cómo es la relación con sus amigos en los días en que está enojado con su mamá?

Durante el desarrollo de la entrevista se pueden usar las preguntas siguientes:

1. Preguntas proyectivas. ¿Qué piensa usted de su maestro?, en vez de preguntar sobre lo que piensa de su padre. Esta forma de preguntas ayudan al paciente a contestar con menos angustia en caso de que toque su problema fundamental. Con esto se puede saber qué piensa del padre y se puede favorecer a la catarsis si es lo que el entrevistador desea.
2. Preguntas guía. Se puede recurrir a esta forma cuando el paciente se encuentre confundido y no tenga nada que comunicar. Ejemplo: Ya me ha hablado de su relación con sus hermanos. Ahora, ¿dígame cómo es su relación con sus compañeros de escuela?
3. Preguntas espejo. Estas preguntas, que reflejan pensamientos, sentimientos o actitudes del paciente, pueden, en un momento dado, ser útiles para el control de la entrevista. Gracias a ellas obtendremos más información sobre el paciente. Si empleamos tal información con fines terapéuticos lograremos que él mismo se enfrente con lo que piensa, siente y hace.
4. Preguntas abiertas y cerradas. Aunque en la entrevista terapéutica por lo general se usa la pregunta abierta, en ocasiones es útil la pregunta cerrada, sobre todo cuando queremos que un paciente reafirme su posición ante cualquier sentimiento, pensamiento o conducta, ejemplo: Entonces ante su bajo rendimiento escolar, ¿lo que usted sintió fue miedo? Esta es una pregunta adecuada si el paciente no se ha dado cuenta de que eso fue lo que sintió y puede ser también una pregunta espejo.

Las mejores entrevistas son aquellas en las cuales el paciente se informa, se tranquiliza, se entiende, pero en las cuales se hacen preguntas pertinentes.

EL PRIMER ENCUENTRO

Se considera que es mejor realizar una entrevista libre que dirigida (Coderch, 1987), puesto que el desenvolvimiento libre del paciente nos proporcionará un conocimiento más fértil y caudaloso que una simple secuencia de contestaciones. Lo más conveniente es dejar que el paciente organice la entrevista de acuerdo con su más pura espontaneidad, no obstruyendo el fluir de las palabras. Se recomienda hacer preguntas para aclarar algo que acaba de escuchar con el fin de reafirmar lo ya mencionado.

Para conocer la personalidad y condición del paciente mediante sus observaciones no verbales se debe poner atención en si las respuestas son congruentes o no con los contenidos de las preguntas, si el paciente responde con una confianza en sí mismo, verdadera o simulada, con seguridad, o insolencia, si es agradable o desagradable, si demuestra sorpresa, sufrimiento, preocupación ansiedad o un rostro inexpresivo.

3. Escuchar. El terapeuta sabe que en las palabras del paciente hay un contenido manifiesto y uno latente, por esta razón debe estar atento tanto a lo que calla como a lo que dice, los silencios bien entendidos expresan muchas cosas que las palabras no pueden decir. Escuchar implica entender en forma reflexiva la motivación y el deseo de curación en un paciente.

En la primera entrevista escuchar cobra una importancia vital porque con ello se aprecia, en su justa medida, el problema del paciente, pero también se debe atender a la manera en que la información es dada; un ejemplo es ver si el paciente muestra apatía, desesperación, habla con desconfianza, exhibe malestar, temor, ansiedad, infelicidad o aflicción, estas observaciones ayudan al analista a evaluar los verdaderos sentimientos del paciente.

4. Investigar. Al investigar deseamos conocer la razón de todo aquello que constituye la conducta del paciente, con el fin de que nos queden claras las causas de la misma y los afectos. Tratamos

de explicamos su comportamiento global sin descuidar los orígenes biológicos, psicológicos y sociales que lo forman, a la vez pretendemos comprender las pautas de conducta repetitivas, permanentes y estables que nos permiten predecir y cambiar la conducta enferma de ese paciente por otra más sana y eficiente.

El objetivo de la entrevista debe ser conducida de tal manera que el paciente pueda tomar, con base en su experiencia en la primera entrevista, él mismo la decisión de si es que desea someterse a un tratamiento psicoterapéutico y si es capaz de superar los problemas inevitablemente asociados con su realización.

La finalidad de la primera entrevista tiende a ser de tipo diagnóstico, pero se puede realizar también con fines psicoterapéuticos, en la que se va a tratar de establecer la alianza de trabajo, y evaluar las capacidades del paciente en cuanto a si es susceptible de recibir terapia psicoanalítica, no sin descuidar el diagnóstico clínico del paciente.

El paciente debe tener un grado suficiente de inteligencia (Sandler, 1973), capacidad de tolerar afectos dolorosos y ser capaz de sublimar. Sus relaciones de objeto deberán ser suficientemente maduras y su capacidad para enjuiciar la realidad más o menos bien formada. Su vida no debe centrarse alrededor del análisis para que no dependa indebidamente de aquél; su carácter moral y su nivel cultural deben haberle asegurado una buena posición en la vida con su reconocimiento correspondiente.

Los preparativos para la entrevista inicial

Los preparativos para la entrevista inicial son muy importantes, ya que los estímulos que llegan al paciente no provienen sólo del psicoterapeuta, sino también del medio ambiente en donde se lleva a cabo la entrevista.

El lugar de la entrevista

El lugar de la entrevista es muy importante puesto que los pacientes se fijan en la distancia, la ubicación, la facilidad o dificultad para llegar. Es muy importante la decoración, la limpieza de la sala de espera. Los muros del consultorio deben ser de colores que no cansen y de tonos mates, pues las luces brillantes reflejadas sobre la cara del entrevistado pueden molestar y perjudicar el curso de la entrevista. El entrevistador debe estar seguro de que el lugar propicia la intimidad y comodidad. Esta comodidad se ve reflejada en la distancia y la disposición de los asientos. Los dos sillones dispuestos simétricamente en un ángulo tal que le permita mirarse o desviar la mirada en forma natural y confortable.

El saludo

Hay ciertas tácticas que se deben tomar en cuenta para la primera entrevista, una de ellas es el saludo. El saludo es el primer contacto físico con el paciente. El terapeuta debe propiciar un saludo cordial y hospitalario, en algunos casos el saludo puede ir acompañado del nombre del paciente o del acompañante.

El saludo sirve para expresar la cortesía y el interés del psicoterapeuta en quien lo consulta; sirve además para descargar al paciente la ansiedad ante la consulta.

Sirve también para expresar algo de forma no verbal, la manera de dar y retirar la mano, la fuerza al saludar, la distancia a la que se saluda, todos éstos son elementos que expresan tácitamente la manera de ser del paciente.

El *rapport*

El *rapport* es fundamental, ya que por medio del contacto emocional con el paciente se propicia que este último se exprese con con-

fianza y seguridad. Los arreglos físicos del consultorio y el saludo son importantes para que en lo institucional o en lo particular se establezca el *rapport* en cierta forma, establecerlo significa colocarse a una distancia emocional óptima para el trabajo psicoterapéutico. El establecimiento del *rapport* implica también que el psicoterapeuta ha experimentado por sí mismo la sensación de confianza y la posibilidad de comprensión del paciente.

El *rapport* se puede establecer a través del uso de la respuesta empática, es decir, de la capacidad del conductor de sentir dentro de sí mismo las actitudes expresadas por cada paciente.

La aceptación y la actitud alentadora

Una forma útil de comenzar la primera sesión es mostrar actitudes de aceptación y alentar al paciente; la aceptación debe mostrarse ante material manifiesto y latente. Se muestra mediante la postura corporal o mediante frases cortas, como *ajá, sí, continúe, mmm... diga, ¿qué más?, muy bien*, o cualquier otra expresión que implique aceptación.

Con la actitud alentadora se invita al paciente a que exprese sus ideas, sentimientos, miedos, preocupaciones, fantasías, y todo aquello que le sea doloroso y vergonzoso. Se debe tener cuidado en no dar falsas esperanzas respecto a sus posibilidades personales o a las posibilidades del tratamiento.

La catarsis

Algunos pacientes después de expresarse amargamente en contra de su padre, o de llorar frente al psicoterapeuta, o de comunicar libremente alguna perversión o acto incestuoso, se dejan abatir por

EL PRIMER ENCUENTRO

un gran sentimiento de culpabilidad, que impide el devenir natural de la primera entrevista. A veces, después de una catarsis se debe dar nombre a los sentimientos expresados. Cuando una lágrima humedezca el ojo del paciente, el psicoterapeuta podrá decirle, “¿eso le hace sufrir, verdad?”, con lo cual querrá decir: “aquí se puede llorar, si quiere llore”. Algunos pacientes tienen dificultad para expresar sus afectos tiernos hacia sus padres o amigos del mismo sexo, por lo que conviene poner un nombre a esos sentimientos.

Catarsis: Catarsis es la palabra griega utilizada por Aristóteles para designar el proceso de purga o eliminación de las pasiones que se producen cuando el espectador asiste en el teatro a la representación de una tragedia. El término fue retomado por Freud y Breuer en Los estudios sobre la histeria, quienes denominaron método catártico al procedimiento terapéutico mediante el cual un sujeto logra eliminar sus efectos patógenos al revivir los acontecimientos traumáticos a los que ellos están ligados. Es la purificación del alma.

Terminación de la primera entrevista

La primera entrevista debe terminarse cuando el psicoterapeuta considere tener información completa sobre el paciente en cuestión y la sensación profesional de haber comprendido el problema del paciente, para que éste, a la vez, tenga la sensación de que su problema ha sido comprendido.

Prever la terminación de la entrevista ayuda al psicoterapeuta a conocer a su paciente, pues la manera en que éste concluya le dará una valiosa información. El paciente puede quedarse callado o manifestar que no quiere terminar con la entrevista, puede irritarse y no dar más información o decir que ya desea terminar.

Se puede dar por terminada una entrevista inicial con actitudes o ademanes, como ver el reloj, ponerse de pie, ir hacia la puerta, arreglarse el saco, guardar la agenda, o con una frase como “el tiempo se nos ha terminado, continuaremos la próxima vez”. Se terminará cuando se esté seguro de que el paciente no lo va a tomar como un rechazo y de que en realidad va a comprender lo que se quiere indicar.

Otra forma de terminación es hacer un resumen breve de la conversación: puede hacerse en orden cronológico o por el contenido de la entrevista, y permite al paciente ubicarse y sintetizar dentro de sí mismo lo tratado, además de que le sirve para verificar que el tiempo invertido en la sesión fue útil.

Si por alguna circunstancia no habrá más entrevistas con el paciente la despedida tendrá un carácter definitivo. En estos casos debe quedar bien claro mediante un resumen o cualquier otro recurso lo tratado, y si es posible que le brinden un diagnóstico y un pronóstico en palabras que el paciente entienda.

González Núñez (1986) cita a Woldberg para recomendar los siguientes “No”:

1. No argumentar, menospreciar o desafiar al paciente. Si el paciente presenta puntos de vista que obviamente denotan distorsiones, es porque así lo necesita para poner a funcionar sus defensas; desafiarlo sólo provocaría una situación que podría resultar intolerable a su sistema.
2. No elogiar al paciente o darle falsos puntos de apoyo. Dado que su autoestima está tan dañada, le será difícil aceptar cualquier elogio, a pesar de que en realidad esté justificado. Será conveniente hacerlo, sólo si el paciente da muestras de estar a punto de sufrir un colapso y no acierta a creer que se recuperará con la psicoterapia.

EL PRIMER ENCUENTRO

3. No hacer promesas faltas. El terapeuta realmente no sabe qué sucederá durante el tratamiento, por lo que al final el paciente las utilizaría como resistencias.
4. No interpretar o especular sobre la dinámica del problema. Ofrecer esta información al paciente cuando aún no está listo ni preparado es injustificado, ya que resultará negativo en el futuro, cuando sí se requeriría de interpretaciones y los efectos de éstas serían entonces contrarrestadas por las resistencias.
5. No dar diagnósticos al paciente. Con frecuencia, el paciente utiliza tal información para torturarse a sí mismo.
6. No preguntar sobre aspectos sensitivos de su vida. Apariencia, clase social, dificultades sexuales, fracasos, etc. Se pueden tocar estos temas, pero no deben enfatizarse si se presenta un bloqueo; es preferible dejarlos para más adelante.
7. No recostar al paciente en el diván durante la primera sesión.
8. No vender el tratamiento al paciente. Una vez explorados los hechos conflictivos por los que acude, es pertinente que él solo decida si recibirá o no tratamiento.
9. No unirse a los ataques. El paciente en muchas ocasiones acostumbra atacar a sus padres, a sus amigos, o incluso a su pareja. Es preferible oír de manera empática, sin defender ni condenar.
10. No participar en críticas a otros terapeutas o profesionales. Se refiere a profesionales o terapeutas que anteriormente hayan trabajado con el paciente.

XV

El contrato psicoterapéutico

El psicoanálisis ha sido definido según la Sociedad Médica Británica (Menninger, 1974) como interpretación freudiana de la personología y técnica de tratamiento, por tanto entra en el ámbito más amplio de la psicoterapia, y se refiere a ésta como el tratamiento formal de los pacientes por medios psicológicos y no con agentes físicos y químicos, básicamente mediante comunicación verbal, sin dejar a un lado que en esencia es científico, excluyendo al elemento de magia que en ocasiones se le asigna.

Históricamente se comprendía al psicoanálisis como una modalidad o técnica destinada a tener acceso al contenido inconsciente de la mente, esto es las motivaciones, las fuerzas, los mecanismos y los procesos psicológicos inconscientes que constituyen el material básico de la mente. Se considera que el tratamiento psicoanalítico es en esencia científico, aunque sin excluir al arte ni a la pericia terapéutica.

La psicoterapia y el psicoanálisis, como todos los tratamientos, son transaccionales y contractuales, en el sentido de que una persona que sufre acude al terapeuta en busca de ayuda, en donde asume las obligaciones de cliente, o en este caso de paciente, compromete-

tiéndose a colaborar con el terapeuta de la manera en que ambas partes acordaron, bajo la conveniencia de ambas partes. Dicho pacto es una parte muy importante del tratamiento y es denominado contrato.

Existen contratos bipartitos en los que se conviene mutuamente que se puede hacer un intercambio equitativo mediante el cual la transacción se consuma: el vendedor entrega una naranja al comprador y éste, a su vez, entrega a cambio dinero. Ha ocurrido un intercambio uniforme, se tiene un equilibrio, se satisficieran necesidades mutuas.

Se puede también dar el caso de que el vendedor no ofrece ninguna mercancía, sino de que posee determinadas habilidades, además de la facultad y la disposición necesarias para utilizarlas. Por ejemplo, un cliente tiene que hacerse un pantalón. Acude al local del sastre, se somete a los requerimientos físicos de éste para que le tomen medidas y el sastre hace el pantalón. Habiéndose completado el procedimiento el sastre acepta el dinero y se completa la negociación. También aquí se ha obtenido un equilibrio, ambas partes se beneficiaron con la transacción.

No hay duda de que en estas negociaciones entran factores conscientes, pero uno de los más grandes descubrimientos de Freud fue que siempre, en toda transacción, intervienen factores inconscientes y también conscientes que actúan en ambas direcciones.

El contrato entre el paciente y el terapeuta es más complicado que entre el cliente y el sastre, por varias razones. En este caso el paciente nunca está tan seguro de lo que quiere ni de lo que obtiene. El terapeuta tiene que comunicar que está calificado, entrenado y dispuesto a prestar sus servicios al paciente, que consisten en diagnosticar la enfermedad y dar el tratamiento. El paciente enuncia su problema o motivo de queja. El psicoterapeuta presta al paciente su atención y decide si puede ayudarlo o no. En el caso de que la decisión sea negativa el contrato cesa; si acepta procederá entonces a

obtener un historial del paciente. A partir de esto el psicoterapeuta llega a algunas conclusiones, como ver el estado del paciente y saber que para tratarlo es útil tal o cual procedimiento.

De acuerdo con lo anterior, el contrato entre el paciente y el psicoterapeuta, por lo general, no está destinado exclusivamente a la eliminación de síntomas, situación que puede ocurrir. El paciente compra un plan terapéutico y si el tratamiento se realiza pagará estos servicios. El paciente llega a comprender que ha estado pagando beneficios intangibles y no el alivio de su sufrimiento ni la desaparición de su enfermedad, esto rige para el contrato psicoterapéutico.

El contrato psicoterapéutico

El tratamiento psicoanalítico se desarrolla sobre la base de un contrato, sin embargo se trata de un contrato implícito, pero difiere de otros contratos en varios aspectos:

1. Cuando compramos una naranja o vamos con el sastre no importa que la otra persona nos resulte simpática o no. En psicoterapia, en cambio, estas relaciones representan los elementos básicos de la transacción.
2. Por lo común un contrato tiene un plazo definido. En psicoterapia no sucede así. Por definición, el objetivo de la psicoterapia es un beneficio: mejoría, desarrollo, maduración. Es en esencia inacabable. La terminación del contrato se decide cuando el paciente y el terapeuta determinan que han logrado sus metas. En este aspecto la psicoterapia se parece mucho al proceso de aprender: aunque se establezca una meta definida como el doctorado, básicamente el aprendizaje es una experiencia que no tiene fin porque nunca puede consumarse del todo.

3. La mayoría de los contratos se lleva a cabo entre dos partes. Entre el psicoterapeuta y el paciente no necesariamente existen estos dos, a menudo intervienen otras personas relacionadas con el paciente; además de que el objetivo principal de toda psicoterapia se focaliza en la relación con el paciente y los demás, y en el examen de estas relaciones fuera del contrato del paciente. En muchas ocasiones el psicoterapeuta se relaciona directa o indirectamente con algunas personas que están en la esfera de la vida del paciente: esposo o esposa, padres, hermanos. Aunque el centro está dado por las dos partes, las transacciones no se limitan a ese espacio representado por las dos partes.

La psicoterapia puede ser “aditiva” porque da al paciente esperanza, “sustractiva” porque elimina un temor o alternativa además de reorientar al paciente. Pero al paciente no se le da ni se le quita nada material, lo que se intercambian son palabras, gestos, sonrisas, actitudes no verbales.

Además, igual que todas las transacciones, también hay intercambios inconscientes que son intangibles, en psicoanálisis estos intangibles deben estudiarse, ésta es la singularidad esencial del tratamiento psicoanalítico, la forma en que difiere de las demás transacciones.

La dinámica de la psicoterapia

Un paciente acude a ver a una persona capacitada como psicoterapeuta porque padece cierto trastorno que puede ser psicológico o no, ya que pueden ser síntomas físicos o de ineptitud social. El paciente está dispuesto a aceptar el tratamiento en términos psicológicos que tienen que ver con sus emociones.

EL CONTRATO PSICOTERAPÉUTICO

Por lo general el paciente no comprende con claridad cómo ocurrirá ni cómo se efectuará este proceso de mejoramiento. En psicoterapia el tratamiento no es un sometimiento pasivo, sino un ejercicio de dar y recibir que tiende a ser extenso y prolongado, los puntos álgidos deben buscarlos mutuamente entre el paciente y el psicoterapeuta para que ocurra un cambio. Es un intercambio continuo, progresivo y mutuo. En todo momento el psicoterapeuta está a cargo de la situación general. Sin embargo existen paradojas:

1. El psicoterapeuta está a cargo del tratamiento pero sucede que su propósito es demostrar al paciente que en realidad quien está a cargo del tratamiento y de su vida es el paciente.
2. El psicoterapeuta está allí deseando que el paciente se ponga bien, sin embargo, para lograr esto, tiene que alcanzar una actitud de falta de deseo.

A pesar de que el proceso psicoterapéutico es ininterrumpido, cada una de las sesiones es un contrato completado en parte. El paciente paga su dinero, presenta sus problemas y responde a lo que se le pregunta; a cambio de esto el psicoterapeuta escucha. El paciente podrá sentirse mejor o no, ya que debemos recordar que el paciente no paga su dinero para que se le alivie, alivio es lo que quiere, pero lo que paga son los servicios profesionales del psicoterapeuta.

Lo indefinido de este periodo de tiempo es una de las complicaciones más grandes que presenta el contrato psicoterapéutico. Éste no es un caso sencillo de contrato ya que el paciente efectúa el pago completo, hora por hora, a medida que recibe atención, mientras que el psicoterapeuta parece no retribuirlo.

Los elementos del tratamiento psicoanalítico son el consultorio, el diván, la intimidad inviolable. El terapeuta permanece en guardia, escuchando, hablando en ocasiones, observando todos los

hechos, su participación verbal es relativamente esporádica e irregular y su valor completo depende de un proceso continuo y evolutivo, en el que participa a través de la empatía en todo momento.

Lo más importante sería que el psicoterapeuta sea prudente en lo que promete entregar. Desde un punto de vista, la esencia del tratamiento psicoanalítico es la sinceridad intelectual. No puede prometer curaciones. Sólo puede prometer que tratará de ayudar al paciente con un método que ha sido útil en otros, con la condición de que el paciente quiera ayudarse a sí mismo.

Un problema importante en la fijación del contrato original es la cuestión del dinero. El psicoanálisis no marcha bien si el paciente paga mucho menos de lo que razonablemente puede pagar. Por otra parte también surgen complicaciones si el paciente paga más de lo que puede. En su afán de complacer al psicoanalista o de causar buena impresión, algunos pacientes aceptan pagar un honorario más elevado. Por esta razón algunos psicoterapeutas adoptan la posición de que, por lo general, si hay un serio problema de dinero, el psicoanálisis no es el tratamiento de elección.

En general se coincide en que no es conveniente que el paciente incurra en deudas con el psicoterapeuta, ya que es una de las reglas del tratamiento. La negligencia crónica en el pago al psicoterapeuta suele representar una resistencia. Asimismo el psicoterapeuta debe explicar que las citas no se cancelan, que aunque se avise no significa cancelación del honorario. Tal medida obedece a la necesidad de contrarrestar las excusas para faltar como una resistencia. Por supuesto que el psicoterapeuta también deberá reducir a un mínimo sus propias ausencias para evitar interrupciones en el proceso psicoanalítico.

El paciente no sabe con exactitud cómo es el tratamiento. Puede que crea que comenzará a mejorar enseguida. Por tanto se le debe advertir que esto no necesariamente sucede, que el psicoanálisis a veces acentúa los conflictos y después los restaura, y que se deben

EL CONTRATO PSICOTERAPÉUTICO

postergar todas las medidas y decisiones importantes de su programa de vida hasta que el tratamiento se haya completado, o que estos asuntos se hayan analizado a fondo. Esto rige para situaciones como matrimonio o divorcio, cambio de ocupación, etcétera.

Por definición el paciente no sabe de qué cosas no tiene conciencia, sólo después de haber vivido la experiencia de ser psicoanalizado aprecia plenamente la profundidad y la potencia de las fuerzas y mecanismos del inconsciente.

La psicoterapia y el psicoanálisis, como todos los tratamientos, son transaccionales y contractuales en el sentido de que una persona que sufre acude al terapeuta en busca de ayuda y, como objeto de los esfuerzos profesionales de éste, asume las obligaciones de un paciente. Se compromete entonces a colaborar con el terapeuta de las maneras que se le han de mencionar, y a compensarlo en los términos que se convengan mutuamente. El terapeuta se compromete a tratarlo de maneras que se consideran aceptadas y aprobadas. El psicoanálisis (Menninger, 1974), lo mismo que otras formas de psicoterapia, se basa en este tipo de pacto y, en vista de que este contrato constituye una parte muy importante del tratamiento, hemos de estudiarlo en detalle.

Lo anterior es válido para cualquier contrato terapéutico, así como también el lugar, la personalidad del psicoterapeuta, el costo y la hora de la cita, son parámetros que hay que enseñar al paciente con más o menos exactitud para que el tratamiento sea exitoso.

El lugar

En el contrato debe quedar establecido el lugar en el cual se va a llevar a cabo el tratamiento. Creemos que el psicoterapeuta debe tratar con su futuro paciente las conveniencias o inconveniencias de la distancia respecto al lugar físico donde se llevará a cabo el tratamiento.

El lugar en sí le agrada o lo pone nervioso porque le recuerda algún lugar que conoce y al cual le tiene agrado o aversión. Si estos aspectos son importantes para cualquier tratamiento, en psicoanálisis se vuelven cruciales ya que pueden favorecer el proceso psicoterapéutico o entorpecerlo y volverse resistencial, los cuales se traducen en perjuicio para el paciente y en pérdida de tiempo para el psicoterapeuta.

El horario

El psicoterapeuta es quien determina el horario de las sesiones y procura que sean fijos con el fin de establecer una seriedad en el tratamiento y poder planificarlo. En ocasiones, si no se hacen ciertos cambios, se entorpece el tratamiento, e incluso puede terminarse. Por lo general, se requiere tiempo y esfuerzo para llevar a cabo cambios de horario, que finalmente representan una energía adicional en el tratamiento de algunos pacientes.

La duración de la sesión

Junto con el horario se presenta el problema de la duración de la sesión. Normalmente se utilizan 45 o 50 minutos para las sesiones psicoanalíticas.

La frecuencia de las sesiones

Los parámetros psicoanalíticos establecen entre tres y cinco sesiones por semana. ¿De qué depende la frecuencia de las sesiones? Depende del diagnóstico y el pronóstico del caso. El analista ofre-

ce la posibilidad de realizar dicho diagnóstico y pronóstico en términos de funciones yóicas, con lo que se determina el grado de integración de la personalidad del paciente, así como su grado patológico.

La fortaleza y el grado de psicopatología del Yo y del sí mismo indican, por lo general, la frecuencia con que se debe atender a un enfermo, la cual debe estipularse en el contrato y además explicarse al paciente.

El pago

Dentro del contrato psicoterapéutico el pago es uno de los aspectos más difíciles de tratar. Por ser real y simbólico a la vez, el aspecto del dinero se vuelve difícil y en ocasiones conflictivo tanto para los pacientes como para el psicoterapeuta. El precio de la sesión y la forma de pago deben quedar muy claros al paciente. El paciente debe tener presente que, por razones de tipo técnico, las sesiones a las que no asista deberá pagarlas como si hubiera asistido. Es difícil que entienda que si no va y no paga va más en contra de él que del psicoterapeuta. Sin embargo, hay que insistir en ese punto pues es muy posible que falte, y se propicien resistencias que a la postre generarán más gastos, porque, al romperse la continuidad del tratamiento, éste será más largo. Definir bien el manejo del pago resulta muy provechoso para el paciente, porque al final entenderá que ésta es una parte justa del contrato.

Queda implícito en el contrato que la psicoterapia será individual o grupal, según el caso, y que si es individual nadie podrá ocupar su hora.

En el contrato deberá también quedar claro cada cuándo cobrará el psicoterapeuta, y si será por adelantado o al vencimiento. Generalmente, el cobro por mes o por quincena se hace en los primeros

cinco días después del vencimiento. En general dar crédito por más de tres meses es perjudicial para la psicoterapia, dado que se crea al paciente un sentimiento de culpa porque tiene la impresión de estar gozando de un servicio sin pagar nada. El no pago se convierte en una carga, y puede ocasionar que el tratamiento se interrumpa. Es importante prever este aspecto desde el momento de hacer el contrato.

La duración del tratamiento

Esto también es materia del contrato. En éste se debe establecer la fecha de iniciación y la fecha probable de terminación. A lo que nunca debe comprometerse un psicoterapeuta es a proporcionar resultados rápidos. El tiempo que requiere un paciente para evolucionar lo determina el propio paciente; este aspecto puede depender del terapeuta, pero depende más de los procesos defensivos del paciente.

La primera sesión con el paciente es cara a cara, pero no se descarta la posibilidad de que, a medida que haya progresos se utilice el diván. Dentro del contrato deberá quedar establecida tal posibilidad.

Las enfermedades del paciente

Éstas pueden ser resistenciales o no, aunque la experiencia clínica dice que muchas de ellas sí lo son. El psicoterapeuta debe prevenir esta situación y no esperar a que el paciente se enferme. Cobrar las sesiones a las que se falta por enfermedad es una forma de evitar una fuente de resistencias. Este punto es muy controvertido y existen alrededor de él diferentes opiniones. Al paciente le parecerá

EL CONTRATO PSICOTERAPÉUTICO

injusto y el pago de las sesiones parecerá sólo benéfico para el psicoterapeuta. Por tanto es obligación del psicoterapeuta enseñar a su futuro paciente a hacerlo y enseñarlo a no poner obstáculos al tratamiento.

El tratamiento se inicia, por lo general, con un contrato entre el paciente y el terapeuta. En dicho pacto quedará establecido que el paciente actuará con absoluta sinceridad y, en lo posible, no tomará decisiones fundamentales en su vida; y el psicoterapeuta actuará con profesionalismo y discreción absolutos en cuanto a lo que ahí se dice y se trata. Este pacto es más profundo de lo que parece a simple vista, por lo que el terapeuta debe pedirle sinceridad al paciente sobre lo que sabe acerca de sí mismo y sobre lo que no sabe de sí mismo, a su vez el psicoterapeuta se compromete a guardar discreción profesional tanto sobre ello, como sobre lo que el paciente no sabe de sí mismo, pero que él, como experto, descubre. Un buen contrato beneficia y hace más profesional a quien lo establece, además de protegerlo, y, por supuesto, beneficia también al paciente.

En síntesis, y de forma esquemática, se puede concluir lo siguiente:

<i>Contrato</i>	<i>Características</i>
Bipartito	1) Existen dos partes: el que solicita el servicio y el que lo proporciona. 2) Ambas partes entregan y obtienen algo, satisfaciendo necesidades mutuas. 3) Tiene un plazo definido. 4) El contrato cesa cuando no existe por alguna de las partes la aportación de lo que el otro necesita. 5) Cuando se tiene otra necesidad se prepara otra transacción y se hace otro contrato.

TEORÍA Y TÉCNICA DE LA PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA

Psicoanalítico	1) Contrato implícito. 2) El tema no es el diagnóstico, la selección de los pacientes, ni se considera al psicoanálisis como tratamiento de acción; sino sólo la teoría de un tipo de tratamiento en particular. ✓ El paciente mismo descubre lo que más le conviene para beneficiarse a sí mismo. 4) La relación entre ambas partes no son causales, y esto representa los elementos básicos de la transacción. 5) El objetivo es un beneficio (mejoría, desarrollo o maduración). 6) Es un proceso abierto, es decir, el paciente y el terapeuta determinan en qué momento podrá el paciente desenvolverse sólo. 7) La transacción entre las dos partes consiste principalmente en el examen de las relaciones extracontractuales del paciente. <i>Modalidades</i> Aditiva: Da al paciente esperanza. Sustractiva: Elimina un temor. Alternativa: Reorienta al paciente hacia diferentes metas (objetos) en las cuales el paciente se siente confuso. a) El intercambio es por medio de palabras, gestos, sonrisas, etc. (medios intangibles). b) Intercambia aspectos inconscientes, los cuales deben estudiarse, ya que constituyen la singularidad esencial del tratamiento. <i>Dinámica psicoanalítica</i> 1) El paciente acude con ciertos síntomas que pueden ser psicológicos o no. 2) El paciente está preparado para que el psicoanalista responda con miras a identificar o a explicar las vinculaciones psicológicas de su perturbación. 3) El psicoterapeuta formula preguntas que ayudan a la explicación del síntoma. 4) El tratamiento tiende a ser extenso y prolongado. ✓ Es un intercambio continuo, progresivo y mutuo.

EL CONTRATO PSICOTERAPÉUTICO

Psicoanalítico	6) El terapeuta tiene la responsabilidad de orientar y vigilar el proceso. 7) Cada una de las sesiones es un contrato, el paciente no paga para que se le alivie; alivio es lo que quiere, pero lo que paga son los servicios profesionales del psicoterapeuta. 1) Periodo de tiempo indefinido. 2) Abono de dinero en porciones fraccionadas, es decir, sesión por sesión. 3) Elementos mecánicos: consultorio, diván, intimidad inviolable. 4) El psicoanalista es guardián del paciente, principalmente escuchándolo. 5) El psicoanalista debe evitar todo comentario extenso sobre el pronóstico. 6) El paciente tiene la opción de suspender el tratamiento siempre que lo desee. 7) El empleo del diván y la eliminación del psicoanalista de la visión del paciente. 8) Como norma, el psicoanalista debe ser prudente en lo que promete entregar: sinceridad intelectual.

El establecimiento de un buen contrato psicoterapéutico siempre es útil para el paciente porque sabe a qué atenerse, porque es terapéutico, asimismo puede predecir la conducta del psicoterapeuta y es amparador y también lo protege. También es útil para el psicoterapeuta; si respeta el contrato siempre será la forma de protegerse de las confusiones, de las transferencias neuróticas y psicóticas del paciente. Un buen contrato no necesariamente tiene que ser un contrato inteligente, simplemente debe ser un contrato pertinente. El contrato psicoterapéutico protege los procesos y los sucesos inherentes a la psicoterapia.

¿Qué es la psicoterapia?

1. La psicoterapia es un tratamiento transaccional y contractual, en el sentido de que una persona que sufre acude al psicoterapeuta en busca de ayuda.
2. Por definición el objeto de la psicoterapia es un beneficio, mejoría, desarrollo o maduración.
3. Es una forma de tratamiento por medio del cual se trata de resolver problemas de una naturaleza emocional (Padilla, 1981) que parte de que la persona que se dedica a dar ayuda psicológica debe estar capacitada y entrenada. El psicoterapeuta establece una relación profesional con el paciente con el objeto de remover, modificar o retardar síntomas existentes, de mediar patrones de conducta desajustada, y de promover crecimiento y desarrollo positivo de la personalidad.

El contrato psicoterapéutico es el guardián (González Núñez, 2000) de los conceptos anteriormente señalados sobre qué es la psicoterapia.

XVI

El deseo de entrar a tratamiento

El presente capítulo se propone explicar los conceptos básicos de la motivación con vistas a su aplicación en la psicoterapia psicoanalítica. Resulta fundamental reconocer a la teoría psicoanalítica como una teoría de la motivación que tiene como punto de partida el inconsciente dinámico (Thoma y Kachelle, 1989). A continuación revisaremos las principales teorías de la motivación, con el propósito de analizar su aplicación clínica a los casos particulares con los pacientes. Es importante preguntarnos: ¿cuál es el deseo o qué motiva al paciente para acudir a terapia?, ¿qué lo motiva a permanecer en análisis?

Inconsciente dinámico: Sus fundamentos dinámicos son: pulsiones que tienden a la descarga y a la búsqueda de objetos y fuerzas inhibitoras de rechazo. Los caracteres esenciales del inconsciente como sistema pueden resumirse del siguiente modo:

- a) sus contenidos son representantes de las pulsiones;
- b) estos contenidos están regidos por los mecanismos específicos del proceso primario, especialmente la condensación y el desplazamiento;

- c) están fuertemente catectizados de energía pulsional, buscan retomar a la conciencia y a la acción (retomo de lo reprimido); pero sólo pueden encontrar acceso al sistema preconsciente-consciente en la formación de compromiso, después de haber sido sometidos a las deformaciones de la censura;
- d) son especialmente los deseos infantiles, y sus objetos inherentes los que experimentan una fijación en el inconsciente.

Los motivos pueden ser conscientes o inconscientes. Pueden considerarse como una energía que surge de la insatisfacción y se dirige a la satisfacción, la que tiene que ver con personas u objetos satisfactorios. Maslow (1970) describe las necesidades del hombre en su teoría de la motivación. Propone el concepto de *jerarquías*, con el cual quiere dar a entender que una necesidad de un orden más elevado no aparece sino hasta que se satisface otra necesidad anterior. Una necesidad satisfecha deja de ser una motivación, por lo que su satisfacción permite que el individuo trate de satisfacer otras. Un sujeto no es dominado por sus satisfacciones, sino por sus necesidades y por sus objetos. El hombre es un animal constantemente insatisfecho; tan pronto como satisface una de sus necesidades aparece otra en su lugar, aunque cuando encuentra al objeto anhelado puede permanecer satisfecho. Este proceso es interminable. Empieza desde el nacimiento y continúa a lo largo de toda la vida. Como señalamos anteriormente, las necesidades humanas tienen diferente valor jerárquico.

Las necesidades se pueden jerarquizar en:

1. Necesidades fisiológicas, a) Respirar, en cuanto el hombre respira esto deja de ser una necesidad, b) la sed, c) el hambre, d) excretar, e) descansar, f) sexuales. Éstas están unidas a la búsqueda de un objeto determinado, y están unidas también al amor. De hecho para que el hombre esté satisfecho

debe primero satisfacer la necesidad de afecto, ya que la satisfacción biológica del sexo lo tranquiliza organicamente por un momento, pero no satisface plenamente su sexualidad hasta que ésta no se complementa con el amor en la persona buscada y necesitada.

2. Necesidades de seguridad. Cuando las necesidades fisiológicas se encuentran cubiertas, las necesidades de nivel inmediato superior comienzan a dominar la conducta del ser humano, a motivarlo. Son necesidades de protección contra el peligro, la amenaza o la privación. El hombre desea estar, en la medida de lo posible, cubierto de contingencias futuras. Requiere sentir seguridad en el futuro aprovisionamiento de satisfactores, para él y para su familia, de acuerdo con sus necesidades primarias. Necesita, en la misma medida, sentir seguridad en cuanto al respeto y la estimación por parte de los demás componentes de su grupo social. Esta necesidad no está satisfecha si no ha internalizado personas amparadoras que desde dentro de sí mismas le den seguridad. Se puede tener toda la seguridad externa posible, pero si la persona no posee esas figuras que le dan seguridad interna, la necesidad de seguridad no estará satisfecha.
3. Necesidades sociales o de pertenencia. Cuando las necesidades anteriores han sido satisfechas y el individuo ya no teme por su bienestar físico, las necesidades sociales se convierten en motivadores importantes de su conducta. Son necesidades de pertenencia, de asociación, de aceptación del grupo, de dar y recibir amistad y amor. El ser humano necesita aliarse para sobrevivir, requiere vivir dentro de una comunidad y sentir que pertenece a un grupo que lo acepta. El primer grupo que debe aceptarlo es la propia familia. Los padres son los primeros agentes socializadores que proponen y dan grupos que satisfagan esta necesidad. A partir de

la adolescencia temprana el sujeto podrá, de acuerdo con sus aprendizajes previos, crear un ambiente social con las personas que para él satisfagan su motivación. Generalmente se escogen medios sociales sintónicos a las personas y niveles sociales internalizados. De allí se desprende el dicho *dime con quien andas y te diré quién eres*.

4. Necesidades de estima. Éstas vienen desarrollándose desde la primera infancia, y su base consiste en que la persona se sienta, en primer lugar, tratada como persona por sus propios padres y hermanos, para que después desplace esta sensación de ser estimado como persona hacia quienes le rodean en la escuela, en las diversiones y en el trabajo. Se dividen en dos:
 - a) Las necesidades relacionadas con la estimación personal: necesidades de seguridad en sí mismo, independencia, méritos, competencia y conocimiento.
 - b) Las necesidades relacionadas con la propia reputación: necesidades de *status*, de reconocimiento, de aprecio y de respeto por parte de sus semejantes. Ahora bien, dentro de la sociedad existen *status adscritos* y *adquiridos*; por ejemplo, en nuestra cultura, los *status adscritos* le encargan a la mujer el cuidado de los niños, las labores hogareñas, etc., mientras que en otras culturas, esas tareas se encargan a los varones. En cambio, otras posiciones se ganan a través de la competencia. Los *status adquiridos* cobran una importancia capital en nuestra sociedad, pues constituyen, en ocasiones, el principal motor del individuo, ya que proporcionan algunas bases para la autoestima y las que provienen de los demás.
5. Necesidades de autorrealización personal. Consisten en la búsqueda de la realización de las potencialidades persona-

EL DESEO DE ENTRAR A TRATAMIENTO

les, en un desarrollo continuo de la creatividad humana, en el sentido amplio de la palabra. Se ha mencionado que el ser humano, por su vida en sociedad, requiere comunicarse con sus congéneres, relacionarse con el medio externo, expresar sus conocimientos e ideas. Asimismo, aspira a trascender, a dejar huella de su paso por este mundo, y una manera de lograrlo es perpetuándose en la obra personal, a través de la creatividad. La insatisfacción de las necesidades elementales, que experimenta la mayoría de las personas, distrae la atención y las energías que podría destinar a satisfacer las necesidades de realización personal, permanecen inhibidas y sin su autorrealización.

Las satisfacciones correspondientes a cada una de estas necesidades no se distinguen diáfananamente unas de otras, sino que se mezclan y se confunden, ofreciendo complejas formas de satisfacción, moldeadas en gran parte por la sociedad. Además es necesario enfatizar que las necesidades secundarias se manifiestan en grado diferente en los diversos individuos y en las distintas edades. Por ejemplo, un niño no siente la necesidad de autorrealización con la misma intensidad que un adulto; un escultor, motivado por esta necesidad, puede llegar incluso a ver disminuidas a un nivel mínimo las otras necesidades.

Por otro lado, la necesidad tiene dos características principales: el mantenimiento y el crecimiento del Yo. Las necesidades fisiológicas deben ser satisfechas, ya que si una o más de ellas se frustran en una proporción considerable, la persona que experimenta esta frustración se concentra casi exclusivamente en satisfacerlas. Sin embargo, en nuestra sociedad, la mayoría de las personas pone el énfasis de su existencia no en vivir simplemente, sino en incrementar el sí mismo. El paciente se aferra a su Yo, dado que es la única realidad que conoce, y teme deshacerse de cualquier parte de

ella. Pero siente al mismo tiempo la necesidad de volverse más apto, de progresar, de ser capaz de enfrentarse con la vida de un modo cada vez más efectivo. Por muy bien adaptado que pueda hallarse, trata de edificar mejor su futuro.

La posición de Freud (1915/1981) respecto de la motivación es dualista; está basada en la existencia de los individuos. Propone que las fuerzas pulsionales existen bajo las tensiones causadas por las necesidades del Ello (pulsiones). La pulsión es un estímulo continuamente activo que tiene su origen en el interior del cuerpo y que va pasando de lo somático a lo psíquico. Hay también un factor dinámico (siempre busca al objeto satisfactor anhelado y necesitado) y económico de la pulsión. A la cantidad de energía reunida en este factor dinámico se le llama pulsión.

La posición de Freud (1915/1981), como ya se mencionó en el capítulo dos, describe cuatro características de las pulsiones: *a)* fuente, *b)* finalidad, *c)* objeto, y *d)* perentoriedad.

Las pulsiones son las representantes de las demandas somáticas sobre la vida mental. Son la causa de toda actividad o conducta. Existe un número indeterminado de pulsiones que pueden distinguirse en la práctica, pero existen dos fundamentales que evolucionaron en tres pasos: primero pulsiones sexuales y de autoconservación, segundo Eros (pulsión vital) y Thánatos (pulsión destructiva), y tercero libido y agresión.

En Freud (1915/1981) el concepto del Ello es dinámico en cuanto a sus pulsiones, sin embargo no pasa de ser una fuente de energía; y desde este punto de vista el principio del placer implica que las tensiones fisiológicas y mentales buscan la descarga con el propósito de obtener el placer y evitar el dolor. De acuerdo con el principio del placer se busca la satisfacción directa e inmediata. En contraposición al principio del placer se encuentra el principio de realidad, principio mediante el cual la persona prescinde de la satisfacción inmediata de sus deseos libidinales o agresivos para des-

cargarlos en forma demorada y en un objeto y momento adecuado. En esta forma el principio del placer se subordina en la edad adulta al principio de realidad, ya que se impone la lógica formal y la capacidad de demora para la descarga de las funciones y obtención del objeto. Así pues las pulsiones se vuelven una fuerza motivacional en nuestras vidas, en una dirección específica, en la búsqueda de objeto.

Rapaport (1968) plantea varios cambios en la teoría psicoanalítica de la motivación. El psicoanálisis es una teoría de la motivación. El aspecto que la caracteriza es el tipo de motivación que propone, es decir, las pulsiones que parten del aparato biológico del sujeto (las pulsiones agresivas y las pulsiones sexuales). A estas pulsiones las define su falta de demora, su intrínseca relación con diferentes tipos de comportamiento corporal, tanto en lo que se refiere al propio cuerpo como a los cuerpos ajenos. Además se comportan de manera un tanto sofisticada al ser observados a través del cristal de la motivación consciente común.

Sin haber abandonado el concepto de las pulsiones primarias, el criterio del psicoanálisis respecto del sitio que ocupan en el funcionamiento de la personalidad, ha evolucionado, puesto que considera ya a otros tipos de motivación. Actualmente la teoría psicoanalítica de la motivación abarca una compleja jerarquía de motivaciones que suponen un control progresivo de la pulsión que va paralelo al desarrollo, y una mezcla progresiva de las representaciones de la pulsión con factores cognoscitivos que son reflejo de la realidad externa.

El concepto de las relaciones dinámicas en diferentes niveles del gradiente motivacional ha cambiado; se enfatiza el interés por las motivaciones derivativas, sin por ello menoscabar la importancia de motivos más primitivos.

La idea de la *motivación derivativa* implica el concepto primitivo de la unión entre diversos niveles motivacionales. Los motivos

primitivos en sí son considerados activos en las motivaciones derivativas, es decir, aquellas que pueden reducirse a pulsiones de un nivel primario.

Como ya se mencionó, la motivación humana nace de su biología, esto es, de ahí se desprende la energía pulsional que le da sentido a la vida. Las pulsiones que motivan la conducta humana son de dos tipos: libidinales o sexuales, en el sentido amplio que el psicoanálisis da a este concepto, y agresivas; sin embargo existe a su vez una energía heredada común a la especie, con la que se nace, no aprendida y neutralizada. Esto quiere decir que no está al servicio ni de la libido ni de la agresión, y que con las identificaciones y la frustración, al ponerse en contacto con el medio ambiente, aumenta y el Yo se enriquece, y la pueden usar ya sea para fines pulsionales, sublimatorios o cualquier otra clase de fines conductuales.

De esta energía pulsional neutralizada, al servicio del Yo, es de donde provienen los valores y otras motivaciones derivativas, cuyo fin no es la descarga pulsional sino que es la inversión de esta energía para otros fines útiles, nobles y espirituales del hombre.

Así la interpretación actual de la motivación humana se explica en función de factores derivativos, como los valores, sin que por esto se niegue la existencia de las pulsiones inconscientes que aparentemente se oponen a lo consciente y racional. En la persona sana ambas fuentes de motivación son armónicas, están en concordancia tanto los factores pulsionales como todas aquellas motivaciones provenientes de lo consciente y con energía neutralizada.

Sin embargo en cada persona existe una meta sobresaliente, ya sea consciente o inconsciente, que desempeña un papel predominante en la vida. Esa meta guiadora de la conducta, con todo, frecuentemente es una ambición secreta: realizar una gran proeza, cumplir una promesa, sobresalir más que el hermano. Muchos individuos neuróticos guardan la fantasía de ser seres singulares y fuera de serie.

Existen aparatos de autonomía primaria y aparatos de autonomía secundaria. Los primeros (la memoria, la inteligencia, la percepción, el pensamiento, el lenguaje y la motricidad) son para el Yo instrumentos de orientación, de tanteo de la realidad y de acción, y sirven para la satisfacción de las pulsiones. Los aparatos de autonomía secundaria se forman a partir de las modalidades y las vicisitudes de la pulsión. Se separan de sus orígenes pulsionales mediante estructuras de defensa constituidas en el proceso de solución del conflicto por un cambio de función, y se convierten en aparatos al servicio de la adaptación. De tal manera, los aparatos de autonomía secundaria no son innatos, sino que se forman por la experiencia. Comprenden las relaciones con la realidad.

Son ejemplos de aparatos autónomos secundarios: las organizaciones cognitivas, los intereses del Yo, los valores y los ideales, la identidad del Yo y las influencias del Superyó. Se pueden considerar como garantías proximales de autonomía del Yo respecto al medio.

Las pulsiones que tiene el ser humano por su constitución son la garantía final (primaria) de la autonomía del Yo dentro de su medio ambiente. Las garantías proximales (secundarias) son las estructuras de un nivel superior del Yo y del Superyó, así como de las motivaciones pertinentes a ellas.

Las motivaciones derivativas desarrollan una semiautonomía y pueden ser llevadas a la acción por medios relativamente independientes. En forma paralela al reconocimiento de una jerarquía motivacional en un gradiente de autonomía, se desarrollan nuevos conceptos de la clase de energía relativos a las motivaciones. La energía de las pulsiones primitivas es libidinal o agresiva. Sin embargo, cuando las motivaciones se van tomando autónomas, la energía se toma progresivamente más neutralizada. Esta neutralización se da por deslibidinización y desagresivización. Por consiguiente, la salud mental debe constituirse en una necesidad, dado que el

padecimiento emocional puede volverse una motivación derivativa por las ganancias primarias y secundarias propias del trastorno. La salud mental se vuelve una necesidad primaria, ya que implica evitar el dolor.

Ramírez (1977) hace una síntesis de la psicología de la motivación a partir de la teoría de Freud y del punto de vista de Fairbairn. Expone como puntos esenciales:

- a) Existencia de necesidades básicas.
- b) Contacto entre necesidades y objetos externos.
- c) Dependencia del objeto externo.
- d) Elección de sistemas defensivos frente a la actitud del objeto externo.
- e) En la interacción de la necesidad, el objeto externo y la defensa ante éste crean clichés, estructuras y configuraciones (*gestalten*).
- f) Internalización del objeto externo, de la defensa y de la *gestalt*.
- g) Externalización del objeto interno o elección de un ambiente conformado al objeto interno. Deformación de la realidad para confrontarla con el objeto interno y así complacer a este último.
- h) Dependencia del objeto interno.

La teoría psicoanalítica postula los siguientes principios:

- a) Existe un psiquismo inconsciente.
- b) En el determinismo de las pautas de conducta, la vida infantil es particularmente importante.
- c) Con el transcurso del tiempo, las pautas que fueron externas se internalizan, se transforman en inconscientes y siguen siendo operantes.

- d) El ser humano no es una entidad independiente en el tiempo, sino anclada en el pasado y determinada por ése.
- e) En toda relación que un sujeto estructura tienden a repetirse en forma compulsiva sus pautas.
- f) Toda defensa, o conjunto sistematizado de defensas, es un cliché mediante el cual se establece una distancia que protege al sujeto y al objeto de los peligros que implica la cercanía erótica o agresiva.

Por otro lado, es importante entender que el concepto de motivación en sentido clínico equivaldría a la causa o motivo por el cual una persona recurre o es llevada a tratamiento psicoterapéutico. Equivale al motivo por el cual el paciente asiste a consulta de psicoterapia. La razón de que el paciente asista puede ser consciente o inconsciente. El psicoterapeuta tomará nota de las causas o motivos que lo llevan a necesitar ayuda terapéutica. Al psicoterapeuta le interesa conocer y comprender éstos, y no podrá seguir adelante técnicamente sino hasta haber agotado la comprensión de los motivos que hacen pensar al paciente que debe asistir a consulta. La comprensión de las causas para asistir a consulta condiciona necesariamente los primeros movimientos estratégicos para el tratamiento de dicho paciente.

En síntesis:

1. No se puede generalizar sobre las causas o motivos que conducen al paciente a solicitar tratamiento. Dichas causas dependerán del sujeto y de los múltiples factores biológicos, psicológicos y socioculturales que lo determinan, así como las cualidades específicas de la pulsión y de defensa que están presentes en una motivación dada.
2. El primer paso es definir si el paciente quiere asistir o no a tratamiento, así como conocer y comprender su propia motivación.

3. En todos los casos, lo que procede es descubrir si existe una motivación consciente o no, pues si no existe es importante que el paciente adquiera conciencia de que está en un conflicto y necesita ayuda profesional para resolverlo.
4. De no tener presentes las metas del paciente, el terapeuta no entenderá su motivación y correrá el riesgo de perderlo, lo que provocará un perjuicio tanto para el paciente como para el mismo terapeuta.

XVII

El estado afectivo del paciente

Desde el punto de vista de la psicología general, la afectividad o estado emocional abarca todos aquellos estados de ánimo y todas las reacciones que tienen su origen en las pulsiones. Ahora, los conceptos de afecto, emoción, sentimiento y pasión son procesos que se incluyen dentro del concepto de los afectos. La afectividad engloba todo lo que proviene de la sensibilidad, de la emoción y del sentimiento.

Todos los afectos poseen un concomitante fisiológico, esto es, existe una especie de perturbación orgánica que se despierta en todo el organismo, desde los receptores, músculos, glándulas, sistema nervioso y química sanguínea (Haller, 1974).

El hombre percibe su vida íntima, su vida emocional, a través de las expresiones que ascienden o descienden de su propio cuerpo, por ejemplo: sentir “la carne de gallina”; algunas personas sienten el amor en el corazón, la angustia en el pecho, sienten el miedo en el vacío del estómago, etcétera.

Existen emociones de las que nos damos cuenta y existen emociones finas sin modificación corporal evidente, pero que sí producen reacciones corporales. Este proceso inconsciente es la causa de

muchas enfermedades psicosomáticas cuyo origen es un estado afectivo crónico desagradable, penoso o doloroso.

Enfermedad psicosomática: Nace con Hipócrates, la enfermedad psicosomática aborda a la vez el cuerpo y el espíritu, y, más específicamente, la relación entre soma y psique. Describe por tanto la manera en que las enfermedades orgánicas son provocadas por conflictos psíquicos en general inconscientes.

Hay quien sostiene que existen afectos heredados: el miedo, la ira y el amor (Watson y cols., 1965); por lo general se parte de que los afectos son fundamentalmente aprendidos.

Desde el punto de vista psiquiátrico (Corona, 1980), los trastornos de la afectividad se dividen en: *a)* alteraciones patológicas de orden cuantitativo, y *b)* alteraciones patológicas de orden cualitativo.

1. Alteraciones patológicas de orden cuantitativo:

a) Hipertimia: Exaltación de la afectividad placentera o displacentera. Hay una forma mixta.

- Hipertimia placentera: euforia simple, hipomanía y manía.
- Hipertimia displacentera: depresión simple.
- Hipertimia mixta: melancolía agitada, melancolía con fuga de ideas, furor maniaco, beatitud, éxtasis.

b) Hipotimia: Disminución del potencial afectivo. Hay escasez de reacciones afectivas, o éstas son poco marcadas.

c) Atimia: aplanamiento del afecto.

2. Alteraciones cualitativas:

- a) Tenacidad: persistencia y fijación patológicas de determinados estados afectivos.
- b) Labilidad: cambios bruscos y repentinos en el humor sin causa justificada.
- c) Incontinencia: incapacidad de contener las reacciones emocionales, aun las desencadenadas por estímulos pequeños.
- d) Ambivalencia patológica: sentimientos opuestos que coexisten en la misma persona (esquizofrénicos).
- e) Perplejidad: sentimiento complejo en el que interviene la extrañeza, el desconcierto, el asombro y la desconfianza.
- f) Neotimias: sentimientos nuevos, extraños y fuera de lo común (cambio y transformación de la personalidad); se da en esquizofrénicos y melancólicos.
- g) Catatimia: estado de intenso colorido afectivo que embarga la psique y que provoca la interferencia de los juicios.

La vida afectiva es el engranaje que impulsa toda la vida psicológica e impregna toda la personalidad, puesto que participa en todas las emociones y pensamientos de la actividad en general.

El afecto se presenta en el proceso psicoterapéutico como una manifestación que puede acompañar al contenido verbal, o estar separado de él, pero que tiene un significado comunicativo. Copi (1972) propone que hay tres tipos de lenguaje:

1. El lenguaje informativo, que se caracteriza por ser objetivo y preciso, y que se utiliza, por ejemplo, en la ciencia para participar a otros los datos concretos y objetivos de una investigación.

2. El lenguaje directivo, que emplea tanto expresiones emocionales subjetivas como datos concretos y objetivos para manipular al auditorio y dirigirlo hacia una meta o fin personal; es el lenguaje empleado por los políticos o por una persona cuando quiere que otra realice una acción directa, por ejemplo: "Tráeme un lápiz".
3. El lenguaje expresivo, fundamentalmente subjetivo, es a través del cual se expresan las emociones personales y los sentimientos; es fundamentalmente metafórico, usa comparaciones indirectas con elementos de la naturaleza o la imaginación, con el propósito de hacer sentir el afecto que se quiere comunicar, por ejemplo: "Esa mujer me hace sentir como un volcán en erupción".

Por su parte, Davis (1975) dice que un gran porcentaje del lenguaje utilizado por una persona es no verbal y se manifiesta a través de su actitud corporal, de sus gestos, de sus movimientos, del tono que acompaña al lenguaje verbal, de su vestimenta, etc. El terapeuta habrá de ser un receptor abierto y óptimo de estas formas del lenguaje no verbal que expresan en gran medida el momento o tono afectivo que acompaña al discurso del paciente.

Bastín (1972), con un fin didáctico, suele dividir al psiquismo en tres grandes sectores: la inteligencia, la acción o motricidad, y la afectividad. El psiquismo es indivisible, razón por la cual no hay manifestación de la inteligencia o de la motricidad sin un contenido afectivo. En forma recíproca, todo estado afectivo involucra la inteligencia y la motricidad del individuo.

El ámbito afectivo es el potencial energético; se desarrolla gracias al poder dinámico de las necesidades, los deseos, las tensiones, los intereses, las emociones y los sentimientos. La afectividad es el elemento dinámico separador que impulsa a la inteligencia a elaborar soluciones y a organizar la acción, la cual se despliega entonces bajo su control y gracias a los estímulos afectivos.

La afectividad engloba todo lo que proviene de la sensibilidad, de la emoción, del sentimiento. El amor y el odio están, por tanto, enclavados en el corazón mismo de la afectividad, la sexualidad es un aspecto indudablemente esencial de la afectividad.

La educación sexual y afectiva comienza desde la lactancia, desde los primeros contactos del bebé con su madre y con el medio ambiente. Desde ese momento, el énfasis recae en la relación con los demás. Los contactos afectivos son los que permiten al niño, en virtud de las identificaciones y de las incorporaciones, hacer suyas las actitudes, las maneras de pensar y de sentir, y los valores superiores del medio ambiente en que se encuentra. La afectividad es por su misma naturaleza el fenómeno más íntimo de nuestro psiquismo, y un fenómeno eminentemente psíquico y social. Desde el punto de vista psicoanalítico, Laplanche y Pontalis (1968) definen el afecto como la designación de todo estado emocional: penoso o agradable, vago o preciso; que se hace presente en forma de una descarga como una totalidad general. Según Freud (1915/1981), toda pulsión se manifiesta en los dos conceptos básicos: el afecto y la representación. El afecto es la expresión cualitativa de la cantidad de energía pulsional y de sus variaciones.

El concepto de *afecto* adquiere gran importancia desde los primeros estudios de Freud y Breuer (1895/1981) acerca de la psicoterapia de la histeria y del descubrimiento del valor terapéutico de la abreacción. El origen del síntoma histérico se buscaba en un acontecimiento de naturaleza traumática que no había encontrado una descarga adecuada; fue llamado *afecto estancado*. El recuerdo del acontecimiento resulta terapéuticamente eficaz sólo si implica la revivencia del afecto que estuvo ligado a él desde su origen.

Abreacción: Descarga emocional por medio de la cual un individuo se libera del afecto ligado al recuerdo de un acontecimiento traumático, lo que evita que éste se convierta en patógeno

o siga siéndolo. La abreacción puede ser provocada en el curso de la psicoterapia, dando lugar a una catarsis, pero también puede producirse de forma espontánea, separada del trauma inicial por un intervalo más o menos prolongado.

Se deduce, después del estudio de la histeria, que el afecto no se encuentra necesariamente ligado a una representación; su separación permite que cada uno de ellos siga un camino diferente. Se advierten distintas posibilidades de transformación del afecto: primero, la conversión de los afectos (histeria de conversión); segundo, el desplazamiento del afecto (obsesiones) y, tercero, la transformación del afecto (neurosis de angustia, melancolía). A partir de estos estudios el concepto de *afecto* se utiliza desde dos puntos de vista: puede tener un valor específicamente descriptivo en tanto designa la resonancia emocional de una experiencia intensa, o bien (y esto es lo más frecuente) implicar una teoría cuantitativa de la energía, que es la única capaz de explicar la autonomía del afecto en relación con sus diversas manifestaciones.

En los trabajos metapsicológicos en general el afecto se define como la traducción subjetiva de la cantidad de energía pulsional: se distingue claramente el aspecto subjetivo del afecto y los procesos energéticos que los condicionan. Junto al término *afecto*, se utiliza el de *quantum*. El concepto propiamente económico de *quantum* de afecto, corresponde a la pulsión, en la medida en que se ha desprendido de la representación y encuentra una expresión adecuada a su magnitud en procesos que percibimos como afecto. Entre la representación inconsciente y el sentimiento inconsciente existe una notable diferencia y la representación inconsciente, una vez reprimida, permanece inconsciente, como una formación real, mientras que el afecto inconsciente sólo corresponde a un rudimento que no se ha llegado a desarrollar.

Por otro lado, se formuló la hipótesis genética destinada a dar una explicación del fenómeno afectivo como vivencia. Los afectos

serían reproducciones de acontecimientos antiguos de importancia vital y eventualmente preindividuales, comparables a los ataques histéricos, universales, típicos e innatos.

Rappaport (1968) sintetizó la teoría psicoanalítica de los afectos en los siguientes puntos:

1. Los afectos utilizan canales y umbrales innatos de descarga, los cuales pueden ser considerados como aparatos. Existen ya desde antes de que el Yo y el Ello se diferenciaran, a partir de la matriz indiferenciada que postula Hartman (1984). Los afectos son propiedades comunes de las especies, y esto quizá se relaciona con las raíces sociales de la comunidad y la empatía (Schilder, 1924), pero aun a este respecto ya existen desde el momento de nacer, grandes diferencias individuales que se relacionan con lo que da lugar a la predisposición, a la angustia y a los diferentes equivalentes afectivos en la patología psicosomática, así como a varios aspectos congelados, tomando en cuenta la forma o configuración de los rasgos del carácter (Reich, 1987).
2. En la etapa en que el principio del placer predomina, las catexis móviles pulsionales buscan la descarga inmediata. Cuando la descarga impulsiva de la acción no puede realizarse ante la ausencia del objeto de la pulsión en la realidad, surgen los afectos, que desempeñan las funciones de una válvula de seguridad. Existe una tensión pulsional que posee umbral. Los afectos en este periodo aparecen como fenómenos de descarga de una determinada cantidad de carga pulsional. Esta porción se conceptualiza como carga afectiva, y probablemente esté determinada por la cantidad de catexis que sea capaz de llevar a los canales afectivos innatos del estado.
3. Tanto la catexis afectiva como la idea son representaciones pulsionales, ambas operan con catexis móviles y se rigen

por el principio del placer. Las descargas afectivas son tormentas masivas de afectos que fluyen hacia el interior del cuerpo a través de inervaciones motoras y secretoras, en vez de hacerlo sobre el objeto de la pulsión.

4. El desarrollo general del aparato psíquico se inicia con los umbrales innatos reguladores de la descarga, se fomenta con las demoras y frustraciones que las condiciones de la realidad imponen a ésta, y progresan al internalizar esta demora de la descarga originada por la realidad, y establecen una capacidad de demora. Esta capacidad se logra mediante las defensas (distribuciones energéticas contracatócticas) que pueden considerarse alteraciones de los umbrales de descarga.

Contracatexia: Energía psíquica que se opone a la descarga pulsional. Proceso económico postulado por Freud como soporte de numerosas actividades defensivas del Yo. Consiste en la catexispor el Yo de representaciones, actitudes, etc., susceptibles de obstaculizar el acceso de las representaciones y deseos inconscientes a la conciencia y a la motilidad. El término puede designar también el resultado, más o menos permanente, de tal proceso.

El hecho de que las pulsiones se vean representadas por dichas defensas contribuye a que se haga un uso más intenso y variado de ellas en comparación con los canales afectivos de descarga, y de las correspondientes cargas afectivas. El establecimiento de las distribuciones contracatócticas de energía tiene también otras consecuencias importantes. Da lugar a diversas pulsiones derivativas parciales (estas últimas particularmente en conjunción con la maduración somática). Algunas de ellas surgen de manera que modifican las pulsiones contra las que se lucha, otras surgen como modificaciones de la pulsión hacia las cuales se garantizaron las distribuciones energéticas

contracatócticas, y otras surgen a manera de fuerzas motivadoras originadas en las propias distribuciones energéticas contracatócticas. Todas ellas tienen sus propios umbrales de descarga y, en el caso de no poder descargar—a causa de las condiciones de la realidad o por las distribuciones energéticas contracatócticas que evolucionaron como intemalizaciones de esas condiciones de la realidad— utilizan y modifican los canales de descarga afectiva ya existentes. Este proceso se repite de diversas maneras en el curso del desarrollo, y dan lugar a una jerarquía motivacional que se extiende desde las pulsiones hasta los intereses y preferencias. Tal proceso es, en apariencia, sinónimo de liga o neutralización de las catexis móviles. Otra faceta de este proceso es el desarrollo del proceso secundario del pensamiento a partir del primario, que usa la acción experimental dentro del pensamiento por medio de cantidades pequeñas de catexis ligadas (neutralizadas), y de huellas mnémicas a partir de la gratificación alucinatoria obtenida por medio de la catexis impulsiva de esas huellas mnémicas hasta alcanzar intensidad perceptual (Freud, 1911/1981). La idea representativa del impulso es modificada hasta convertirse en pensamiento representativo de la realidad. La descarga pulsional es demorada y se transforma en acción que utiliza como preparación al pensamiento y a la tensión reprimida por la demora de la descarga, mediante la válvula de seguridad suministrada por la descarga afectiva. Sin embargo, los afectos no continúan siendo canales innatos de descarga, utilizados por el impulso reprimido a manera de válvulas de seguridad, sino también participan en el desarrollo descrito: son tomados progresivamente. Este fenómeno se logra de varias maneras:

- a) En cada nivel de la jerarquía motivacional, las motivaciones derivativas utilizan afectos, a manera de canales de descarga destinados a cumplir la función de válvulas de seguridad; pero las catexis de estas pulsiones están cada vez

más neutralizadas conforme a la evolución de la jerarquía. Por tanto, las catexis de las cargas afectivas se toman cada vez menos perentorias, y las descargas de afecto, menos automáticas y masivas.

- b) Al parecer, junto con la maduración general, la jerarquía ascendente y la formación de estructura del aparato psíquico, no sólo se alteran los afectos y los umbrales de descarga de las pulsiones derivativas, sino también se van creando nuevos canales de descarga afectiva cada vez más complejos y sutiles.
- c) Aquí mismo, también las propias cargas afectivas parecen quedar sojuzgadas por las contracatexias defensivas, o sea subordinadas a la modificación diversa de sus umbrales de descarga.

5. Este desarrollo jerárquico tiene un doble resultado:

- a) Por una parte, como las diversas pulsiones derivativas (motivaciones) continúan siendo efectivas en todos los niveles de la jerarquía, encontramos en el adulto normal fenómenos afectivos de carga enteramente móviles, afines también a los ataques afectivos, y fenómenos del proceso primario de pensamiento.
- b) Por otro lado, tenemos afectos correspondientes a cargas altamente neutralizadas, las cuales sirven a manera de señales o medios para la prueba de realidad y para la orientación hacia la realidad tanto externa como interna.

El continuo en los afectos abarca toda la gradación que va desde los ataques afectivos masivos hasta las simples señales, inclusive señales de señales (Fenichel, 1981). El desarrollo del gradiente motivacional y del gradiente afectivo constituye un aspecto de la

formación de la estructura del Yo; el Yo, que originalmente soportaba a los afectos en forma pasiva, tiene ahora control sobre ellos y llega a liberarlos bajo la forma de señales anticipatorias. Los ataques afectivos masivos pueden producirse a causa de un debilitamiento del control yoico o bien con el consentimiento del Yo, y constituyen las llamadas regresiones al servicio del Yo. Estos autores sugieren también que las señales afectivas son de la índole de regresiones al servicio del Yo. Vemos por tanto que dentro de los límites normales hay grandes diferencias individuales respecto de los aspectos del continuo afectivo y qué cualidades del afecto, incluidas en este continuo, deben considerarse en cada individuo. En conjunto, a mayor pobreza en el desarrollo jerárquico de las distribuciones energéticas contracatólicas controladas, menor es la variabilidad y maduración, y mayor la intensidad de estallidos afectivos masivos; cuanto menos flexibles y más excesivamente rígidos sean los controles van haciéndose cada vez más pobres en intensidad, variabilidad y maduración, y como sucede tan a menudo en la vida: lo óptimo no es lo máximo. Una vida afectiva rica y modulada parece ser el indicador de un Yo fuerte.

6. Cuando se desahoga la carga afectiva pueden despertarse tensiones adicionales. Para evitar el desarrollo de éstas es preciso protegerse del impulso subyacente, así como de la carga afectiva. En consecuencia, los afectos pasan a ser motivo de defensa (Fenichel, 1981). De lo contrario parece que la carga afectiva, por ser una cantidad de energía, puede desempeñar bajo condiciones especiales el papel de motivación. Sin embargo, estas condiciones no se comprenden bien y es probable que de comprenderlas no fuese posible explicarlas, suponiendo que quien las actúa como motivación es el impulso subyacente del afecto más que el afecto en sí mismo.
7. El desarrollo del gradiente o la jerarquía ascendente de las motivaciones viene a constituir un aspecto de la formación

de la estructura psíquica, es decir, de la diferenciación Ello-Yo-Superyó. El aspecto dinámico de la formación del afecto está dado en cada uno de los niveles de la jerarquía por el conflicto que presenta la descarga ligada de las catexis con los umbrales innatos o con la realidad o contracatexis. El aspecto económico de la formación del afecto está constituido por una descarga parcial siempre creciente de las catexis neutrales. El aspecto estructural de la formación de afectos así como el aspecto adaptativo son más complejos.

8. Los sistemas motivacionales ascendentes se integran estructuralmente hasta llegar al Ello, al Yo y al Superyó y se elevan hasta crear sistemas de organización que se controlan mutuamente. Los constantes conflictos entre ellos originan también tensiones con sus correspondientes descargas, o sea afectos, que pueden de este modo hacerse continuos. Dichos estados afectivos constantes no son, sin embargo, en su mayoría el resultado de un conflicto en el interior de una, o bien entre dos o las tres instancias, sino que bastante a menudo se producen como integraciones de los equilibrios complejos y los conflictos entre componentes de estas importantes divisiones estructurales del aparato psíquico.
9. Desde el punto de vista adaptativo, los afectos parecen iniciarse, hasta cierto punto, inclusive en el hombre, como lo que Hartman (1978) denominó “estados de adaptación”; esto es, el aparato que descarga al afecto posee una armonía limitada a ciertos estímulos externos de la realidad, como por ejemplo, el susto o la sonrisa. Asimismo, en su totalidad son señales tan indispensables para el tanteo de la realidad como los pensamientos. De hecho, los afectos son indispensables para todos los caracteres de la prueba de realidad, a excepción de aquellos que llamamos obsesivos y que logran la intelectualización.

Algunos aspectos del manejo de los afectos en la psicoterapia

El psicoterapeuta deberá estar capacitado para escuchar el lenguaje afectivo y captar el tono emocional del paciente, con el propósito de comprender ampliamente sus necesidades y sus motivaciones vitales inconscientes.

El terapeuta deberá ser una caja de resonancia, escuchará a partir de su empatía, de su propia contratransferencia, y las pondrá al servicio del paciente por medio de la interpretación. De esta manera desentrañará el contenido afectivo de los mensajes verbales y no verbales que el paciente trasmite en las sesiones. Asimismo, el terapeuta determinará en qué grado el afecto está medido, dominado o controlado, en qué grado el impulso es el control y qué tanto maneja el paciente su afectividad por medio del control yoico.

La relación terapéutica, como relación de transferencia-contratransferencia, es una relación afectiva por antonomasia. En la transferencia, durante el proceso psicoterapéutico, el paciente va a reavivar las ligas afectivas con sus objetos primarios. El afecto es la expresión cualitativa de las pulsiones; su conocimiento y comprensión dan significación a todas las manifestaciones del paciente.

El terapeuta facilitará la revivencia afectiva de los sucesos. También dará un significado cognoscitivo a todas aquellas expresiones afectivas disociadas o desplazadas, para encontrar el sentido del contenido afectivo que se expresa.

Si entendemos que los afectos son reproducciones de acontecimientos pasados, entonces podremos encontrar el significado genético de las expresiones transferenciales del paciente. Específicamente, en los momentos regresivos se muestran catexis móviles pulsionales que el terapeuta está capacitado para evaluar, por lo que actúa como un Yo auxiliar que sirve al paciente de válvula de contención de estas pulsiones. En otras palabras, el terapeuta demora el proceso afectivo del paciente dándole marcos de realidad y riqueza emocional.

En síntesis, podemos expresar la teoría psicoanalítica de los afectos esquemáticamente de la siguiente manera:

1. El psicoanálisis parte de que existen pulsiones. Estas pulsiones son cargas de energía procedentes inicialmente del organismo en sí.
2. Ya nacemos con un monto pulsional que necesita su descarga desde el principio del desarrollo en búsqueda de objetos. En los primeros años de la vida, si existe un objeto en el cual descargar, el organismo lo hace automáticamente. A este proceso se le denomina “proceso primario”; si es en el pensamiento, proceso “primario del pensamiento”; si es en la acción, proceso “primario de conación”, y si es en los afectos, “proceso primario del afecto”.
3. Asimismo, se nace con ciertos canales de descarga, que también son innatos e indiferenciados al principio y que poseen un determinado umbral que permite o no la descarga en diferente intensidad.
4. Ese momento impulsivo y estos canales innatos de descarga matizan la cualidad de la pulsión. Pero estas pulsiones a través de esos canales, buscan objetos en los cuales operar la descarga.
5. Cuando la descarga de las pulsiones se ve frustrada, ya sea en su medio o en su fin, el Yo busca su descarga a través de la acción, el pensamiento y los afectos.
6. Así, la vida afectiva queda bajo el control del Yo, que es el que percibe los afectos.
7. Los afectos controlados, reprimidos, derivados, hechos motivaciones o cualquier otra vicisitud, están bajo un control yoico que debe asegurar que la descarga se producirá.
8. De ahí que el control adecuado de afectos nos ayuda a predecir nuestra conducta y a saber, antes de efectuar la descarga, si el objeto en el cual se va a hacer es el adecuado o no.

EL ESTADO AFECTIVO DEL PACIENTE

9. Ante la ausencia de objeto en el cual descargar el impulso, el afecto concomitante suele descargarse sobre el propio cuerpo; por eso es que los afectos siempre tienen componentes orgánicos, ya sea que éstos sean observables y/o medibles, o simplemente percibidos y sentidos por el Yo. También puede desplazarse la descarga en otro objeto.
10. El Yo siente los afectos. Los canales y umbrales de descarga de los afectos son subjetivos, individuales y personales. Modelados de acuerdo con la cultura en que se vive, no pierden aun así su característica personal. Podemos visualizar la normalidad y la patología de los afectos como alteraciones tanto de cantidad como de calidad. Alteraciones de cantidad en la pulsión y en los canales de descarga, y de calidad en cuanto a la modulación y control yoico.

XVIII

El pacto psicoterapéutico

El pacto psicoterapéutico no es un término utilizado en el psicoanálisis clásico, ya que queda englobado en los conceptos de transferencia y contratransferencia, aun cuando en la teoría se encuentran los fundamentos para su posterior definición y conceptualización, al mencionar aspectos indispensables en el proceso psicoanalítico. De acuerdo con Sandler (1986), el pacto psicoterapéutico puede rastrearse en el psicoanálisis original cuando se habla de convertir al paciente en nuestro colaborador, o sea, convertir al paciente en paciente, esto es, que entienda la filosofía y fundamentos de la psicoterapia en forma coloquial y afectuosa, por tanto, la situación analítica consiste en que nos aliemos con el Yo de la persona que está en tratamiento.

El pacto psicoterapéutico es visto como el vínculo profesional, que permite la revivencia de sentimientos y actitudes dentro del marco de la terapia. Es importante mencionar que con estas ideas quedan planteados los tres elementos que conforman el contrato psicoterapéutico:

Paciente-analista-encuadre

En décadas posteriores, Sandler (1986) señala que distintos autores iniciaron un trabajo de diferenciación, hasta llegar al concepto tal y como ahora se conoce, así vemos que también se le puede llamar transferencia racional, transferencia básica, vínculo realista.

Menninger (1974) lo menciona como parte del contrato terapéutico, al que llama *rapport* racional y razonable del paciente y el analista.

Rapport: Relación del analista con el paciente que liga a este último al tratamiento, a la cura y a la persona del analista. Es la capacidad del paciente para establecer una relación profesional con el analista. Se le llama también una transferencia positiva que se aprovecha para tener esta relación con el analista.

El paciente psicoanalítico llega al tratamiento porque su padecimiento lo motiva a entrar a análisis; el analista emplea sus conocimientos y el paciente produce material a través de las asociaciones libres; sin embargo existe un ingrediente terapéutico capital que tiene gran importancia en el éxito o el fracaso del tratamiento psicoanalítico (Greenson, 1990), que es precisamente el pacto psicoterapéutico. Las manifestaciones clínicas de este pacto son la disposición del paciente a trabajar analíticamente a pesar de los *insights* dolorosos y regresivos que se provocan en el tratamiento.

Estos autores coinciden en que el pacto psicoterapéutico es la condición necesaria para que el tratamiento tenga éxito, por lo que debe considerarse siempre la capacidad del paciente, y tener mejores elementos para conocer si el paciente es capaz de establecer esta alianza, y tomar una decisión en cuanto a qué tipo de tratamiento se debe adoptar en cada caso.

EL PACTO PSICOTERAPÉUTICO

El pacto psicoterapéutico se explica sobre la base de una disociación terapéutica del Yo (Etchegoyen, 1986), en la que destacan dos partes: una que colabora con el analista, que está vuelta a la realidad y en la que existe una identificación con el terapeuta, desde su papel de observador y de reflexión, lo que facilita la propia observación; la otra que se le opone, y que comprende las pulsiones del Ello, las defensas del Yo y los dictados bondadosos del Superyó. La parte del Yo que se identifica con el analista debe ser el filtro por el que pase toda la transferencia.

Es importante distinguir la alianza psicoterapéutica de otras facetas del vínculo entre paciente y analista, en las que el proceso psicoterapéutico se intensifica, se estanca o se modula. Esta diferenciación radica en entender que estos procesos deben ser interpretados como frágiles y pueden romperse fácilmente, a diferencia de lo que sucede cuando se establece una alianza firme.

Siempre se ha hecho una distinción en el psicoanálisis clínico entre transferencia propiamente dicha y otro aspecto de la relación del paciente hacia el analista que ha sido llamado en años recientes “alianza terapéutica”, alianza de trabajo o alianza de tratamiento.

Se define como la relación no neurótica, racional y razonable que el paciente tiene con su analista y que le permite trabajar intencionalmente en la situación analítica.

La noción del pacto psicoterapéutico se origina dentro del psicoanálisis clásico sobre técnica, aun cuando no fuera designada ni distinguida como un concepto. Estaba comprendida originalmente dentro del concepto general de transferencia, que se dividió entonces en transferencia de sentimientos positivos y transferencias negativas. Las transferencias positivas fueron posteriormente vistas como divisibles en transferencias de sentimientos amistosos o cariñosos (de los cuales el paciente estaba consciente) y transferencias que representaban el retomo, probablemente en forma distorsionada, de relaciones eróticas infantiles; estas últimas no eran recordadas normalmente

sino más bien vivenciadas por el paciente hacia la persona del analista. Tales transferencias positivas, junto con las transferencias negativas, podrían llegar a constituirse en resistencia al tratamiento. Los componentes amistosos o cariñosos de la transferencia positiva fueron descritos como representando el vehículo del éxito en psicoanálisis, exactamente como en otros métodos del tratamiento.

La distinción esencial hecha por el psicoanálisis clásico, fue entre la capacidad del paciente para establecer una relación profesional y un vínculo con el analista por un lado, y por otro el surgimiento dentro del marco del tratamiento de sentimientos y actitudes que podrían llegar a ser un obstáculo para el progreso terapéutico.

Lo real permite al paciente identificarse con las metas del analista, proceso que se considera como condición esencial para un tratamiento psicoanalítico exitoso. Esto está de acuerdo con que el paciente utiliza su capacidad de autoobservación como si él fuera otra persona, aspecto razonable del paciente. Está anclado en la relación real o no transferencial que el paciente establece con su analista. Dentro de la alianza de trabajo intervienen funciones yoicas autónomas, es decir, el Yo es la estructura organizada de la personalidad que enfrenta al mundo externo y a la conciencia moral (Superyó), así como las pulsiones (Ello). Las funciones yoicas son relativamente independientes de las pulsiones.

Es evidente que la capacidad de establecer y desarrollar una alianza de trabajo gira sobre cualidades que han llegado a ser una parte relativamente estable del individuo. Aun cuando es cierto que estas cualidades pueden tener relación genética con los aspectos exitosos de las relaciones infantiles tempranas, ellas parecen ser en un grado importante independientes de aquellos sentimientos y actitudes que pueden conceptuarse como transferencia.

En el pacto psicoterapéutico hay aceptación de la necesidad de tratar los problemas internos y hacer trabajo psicoterapéutico frente a una resistencia interna o externa.

EL PACTO PSICOTERAPÉUTICO

También parece claro que el concepto en cuestión debe girar sobre lo que Erikson (1990) ha llamado “confianza básica”, es decir, una actitud hacia la gente y hacia el mundo en general basada en experiencias de seguridad del niño durante los primeros meses de vida. Se considera que la ausencia de la cualidad de la confianza básica es responsable de la ausencia de una alianza terapéutica cabal en el tratamiento de ciertos psicóticos y de otros sujetos que han sido sometidos a una severa privación emocional durante sus primeros meses de vida.

Como elementos del pacto psicoterapéutico podríamos nombrar:

a) capacidad de verse a sí mismo como uno vería a otro, *b)* capacidad de tolerar un cierto grado de frustración, *c)* la existencia de confianza básica, *d)* la identificación con las metas de tratamiento, *e)* reconocer la necesidad de ayuda, y *f)* que desee el tratamiento por sí mismo.

En los casos en que no existe una adecuada alianza de trabajo parece ser esencial determinar: *a)* si el paciente tiene la capacidad de formar alianza, y *b)* si es capaz de desarrollar la motivación suficiente y apropiada para el desarrollo de una alianza terapéutica que le permita resistir las tensiones del tratamiento.

El pacto psicoterapéutico puede, e idealmente debe desarrollarse durante el curso del tratamiento. Por tanto debe permanecer como una constante a través de todo el proceso.

La evaluación durante el periodo inicial de la interacción paciente-analista de la capacidad del paciente para formar una alianza de trabajo, debe tener significación diagnóstica en relación con el método de tratamiento. La evaluación clínica de la capacidad del paciente para tolerar y cooperar con el terapeuta en un prolongado y, a menudo, doloroso proceso, parece esencial.

Aunque el pacto psicoterapéutico contiene el deseo del paciente de mejorar y contribuye a dicha alianza, puede contener esperanzas engañosas y mágicas en el tratamiento que más que aliadas pueden ser resistencias en la tarea terapéutica.

El pacto psicoterapéutico idealmente debe desarrollarse durante el curso del tratamiento. Esto se lograría por parte del analista si interpreta las resistencias del paciente al desarrollo de la mencionada alianza diciéndole que por temor a un sometimiento pasivo no puede cooperar en el tratamiento, o el temor de enloquecer si pierde el dominio de sus pensamientos.

El pacto psicoterapéutico, de acuerdo con González Núñez (1986), se da a través de ciertas aportaciones:

Del paciente

1. Deseo consciente o inconsciente de cooperar con el terapeuta.
2. Disposición a aceptar la ayuda y para aceptar tratar los problemas internos (funciones yoicas): de expresión, para recordar, observar, fantasear y comunicar.
3. Capacidad de regresar parcialmente al pasado.
4. Sinceridad.
5. Confianza básica.
6. Fe en el analista.
7. Tolerancia a la regresión.
8. Capacidad de demora.

Del analista

1. Su profundo conocimiento de la teoría y la práctica psicoanalítica aplicada.
2. Amplio conocimiento de las relaciones de objeto.
3. Sus funciones yoicas, particularmente la sintética-integrativa del Yo.

EL PACTO PSICOTERAPÉUTICO

4. Constancia.
5. Posibilidad de crear una relación realista y razonable con el paciente.
6. Una especial atención a las necesidades del paciente.
7. Manifestar un carácter humanitario.
8. Simpatía con el paciente.
9. Tolerancia a la regresión contratransferencial.

De acuerdo con Wolberg (1978), citado por González Núñez (1986), el analista también procura:

- a) Comunicar un entendimiento del problema. Esto puede realizarse con técnicas simples como reflejar sus sentimientos y actitudes no verbalizadas, poner en palabras sus preocupaciones no expresadas y mostrar sensibilidad hacia sus conflictos y estados de ánimo.
- b) Mostrar interés como persona; poner atención a lo que dice; recordar y repetir detalles. Es importante señalar que las manifestaciones de indiferencia dañan la relación.
- c) Expresar tolerancia y aceptación. No tolerar ni condenar las pulsiones y deseos del paciente, sino aceptar su derecho a sentirlos tal y como son. El terapeuta debe controlar sus reacciones personales.
- d) Dar muestras de objetividad mediante una actitud tolerante y no punitiva ante las actitudes, demandas o ideas expresadas por el paciente; tener sentido del humor; reconocer su derecho a tener opiniones propias; respetar su derecho a la autodeterminación.
- e) Manifestar empatía y señalar al paciente aquello que debe molestarle; conocer sus sentimientos y verlos desde su punto de vista; ser franco y sincero con él y aceptarlo a pesar de sus malas cualidades. Lo que es muy perjudicial es mostrarse engreído, despegado y frío con el paciente.

- f) Analizar las resistencias relacionadas con el pacto psicoterapéutico. Entre las más comunes están la falta de motivación, las falsas percepciones sobre el trabajo terapéutico y los problemas de carácter. Es importante hacerle ver que tiene habilidades y fuerzas propias. El miedo al terapeuta como un ser potencialmente destructivo y malévolo. Es importante señalar las resistencias cuyo origen son los sentimientos sexuales intensos, el sometimiento, las pulsiones masoquistas, el perfeccionismo, el miedo a la cercanía, la ambición compulsiva, la desconfianza y el desapego.

En síntesis se puede concluir que:

1. El pacto psicoterapéutico reposa en los sentimientos de confianza del paciente, en el placer que le procura hablar con alguien y en la satisfacción que le depara la labor terapéutica. El Yo del paciente busca un aliado para superar dificultades internas.
2. El pacto psicoterapéutico es un proceso inherente a todo tratamiento psicoanalítico. Un buen pacto proporciona por sí mismo bienestar, seguridad y confianza, motiva además al paciente a continuar en el arduo trabajo terapéutico, esa motivación nacida del pacto psicoterapéutico es una motivación basada en aspectos cognoscitivos como son la inteligencia, la memoria, la atención, el aprendizaje, la percepción, el pensamiento, el lenguaje, que dan sustento y estabilidad al cambio de conducta.
3. Toda sesión psicoterapéutica debe revisarse y fortalecerse su funcionamiento, en tal forma que dé confiabilidad y aumente la confianza, la fe en el psicoterapeuta. Es mediante ella que se toleran frustraciones, demoras, desilusiones, fracasos y se disfrutan éxitos durante el tratamiento.

EL PACTO PSICOTERAPÉUTICO

4. El pacto psicoterapéutico fortalece las funciones del Yo por un lado, y por otro atenúa los rigores y castigos superyoicos, y en muchas ocasiones da fuerza al Ideal del Yo, en tal forma también que se disminuye la perentoriedad y tenacidad de la descarga pulsional.
5. Por tanto, el pacto psicoterapéutico es un compuesto de todos aquellos factores que mantienen al paciente en tratamiento y que le permiten persistir en él, durante fases de resistencia y de conciencia de enfermedad, junto con una capacidad para tolerar el esfuerzo y el sufrimiento para afrontar un conflicto interno.

XIX

La regresión

Un rasgo del proceso psicoanalítico que merece una mención especial es el fenómeno de la regresión. Es el surgimiento de tendencias pasadas, a menudo infantiles, en momentos en que dan lugar a pensar que tales tendencias representan la reaparición de modos de funcionamiento que han sido modificados o abandonados en el curso del desarrollo individual del paciente.

Tales regresiones que pueden afectar el funcionamiento de la personalidad, pueden ser más o menos transitorias o permanentes, leves o severas. Regresiones de este tipo son de esperar en periodos críticos del desarrollo del individuo y, a menos que sean desusadamente prolongadas o severas, deben ser consideradas como normales.

Este término ha sido utilizado en diferentes sentidos dentro de la teoría psicoanalítica; Sandler (1986) especifica su significado al expresar que se refiere al surgimiento de tendencias pasadas, a menudo infantiles, en momentos en que tales tendencias representan la reaparición de modos de funcionamiento que han sido modificados o abandonados durante el transcurso del desarrollo individual del paciente.

Brenner (1983) afirma que la regresión, si bien es cierto que ocupa una posición importante entre las operaciones defensivas del Yo, también se trata de un mecanismo de mayor importancia que la de su función defensiva en sí, puesto que la tendencia a la regresión es una característica pulsional de nuestras vidas. Su valor como defensa reside en que, por ejemplo, frente a los conflictos graves por deseos en la fase fálica del desarrollo pulsional, esos deseos se pueden abandonar por completo o en parte, y retomar a los de una etapa previa, anal u oral, para evitar así la angustia que causaría la persistencia de los deseos fálicos. En algunos casos, esta regresión, que es con más frecuencia parcial que completa, basta para solucionar el conflicto entre el Yo y el Ello a favor del Yo, resultando un equilibrio intrapsíquico relativamente estable basado en el hecho de que los deseos de las pulsiones prefálicas han sido sustituidas de manera más o menos completa por los fálicos. En otros casos, la regresión fracasa en el logro de sus fines defensivos, y en vez de un equilibrio relativamente estable se obtiene un conflicto renovado, esta vez a un nivel prefálico. Esto es frecuente en casos graves de enfermedad mental.

La importancia de la regresión como característica de la vida pulsional está relacionada con los puntos de fijación. En efecto, cuando se produce la regresión, suele ser hacia un objeto o modo de gratificación al cual el individuo ya está fijado. En este sentido, el término "regresión" se refiere al retomo a un modo u objeto primitivo de gratificación. De manera que, si un placer nuevo resulta insatisfactorio y se abandona, el individuo tiende de modo natural a volverse hacia aquel que ya ha sido probado y aceptado.

La regresión, por lo general, aparece bajo circunstancias desfavorables y aunque no es necesariamente patológica por sí misma, está con frecuencia asociada a manifestaciones patológicas.

Al enfocar la regresión como una actitud del paciente frente a la situación terapéutica psicoanalítica observamos que el análisis brin-

da a la regresión el alimento específico que la hace posible y consolidable (Ramírez, 1977). La situación analítica es un juego de dos personas en el que el tema central es una de ellas. Está diseñada de modo que el Yo (del paciente) pierda su independencia y su autonomía relativa respecto al mundo interno. La regularidad, la consistencia, la uniformidad, la abstinencia —con todo lo concomitante a ella— e incluso la falta de información derivada de la posición recostada, ocasionan que una de las partes del juego empiece a dar un peculiar tipo de información, en la que la línea rectora, la temática y la secuencia, adquieren características reiteradas y repetitivas. Menninger (1974) describe con gran detenimiento la forma en que la situación analítica propicia la regresión en el paciente. Al parecer, la *asociación libre* del paciente y la actitud abstinentes del terapeuta, favorecen una actitud regresiva en el paciente; éste tiene el privilegio de decir lo que piensa a una persona que escucha y que se abstiene de toda interrupción inoportuna o desalentadora. Esto lo hace experimentar, al mismo tiempo, gratificación y frustración crecientes. Ahora bien, tal proceso desmascara el deseo original de curarse y hace que aparezcan deseos más primitivos y menos conscientes, y que se empleen técnicas que antes correspondían a expectativas de otro tipo por parte de otras personas. Dicha tendencia regresiva implica fluctuaciones y variaciones en la autoestima, la autoimagen y el Ideal del Yo; evoluciona o aparece en ondas y ciclos con celeridad variable, gran alternancia y frecuentes reformulaciones. El analista contribuye al proceso regresivo con su constante atención y su falta de reacción. El paciente, por su parte, primero se siente agradecido, luego intrigado y, gradualmente, hace lo posible por actuar como cree que el psicoanalista lo desea.

Ideal del Yo: Instancia de la personalidad que resulta de la convergencia del narcisismo (idealización del Yo) y de las identificaciones con los padres, con sus sustitutos y con los ideales

colectivos. Como instancia diferenciada, el Ideal del Yo constituye un modelo al que el sujeto intenta adecuarse.

De hecho, el paciente que entra a tratamiento ya está en cierto nivel de regresión también llamado *frente inicial*, o modo particular de encarar la vida cotidiana. Rado (citado en Menninger, 1974) describe cuatro niveles sucesivos de este frente inicial:

- a) El individuo relativamente maduro cuya actitud inicial es: “Me encanta (conscientemente) tener la oportunidad de colaborar con el terapeuta y de aprovecharla para descubrir la manera de utilizar mejor mis potencialidades”.
- b) El individuo cuya actitud inicial es: “Tengo problemas que no he podido resolver solo y estoy dispuesto a colaborar con el terapeuta para aprender a hacerlo”.
- c) El individuo cuya actitud inicial es: “No sé qué hacer, pero quiero saberlo; tal vez este método sirva para aliviar mi sufrimiento”.
- d) El individuo que plantea su necesidad en términos de: “Hágame el milagro”. Esta modalidad se encuentra en el nivel inferior de regresión.

Durante el transcurso del tratamiento, un mismo paciente puede presentar estos cuatro niveles de regresión; sus actitudes y su dependencia emocional respecto al psicoterapeuta pueden volverse cada vez más infantiles. Después volverá a crecer, pero por el momento será guiado por una inteligencia más madura. Desde luego, el pronóstico será más favorable en la medida en que los episodios de infantilismo extremo no aparezcan. En la psicoterapia psicoanalítica, la regresión se presenta durante el tiempo de la sesión para que se le escuche, se le vea, se le utilice y, en última instancia, se le resuelva. En ocasiones se le llama también *neurosis de transferencia*.

LA REGRESIÓN

Otro de los aspectos de la situación analítica que influye en la presentación del fenómeno regresivo es la frustración. La cantidad de frustración requerida para que se inicie un proceso regresivo depende de la fijación anterior. Si la fijación es mínima se requiere mucha frustración; pero si las fijaciones son muy intensas, bastarán leves frustraciones para poner en marcha el proceso regresivo. La regresión en el tratamiento psicoanalítico ocurre en el contexto de la frustración inducida por la misma situación analítica. Sin embargo, ocurre en un marco de introspección y comprensión, lo que hace posible su empleo terapéutico, pues el crecimiento siempre parece ocurrir después de periodos de relativa desorganización y de regresiones temporales. Sin embargo, para que este crecimiento sea posible, se requiere que el paciente no pierda la actitud de curiosar, buscar e indagar, en colaboración con el analista —o sea la alianza terapéutica—, por tanto, el control de la frustración se vuelve necesario para el psicoterapeuta.

En efecto, el sentido de frustración que el paciente experimenta en la situación analítica es en parte un reflejo de su situación real; pero, en la medida en que además dependa de la capacidad de respuesta del terapeuta, también puede ser regulado por éste, con el fin de regular la profundidad de la regresión.

Frustración: Condición del sujeto que ve rehusada o se rehúsa la satisfacción de una demanda pulsional. Coartación de una meta pulsional o conductual ya sea por factores internos o externos.

Esto se debe a que el paciente busca gratificaciones sustitutivas en el mismo tratamiento, como siempre las ha buscado en sus situaciones reales, y es conveniente frustrarle precisamente las satisfacciones que desea con mayor intensidad y que expresa de la manera más inoportuna, lo cual implica que el terapeuta debe aprender a contenerse

y a dar o negar ciertos satisfactores al paciente en el momento oportuno. Esta frustración controlada por parte del psicoterapeuta permite que el paciente descubra su manera de amar y de odiar, sus condiciones para hacerlo y los métodos peculiares que utiliza para relacionarse con las personas importantes de su vida.

Ahora bien, a menos que se mantenga en un grado óptimo la frustración del paciente, no puede continuar en forma indefinida, ya que provoca en él ciertas reacciones de diversos tipos y grados. Debe tenerse la habilidad suficiente para saber en qué momento y en qué grado y forma se debe crear en el paciente la necesidad de que el analista le responda, con miras a mantener el grado óptimo de frustración e impedir que se desmoralice del todo por las excesivas frustraciones. Para ello, hay que saber con exactitud qué espera o qué desea el paciente del terapeuta en un momento determinado.

La frustración del paciente no sólo proviene de la falta de respuesta y de la imprevisibilidad del terapeuta, sino también de la autofrustración, al percatarse de que, a lo largo de su vida, ha recurrido a maniobras para tratar de obtener satisfacciones que le han resultado ineficaces y frustrantes.

Se pueden distinguir cuatro aspectos en la regresión:

- a) la naturaleza de lo que se desea del terapeuta;
- b) las técnicas que utiliza el paciente para conseguir lo que desea;
- c) la fuente u objeto indirecto de los esfuerzos del paciente, y
- d) la índole y el carácter del mismo paciente.

Cada uno de los anteriores aspectos en la regresión, mencionados en los incisos, merece una breve explicación.

- a) La regresión respecto a la naturaleza de lo que se desea del terapeuta se debe a que en un principio el paciente acude en

busca de ayuda, de alivio y de curación; sin embargo, durante el proceso da muestras de que, más que esto, lo que quiere es simpatía; más tarde, aprobación, aceptación y elogios. En resumen, quiere ser querido y reconocido, a pesar de sus síntomas, sus fracasos y sus quejas. Es más, quiere incluso pruebas y signos de amor.

- b) La regresión en cuanto a las técnicas que utiliza el paciente para conseguir lo que desea, es decir, la gratificación, se observa en la calidad y eficacia de las mismas. Al inicio del tratamiento, al aceptar cumplir la regla básica, el paciente cree que hace las cosas como se le indican, simplemente para su propio beneficio y para obtener lo que desea; intenta usar el tratamiento de la manera como antes empleaba las comunicaciones o acciones frente a sus padres, o sea, para obtener alguna recompensa de lo que desea; para ello, junto con su obediencia (de usar la asociación libre) puede desplegar modales agradables o, por lo contrario, risas, lágrimas, chistes, quejas u otros artificios. La obediencia puede ser inmediata o remisa, superficial o entusiasta.

Tarde o temprano la frustración que se acumula por la situación psicoanalítica suscita suficiente ira, como para que los buenos modales (supresión) y el miedo (represión) ya no puedan contenerla. La ira siempre ha estado presente en el individuo, pero ha sido reprimida por los condicionantes que la hacían peligrosa. Todo paciente está enfermo precisamente por no haber podido expresar esta ira: se puede decir que cada uno de sus síntomas es una expresión de ira en la que el paciente no percibe ni reconoce la emoción original. Gracias a la frustración, el paciente recobra, durante el análisis, la conciencia de la ira que una vez sintió, y que al no poder expresarla lo enfermó. Es evocada ahora debido a la sensación que tiene el paciente de que el terapeuta lo defrauda, lo castiga y lo descuida.

- a) La regresión respecto de la fuente u objeto indirecto de los esfuerzos del paciente es un mecanismo de desplazamiento y sustitución. Del mismo modo en que cambia lo que se desea y las técnicas para lograrlo, así también cambia la imagen o prototipo de la persona de la cual se espera obtener lo que se desea. Esto constituye uno de los aspectos más importantes del tratamiento psicoanalítico, quizás el más importante de todos, razón por la cual estudiamos también la transferencia.
- b) La regresión respecto de la índole y el carácter del paciente mismo consiste en un cambio de la perspectiva temporal del paciente. El Yo de la realidad presente es desplazado por el de hace diez, veinte, o más años. La manera y el tono del habla pueden incluso adquirir semejanza con los de años anteriores. Lo singular del caso es que estos fenómenos pueden ser observados por el mismo paciente con aquella parte de él que no se ha regresado, es decir, con su inteligencia consciente actual.

Después, el Yo comienza a crecer, elabora su retomo a la realidad, cambia sus objetivos y actitudes poco prácticos por otros más eficaces, se forma expectativas más maduras acerca de los objetos de amor más apropiados y que se obtienen con menor dificultad. En este proceso de elaboración, las miras y objetivos infantiles pierden gran parte de su fuerza compulsiva. El paciente queda entonces en libertad de elegir o desarrollar nuevas técnicas, miras y objetivos a los que se adapta mejor y que le deparan más satisfacciones.

En esta fase de inversión del proceso regresivo, el analista —que en las fantasías del paciente había sido un individuo de características muy diversas— se convierte gradualmente en una persona bondadosa, amigable e incorruptible que permaneció siempre al lado del

paciente, soportó sus ataques y reacciones y cumplió el contrato con efectividad. Esta opinión hacia el analista caracteriza la etapa final del tratamiento.

El nuevo enfoque de la regresión parece deberse a las aclaraciones, las catarsis, la mejoría en las perspectivas y la disminución de las ansiedades, todo lo cual favorece el examen del pasado a la luz del presente, ya que la regresión inducida por el análisis es a la vez frustrante y gratificante para el paciente.

Otro tipo de regresión es la llamada regresión adaptativa al servicio del Yo, y, como ya se explicó en el capítulo 5, es una función del Yo que permite el relajamiento de la agudeza cognitiva y de los modos del proceso secundario para facilitar la emergencia de formas de ideación inconscientes y preconscientes más móviles; además, de manera secundaria, involucra la capacidad yoica de interrumpir y revertir la regresión y de volver al proceso secundario del pensamiento. El tercer aspecto de esta función es la capacidad del Yo para utilizar la regresión de manera adaptativa y producir nuevas configuraciones e integraciones creativas. Es esencial para el acto creativo y desempeña un papel de gran importancia en el análisis.

El paciente que es capaz de regresar dentro de ciertos límites y lo encuentra agradable y que, sobre todo, puede utilizar esta capacidad en la consulta para formar conocimientos nuevos limitados acerca de su propia creatividad, muestra una evolución positiva en cuanto a las funciones yoicas que contribuyen al resultado final en el análisis.

Existe un tipo de regresión clínica importante que consiste en la relación con los objetos. Esto es, cuando una persona tiene un tipo de reacción frente a la madre, evoluciona en una relación hacia el padre y hacia los hermanos, luego, de repente la vemos actuar nuevamente frente al padre como si reaccionara en aquella forma primitiva hacia la madre.

La regresión no se observa como una conducta aparatosa y dramática, puede observarse en sutil cambio de postura, en un acto fallido, en un *lapsus linguae*, en un *acting out*, o cualquier conducta infantil casi imperceptible.

En síntesis, respecto a la regresión, se puede concluir lo siguiente:

1. Al mantener una constante posición de atención y ausencia de reacción, el psicoterapeuta contribuye a este proceso, porque hace las veces de una especie de estrella polar que provee orientación. El paciente puede y debe decir todo lo que acuda a su mente, cosa que no puede hacer en ninguna otra situación humana existente. Después aparece la resistencia.
2. Durante cada sesión vierte sus pensamientos, sin orden ni concierto, en los oídos del psicoterapeuta. Éste escucha todo esto, pero responde poco, salvo para indicar que le presta mucha atención. No formula ninguna sugestión. No reconforta para nada. No formula críticas. No da ninguna opinión diagnóstica. Sólo escucha.
3. Cuando un hombre piensa en una cosa cualquiera, su siguiente pensamiento después no es para nada tan casual como parece ser. No todo pensamiento sucede a todo pensamiento en forma indiferente.
4. Este proceso es mucho más productivo cuando hay quien escucha, aunque entonces surgen otras complicaciones, porque este proceso de pensamiento no está bajo la dirección consciente, y la conversación se desarrolla con un mínimo de participación de la persona que escucha, salvo ocasionales indicaciones de su atenta presencia, por lo que la persona que habla comienza a desarrollar expectativas.
5. El paciente inicia tratamiento en distintos niveles de adaptación, o sea grados de regresión. La regresión ocurre y se desarrolla. Es inducida por la situación total, como se expli-

- có. El psicoterapeuta no debería hacerse la ilusión de que quien la ha inducido es él.
6. La regresión ocurre en cierta medida en todo tipo de hospitalización. Lo que en la situación terapéutica psicoanalítica denominamos “regresión”, es un proceso retrógrado muy considerable del funcionamiento de la personalidad. Se opera un retomo a maneras anteriores y más primitivas de sentir, experimentar y comportarse. Hay un estrechamiento del campo de atención, una preocupación por el Yo, una simplificación o reducción de la complejidad estructural del funcionamiento psicológico.
 7. La regresión inducida por la frustración da cabida a un crecimiento adicional sobre la base de los descubrimientos que el paciente hace dentro de sí mismo, porque reconoce las inmadureces que hay en él, la naturaleza arcaica de sus afectos y rencores, y las transacciones contraproducentes entre aspectos de sí mismo. El analizado nunca debe perder la actitud de curiosidad, búsqueda e indagación en colaboración del psicoterapeuta.
 8. La regresión se favorece mucho no sólo por la actitud permisiva del psicoterapeuta sino también por la disposición física de la situación psicoanalítica: la postura recostada del paciente, el terapeuta invisible, el silencio del consultorio, el relativo silencio del terapeuta. La disminución de los estímulos sensoriales externos favorece esto.
 9. El psicoanálisis se echa a perder por una regresión demasiado rápida o demasiado lenta, o por una regresión demasiado profunda en una etapa demasiado temprana del tratamiento.
 10. El analista tiene que aprender a contenerse y no dar, pero también tiene que aprender a dar, y a darlo en el momento oportuno. No puede satisfacer los deseos anacrónicos del paciente. El analista da interpretaciones.

11. Es evidente que el creciente sentido de privación y frustración que se describe, no puede continuar por tiempo indefinido. Esto provoca en el paciente ciertas reacciones de diversos tipos y grados, y sólo se obtendrá si la tensión de la frustración se mantiene dentro de una determinada zona óptima. La pericia técnica consiste en saber en qué momento y en qué grado y forma se debe administrar la necesidad que el paciente tiene de que el psicoterapeuta responda a él.
12. La importancia de la regresión como característica de la vida pulsional está relacionada con los puntos de fijación. En efecto, cuando se produce la regresión, suele ser hacia un objeto o modo de gratificación al cual el individuo ya está fijado. En este sentido, el término *regresión* se refiere al retomo a un modo u objeto primitivo de gratificación. De manera que, si un placer nuevo resulta insatisfactorio y se abandona, el individuo tiende de modo natural a volverse hacia aquel que ya ha sido probado y aceptado.
13. La regresión, por lo general, aparece bajo circunstancias desfavorables y aunque no es necesariamente patológica por sí misma, está con frecuencia asociada a manifestaciones patológicas.

XX

La resistencia

La conceptualización más temprana de este término proviene de las publicaciones prepsicoanalíticas de Freud (1891/1981), en donde es considerada como cualquier manifestación del paciente en oposición a los intentos del analista de influir en él.

Esto ocurre en relación con las técnicas de la hipnosis y la *presión* (poner la mano en la frente del paciente). Al abandonar los procedimientos hipnóticos, entre 1892 y 1895, Freud introdujo el método de la asociación libre, y, en ese contexto, definió la resistencia como la forma en que el paciente no respeta la regla fundamental. En tal caso, la resistencia es un obstáculo para el esclarecimiento de los síntomas y para el avance del tratamiento. Más tarde (1904) comparó la resistencia con la censura en los sueños. Le atribuyó una función de distorsión de las pulsiones y los recuerdos inconscientes que los hacía aparecer disfrazados al presentarse en la asociación libre del paciente. En 1920 subrayó el aspecto defensivo de la resistencia, y afirmó que proviene de los mismos estratos y sistemas superiores de la vida psíquica que en otro tiempo produjeron la represión.

En la literatura psicoanalítica posterior, el término *resistencia* ha conservado los mismos significados. Sandler (1986) la define como aquellos elementos y fuerzas que en el paciente se oponen al proceso terapéutico. Menninger (1974) define la resistencia como la tendencia de fuerzas que están dentro del paciente y que se oponen al proceso de cambiar para mejorar. En esta definición se pone énfasis en lo que denominan *reacción paradójica*, que es un aspecto de la resistencia que alude al hecho de que el paciente, al oponer resistencia al análisis, parece sufrir al mismo tiempo el anhelo de aliviarse y la compulsión de defenderse de todo cambio en su adaptación a la vida, por incómodo que esto pueda resultarle en muchos aspectos. Consciente o inconscientemente, el paciente entorpece el proceso del que tantos beneficios espera.

La definición que reúne la mayor parte de los elementos que se han descrito hasta aquí, es la propuesta por Greenson (1999). Para él la resistencia consiste en: todas las fuerzas que dentro del paciente se oponen a los procedimientos y procesos de análisis —es decir, que estorban la libre asociación del paciente—, obstaculizan los intentos del paciente de recordar y de lograr asimilar el *insight*, que operan contra el Yo razonable del paciente y su deseo de cambiar.

Para este mismo autor, la resistencia tiene también una función defensiva, pues se opone a los procedimientos analíticos y defiende el *statu quo* del paciente. La resistencia defensiva puede afectar todos los aspectos de la vida mental, ya que éstos tienen la posibilidad de ser usados en forma defensiva.

El estudio comprensivo de la resistencia, según Glover (1974), implica verla desde diferentes ángulos. Primero, en el aspecto clínico, relativo al modo en que la resistencia aparece directamente en el análisis (punto de vista descriptivo). Asimismo, se le puede considerar en relación con la función mental general de defensa (punto de vista funcional). Este último punto de vista es desarrolla-

do ampliamente por el mismo autor. Por razones de carácter práctico, preferimos no considerar aquí este aspecto de la resistencia.

Manifestaciones clínicas de la resistencia

Cualquier comportamiento puede desempeñar una función de resistencia. La resistencia puede adoptar las siguientes formas, descritas por Greenson (1990).

El silencio del paciente. Ésta es la forma más clara y frecuente y puede significar que el paciente no está dispuesto consciente o inconscientemente a comunicar al analista sus pensamientos o sentimientos.

Greenson (1990) hace un interesante análisis del silencio como problema de la técnica psicoanalítica. Clasifica y sistematiza el silencio desde diferentes puntos de vista y muestra cómo a partir de diferentes criterios se han desarrollado diversas aplicaciones técnicas. Luego, formula así la multiplicidad de los aspectos del silencio:

1. El silencio puede estar cargado de miedo o libre de conflictos, puede ser signo de regresión o autonomía del Yo. Puede partir del Ello, del Yo, del Superyó, o de las reacciones recíprocas entre los sistemas Ello- Yo y Ello-Superyó. Desde el punto de vista topográfico el proceso del habla puede considerarse bloqueado en cualquier plano del sistema, consciente o inconsciente. El silencio puede ir acompañado de frustración o de satisfacción.

El silencio es una parte conjunta de la matriz y de comunicación que se produce en el análisis. Existe un interés creciente tanto en el papel que desempeña en la transferencia y la contratransferencia, como en su importancia para la técnica.

Se trata de comprender el silencio a partir de la situación conjunta del análisis, averiguar lo que significa para cada

- paciente y buscar con él los caminos para ayudarlo. Así, el silencio, al superar su valor negativo original, deja de ser un mero factor de trastorno.
2. El paciente no desea hablar. En este caso, el paciente no se encuentra literalmente callado, pero no quiere hablar o no tiene nada qué decir.
 3. Los afectos que indican resistencia. En esta situación está presente la comunicación verbal, pero el afecto está ausente; el terapeuta tiene la sensación de que el paciente no se interesa o no se ve afectado por lo que dice. La emoción y la ideación no concuerdan.
 4. La postura del paciente. Con frecuencia la postura del paciente (rigidez, movimiento excesivo, discrepancia entre postura y contenido verbal, manos apretadas, brazos fuertemente cruzados, bostezo, esquivéz, parloteo y otras) puede ser signo de resistencia.
 5. La fijación en el tiempo. Lo normal es que el paciente se refiera al pasado y al presente. La resistencia se presenta cuando puede hablar sólo de uno sin tocar al otro.
 6. La mención de acontecimientos externos o de escasa importancia. Hablar de acontecimientos externos o de escasa importancia durante un periodo bastante largo es también una manifestación de resistencia.
 7. La evitación de temas. Si hay un tema importante que no se mencione alguna vez durante la sesión analítica, es señal de resistencia.
 8. La rigidez. Esta resistencia se muestra en ciertas rutinas que se ejecutan siempre, sin variación; por ejemplo, empezar siempre la sesión de un modo estereotipado, preparar la sesión analítica con material interesante, tratar de ser siempre un buen paciente, evitar los silencios, llegar constantemente retrasado o puntual.

9. El lenguaje de la evitación. La resistencia puede manifestarse también en forma de frases hechas, términos técnicos, palabras inútiles, o lugares comunes.
10. El retraso, la inasistencia y el olvido de pago. Estas manifestaciones de la resistencia, por lo general, son indicadoras de la renuencia del paciente a acudir al análisis o a pagar por él.
11. La ausencia de sueños. Esta resistencia puede adoptar diversas formas que van desde recordar haber soñado, pero olvidado lo soñado, hasta el olvido completo de haber soñado. Esta resistencia puede consistir también en el abuso excesivo de los sueños durante una sesión.
12. El aburrimiento. Esta resistencia se relaciona, por lo general, con la defensa contra las propias fantasías inconscientes agresivas.
13. El secreto. Con el silencio el paciente rehusó decir algo.
14. El *acting out* (*exoactuación*). Esta forma de resistencia es muy importante, sobre todo en pacientes adolescentes. Consiste en referir con acciones y no con palabras los propios recuerdos y afectos. Aunado al deseo de no comunicar oralmente sus ideas y pulsiones, el paciente se permite actos irracionales en su comportamiento diario. Este comportamiento parece ser una manera de apoyar la propia incapacidad para hablar durante el tratamiento. Tal actitud sirve para aliviar la ansiedad y deja poca energía disponible para los procesos ideativos durante la sesión.
15. La alegría frecuente en la consulta. Esta resistencia muestra por lo común alguna forma de depresión.
16. La falta de cambio en la conducta del paciente. El que no cambie la conducta del paciente es también una manifestación de resistencia.
17. Las resistencias silentes. Estas resistencias no se pueden descubrir en una o varias sesiones, sino sólo cuando el analista

- está a cierta distancia del análisis. Se trata de sutiles resistencias de carácter que resultan difíciles de reconocer.
18. La supresión y la represión. Cualquier material que perturbe al paciente emocionalmente será suprimido o reprimido por él mientras cobra la fuerza suficiente que le permita manejar la ansiedad que le produce su verbalización. El material puede parecer, e incluso ser insignificante e inocuo, pero debe recordarse que con frecuencia no son los sucesos o las ideas las que resultan perturbadoras, sino más bien las emociones relacionadas con ellas.
 19. La intensificación de síntomas. Uno de los síntomas más temeranos de la resistencia a la curación es un refuerzo de aquellos medios neuróticos que previamente han mantenido al individuo libre de ansiedad. En consecuencia, algo que se puede prever es una exacerbación aguda de los síntomas neuróticos. Una explicación oportuna al paciente acerca de que puede llegar a empeorar antes de mejorar, ayuda a que no se interrumpa el tratamiento.
 20. La autodevaluación. Un tipo insidioso de resistencia es la autodevaluación. En ella, el paciente se niega a aceptar que haya algo valioso en él, o que tenga algún tipo de oportunidad (cualquiera que ésta sea) de ser independiente. Responde a todas las interpretaciones con frases de desesperanza. Esta actitud puede deberse al deseo de ser cuidado como un niño desvalido, o bien, a una intención de adelantarse a las críticas mediante el autocastigo. A veces se debe al miedo de que, al ser reconocido como una persona capaz, puedan exigirle esfuerzos activos e independientes.
 21. Fuga forzada hacia la salud. Ésta es otra forma de resistencia en la que el paciente trata de convencer al terapeuta y a sí mismo de que ya está bien y de que ya no necesita el tratamiento. Cualquier afirmación acerca de que él no está te-

niendo una adaptación adecuada es resistida en forma vigorosa. Incluso, el paciente puede conducir sus asuntos con una apariencia de normalidad y mostrándose tranquilo, confiado y seguro. El terapeuta puede darse cuenta, sin embargo, del terrible esfuerzo que el paciente realiza para sostener esta ilusión de salud. Tal forma de resistencia está normalmente asociada con la necesidad del paciente de mantener un control rígido sobre todo lo que dice.

22. Inhibiciones intelectuales. La necesidad de evitar al terapeuta puede causar una incapacidad de pensar, hablar o sentir. El paciente insistirá en que no hay en su mente absolutamente nada y dará muestras de una esterilidad singular en sus asociaciones y en su capacidad de pensar de manera constructiva respecto de sus problemas. El paciente cancela citas, llega tarde, olvida mencionar aspectos importantes de lo que ha hecho en ese día, bloquea el recuerdo de sus sueños y fantasías, muestra poca atención o distracción, manifiesta incapacidad de concentrarse y recordar lo que ocurrió anteriormente, se hunde en el silencio durante la entrevista, o muestra una dispersión mental que persiste tanto dentro como fuera del tratamiento.
23. El *insight* como resistencia. El paciente hace relatos detallados de lo bien que se entiende a sí mismo, utiliza la terminología más aceptada y describe la dinámica y los mecanismos de su desorden con un lenguaje literario. En apariencia ha conseguido un completo *insight* de sus problemas, de sus repeticiones compulsivas y de sus relaciones distorsionadas, así como de las consecuencias e influencias destructivas de su neurosis. Sin embargo, en las experiencias de la vida diaria persisten sus comportamientos neuróticos de ajuste, y manifiesta los mismos síntomas con que llegó al tratamiento. Por consiguiente, el *insight* del paciente es un ardid inte-

lectual que emplea para confundir al psicoterapeuta y a sí mismo. Los objetivos de esta resistencia son tener una pantalla para ocultar la propia indulgencia hacia los comportamientos neuróticos acostumbrados; el deseo de escapar a la crítica y a la detección, y la fantasía de los pacientes muy dependientes de la terapia, los cuales consideran que ésta hará todo por ellos.

24. La disociación de la hora de tratamiento del resto de la vida. En ocasiones la resistencia toma la forma de esta disociación entre el tratamiento y la vida cotidiana. El paciente, en el trato con el terapeuta, sigue criterios totalmente diferentes de los que utiliza con la gente en general. La resistencia consiste en no querer ver cómo se relaciona con la vida diaria el material que se revela en el tratamiento.
25. El desprecio de la normalidad. Otra forma insidiosa de resistencia es el miedo o desprecio de la normalidad. Se asocia al rechazo de la responsabilidad o de la obligación de hacer un esfuerzo propio. El sustituir antiguas pautas de comportamiento por otras nuevas suele hacer pensar al paciente que abandona algo valioso que nunca podrá recuperar, o que estará expuesto a peligros de los cuales no podrá defenderse.
26. La renuencia a abandonar las experiencias placenteras de la hora del tratamiento. Esta resistencia con frecuencia pasa desapercibida. Consiste en que el paciente puede derivar de la sesión terapéutica un bienestar tal que otras gratificaciones le resulten dudosas, al grado de que pueda rechazar el abandono de su neurosis en aras de su deseo de continuar consultando a su psicoterapeuta. Esto ocurre con frecuencia con individuos muy dependientes que hacen creer al terapeuta que están desvalidos e inhabilitados para hacer las cosas, forzándolo a dar consejos y admoniciones que son absorbidas como si se tratara de revelaciones divinas.

- 2 7. Las resistencias de transferencia. Tal vez las resistencias más comunes y más perturbadoras son las que se producen en respuesta a la relación con el terapeuta o que toman la forma de transferencia. El contacto con el terapeuta es perturbador cuando moviliza actitudes, pulsiones y sentimientos que amenazan a las fuerzas represivas. En un intento por escapar a la ansiedad asociada a estas perturbaciones, el paciente mostrará sus defensas caracterológicas ordinarias para retirar y controlar al psicoterapeuta, para confundirlo, o para volverse invencible.

Una de las manifestaciones más tempranas de esta lucha es la intensificación de los síntomas, la cual parece estar al servicio de una necesidad desesperada de restaurar el equilibrio psíquico. Luego se personaliza esta lucha, cuando el paciente descubre que el terapeuta es el origen de la tensión. La resistencia se puede ejercer contra el material inconsciente original o contra las representaciones proyectadas y animadas en la transferencia.

Otra forma de relación que puede desarrollarse se basa en un miedo intenso al terapeuta como si se tratara de alguien que puede causar daño o esclavizar al paciente. El tratamiento no progresará mientras se manifieste con intensidad esta resistencia. El paciente, en ocasiones, se siente víctima de un trato injusto, y considera que el terapeuta está tratando de aprovecharse de él. La resistencia podrá mostrarse en forma de hostilidad, y aun desembocar en intentos de desapego o de desprecio por los valores del terapeuta. El deseo de controlar la situación se exterioriza de muchas maneras. El paciente puede asediar al terapeuta con regalos y favores, o puede desarrollar un apego sentimental que asume una forma sexual. La terapia se vuelve una especie de seducción en la que el paciente experimenta intensos sentimientos eróticos. Uno de los objetivos es colocar al terapeuta en una posición en la que no espíe tan de

cerca los secretos más profundos del paciente. Con frecuencia esta actitud tiene componentes hostiles. Se pretende devaluar al terapeuta, esclavizarlo, probar sus convicciones o fusionarse con él, y, de cualquier manera, romper con el tratamiento.

Muchos pacientes acuden al tratamiento en búsqueda de las gratificaciones que no han podido conseguir por sí mismos. En tales casos el resentimiento y la resistencia se desatan cuando no reciben del terapeuta el tipo específico de ayuda que están esperando. La resistencia se ejerce frecuentemente contra la idea de que es posible vivir normalmente sin reparar un daño imaginario de los órganos genitales. En la mujer, la resistencia consiste en seguir viviendo sin la posibilidad de procurarse un pene (órgano al que se considera como el puente para la actividad y la autorrealización).

En el hombre, la adopción de un rol pasivo es frecuentemente interpretada como equivalente a la castración, y la resistencia puede consistir en la adopción de cualquier rol que no implique una postura agresiva. Incluso, el aceptar ayuda de un terapeuta puede significar pasividad para el paciente varón.

La psicoterapia puede producir otras reacciones resistenciales en pacientes con estructuras yoicas inmaduras.

Clasificación de las resistencias

Las resistencias se pueden clasificar desde diferentes puntos de vista.

1. Según su origen. Freud (1925/1981) distinguió cinco tipos de resistencias según su origen:
 - a) *La resistencia de represión* que surge para proteger al Yo de la ansiedad. Es de origen yoico.

LA RESISTENCIA

- b) *La resistencia de transferencia* que no permite abandonar la esperanza de recibir del analista las gratificaciones regresivas; se presenta aunada al deseo de frustración. Es de origen yoico.
- c) *La resistencia de la ventaja epinósica (pequeña)*, relacionada con la necesidad de obtener ganancias secundarias y ciertas ventajas por tener un padecimiento. Es de origen yoico.
- d) *La compulsión a la repetición y a la adhesividad de la libido*. Es la resistencia que ejerce la misma atracción que los prototipos inconscientes ejercen sobre el proceso instintivo reprimido; deriva de la presión por repetir las pulsiones neuróticas bajo la liga de un principio autodestructivo. Proviene del Ello.
- e) *La resistencia del Superyó* que deriva de la sensación de la necesidad de castigo. Su origen es el Superyó.

Compulsión a la repetición: A nivel de la psicopatología concreta, proceso incoercible y de origen inconsciente, en virtud del cual el sujeto se sitúa activamente en situaciones penosas, repitiendo así experiencias antiguas, sin recordar el prototipo de ellas, sino al contrario, con la impresión muy viva de que se trata de algo plenamente motivado en lo actual. El sujeto repite patológicamente una conducta dolorosa, vergonzosa o culpígena sin poder evitarlo. Repite para no recordar.

Un comentario de Greenson (1990) al respecto de esta clasificación resulta interesante, ya que señala que la función de la resistencia es una función yoica, por lo que el origen de la resistencia es siempre el Yo, aunque el estímulo que la pone en marcha puede originarse en cualquiera de las estructuras psíquicas: Yo, Superyó, Ello.

Menninger (1974) resume de la siguiente manera los tipos clásicos de resistencia propuestos por Freud:

Freud sugirió que hay resistencia derivada del miedo inconsciente (resistencia de represión); resistencia derivada de expectativas defraudadas en el psicoanálisis (resistencia de transferencia); resistencia derivada de la inercia, la falsa prudencia y el oportunismo miope (resistencia por ventajas secundarias), y resistencia derivada de la sensación de que hay que seguir sufriendo (resistencia del Superyó).

2. Según los puntos de fijación. Según este punto de vista, las resistencias pueden clasificarse en: *a)* orales, *b)* anales, *c)* fálicas, *d)* de latencia, y *e)* de adolescencia

El indicio lo pueden dar el carácter pulsional de una resistencia, las relaciones de objeto, el rasgo del carácter que se halle en primer plano, la forma particular de angustia o actitud, o la intrusión de cierto síntoma.

3. Según los tipos de defensa. De acuerdo con este punto de vista, las resistencias pueden clasificarse según el tipo de defensas que adopten al oponerse al procedimiento analítico. La clasificación puede adoptar las categorías de los mecanismos de defensa propuestas por A. Freud (1977). Esto implica que todos los mecanismos de defensa pueden emplearse como procedimientos del Yo para los fines de la resistencia.

En esta categoría se encuentran algunas resistencias que se sirven de fenómenos más complejos; por ejemplo, las resistencias transferenciales, la actuación, las resistencias caracterológicas y las resistencias encubridoras. Las resistencias transferenciales son aquellas que derivan de las expectativas defraudadas en el psicoanálisis. La exoactuación o *acting*

LA RESISTENCIA

out es la representación deformada de un suceso pasado en el presente; parece cohesiva, racional y egosintónica para el paciente. Las resistencias caracterológicas o silentes derivan de las defensas de carácter; son habituales, rígidamente fijas y, por lo general, son egosintónicas. Las resistencias encubridoras emplean recuerdos, afectos y la identidad encubridora para arrinconar un recuerdo, afecto o identidad, subyacentes más dolorosos.

Carácter: Representa la manera habitual de hacer armonizar las tareas impuestas por las exigencias pulsionales con las que impone el mundo externo, constituye necesariamente la función de aquella parte de la personalidad, persistente, organizadora e integradora, que es el Yo. El modo de conciliar estos diferentes objetivos es característico para una determinada personalidad. Por tanto los modos habituales de adaptación del Yo al mundo externo, al Ello y al Superyó, y los tipos característicos de combinación de estos modos, es lo que constituye el carácter.

4. Según la categoría diagnóstica. Algunas entidades diagnósticas utilizan ciertos tipos especiales de defensa y, por tanto, esas resistencias particulares predominarán a lo largo del análisis.
5. Una clasificación práctica. Las resistencias pueden también clasificarse en forma práctica. Si parecen extrañas al Yo, ajenas y raras, son egodistónicas, mientras que aquellas que se caracterizan por parecer familiares al Yo, racionales y objetivas, son egosintónicas.

Egodistónico: Cuando el síntoma neurótico se experimenta como un objeto extraño y crea una sensación de estar enfermo, es asintónico.

Egosintónico: Cuando los rasgos neuróticos del carácter están incorporados a la personalidad, son sintónicos. El individuo no se siente enfermo hasta que por ejemplo, una timidez caracterológica se convierte en un ceremonial compulsivo y aumenta considerablemente de grado. El síntoma aparece como carente de significado.

En síntesis, se concluye que:

1. Se ha dicho que el psicoanálisis consiste esencialmente en el análisis de las resistencias del paciente a la libre asociación y al cambio.
2. Una de las tareas iniciales del terapeuta consiste en capacitar al paciente para que presente material de una manera adecuada. Pero, por conveniente que sea el marco analítico suministrado por el terapeuta, inevitablemente se desarrollan resistencias al análisis.
3. Las resistencias se desarrollan durante el curso del tratamiento como consecuencia del proceso analítico.
4. Existen resistencias de carácter inherentes a la estructura psíquica del paciente.
5. Es importante diferenciar entre el tipo de resistencia mostrada y el contenido particular contra el cual defiende la resistencia.
6. Común a todas las resistencias es el hecho de que el paciente retenga algo para sí o desee inconscientemente mantener algo fuera de la conciencia.
7. En la medida en que haya un conflicto interno, tiene que haber siempre cierto grado de resistencia dirigida contra el proceso analítico.
8. A menudo los analistas prevén la resistencia, especialmente en pacientes con intensos sentimientos de culpa que se han

LA RESISTENCIA

franqueado con el analista y le han hablado de cosas prohibidas.

9. En ciertos casos el paciente puede encontrar necesario mostrar que rechaza la interpretación, a fin de conservar su autoestima, pero puede sin embargo aceptar esa interpretación porque alivia su ansiedad o su sentimiento de culpa.

XXI

La transferencia y la contratransferencia

La *transferencia* y la *contratransferencia* son conceptos que nacieron en el interior de la práctica psicoanalítica. Sólo se podía hablar de transferencia y contratransferencia dentro del marco psicoanalítico. Sin embargo, actualmente la transferencia y la contratransferencia (esta última sólo condicionadamente) son fenómenos normales en las relaciones humanas comunes y corrientes. Al considerarlas así las despojamos de su sentido psicoanalítico específico, pero no de su sentido esencial como proceso interpersonal humano.

Para afirmar que son procesos generales normales en toda relación interpersonal nos apoyamos en los siguientes hechos:

1. Desde el punto de vista filogenético, el niño es expulsado del vientre materno antes de lo que debiera ser. Esto se debe a la capacidad limitada del organismo femenino para la dilatación de las vías del parto, así como al aumento del volumen craneal del niño y su evolución cerebral. El recién nacido es un sujeto prematuro desde el punto de vista fisiológico.

Lo anterior significa que, para su supervivencia, debe permanecer provisionalmente bajo la total y permanente dependencia de la madre.

2. El recién nacido, al ser prematuro fisiológicamente, no posee ninguna especialización orgánica, como otros seres vivientes. La prematuridad y la falta de especialización orgánica hacen que la supervivencia del recién nacido tenga que depender de un ser familiar más desarrollado, cuyo modelo original es la madre. Ésta es su primera experiencia interhumana, la cual llega a ser fundamental en las futuras relaciones de objeto.

Se puede caracterizar el funcionamiento normal de la transferencia como sigue (Kemper, 1972):

1. Con cada repetición de la transferencia se da un paso más en el dominio del mundo. Esto contribuye al proceso vital del aprendizaje.
2. La repetición transferencial se convierte en una compulsión inconsciente a la realización. Sirve a la economía psíquica, porque:
 - a) Ahorra energía. La repetición automática de lo habitual requiere menos gasto de energía que si se planea cada caso en particular.
 - b) Permite, mediante la dosificación fraccionada, la elaboración de tensiones traumáticas en forma análoga a la neurosis traumática.
 - c) El sujeto está permanentemente motivado a llevar sus necesidades no satisfechas en el pasado y sus infructuosos intentos de controlarlas hacia nuevos objetos y situaciones que se le presentan como apropiados, con la esperan-

za de llegar en esta ocasión a una solución satisfactoria de esas necesidades.

Desde el momento del nacimiento, el niño ya es objeto de su madre, en sentido psicológico, y cuando llega a establecer relaciones de objeto parciales o totales, la madre y quienes lo rodean serán para él objetos en los cuales se podrá proyectar, identificar, introyectar y desplazar. La relación humana se convierte en una situación transferencial-contratransferencial que exige:

Objeto parcial: Tipo de objetos a los que apuntan las pulsiones parciales, sin que esto implique que se tome como objeto de amor a una persona en su conjunto. Se trata principalmente de partes del cuerpo, reales o fantasmáticas (pecho, heces, pene) y de sus equivalentes simbólicos. Incluso una persona puede identificarse o ser identificada con un objeto parcial.

1. Un sujeto. Éste transfiere experiencias anteriores a un objeto, según sus características constitucionales, sus experiencias anteriores, imaginarias o reales, su estado de ánimo actual y su motivación hacia el mundo o su alejamiento de él.
2. Un objeto. Personas o cosas del ambiente exterior que tienen importancia emocional en la vida psíquica. De tal modo, la expresión *relaciones de objeto* se refiere a la actitud y comportamiento del sujeto hacia esos objetos y visceversa.

Así, toda relación humana cotidiana está compuesta normalmente por la transferencia y la contratransferencia entre el sujeto y el objeto, formándose una unidad funcional, dado que lo introyectado, identificado e internalizado de los primeros objetos necesita de ellos en un principio, precisamente, para internalizarlos, proyectarlos y desplazarlos sobre otro objeto. El proceso se convierte

en una nueva unidad funcional instalada en el pasado, en la cual el objeto y el sujeto intercambian sus papeles, en una alternancia recurrente y permanente.

La transferencia desde el punto de vista psicoanalítico

La transferencia consiste en pulsiones, sentimientos, actitudes, fantasías y defensas actuales de una persona que no le corresponden a esa persona, sino que son la repetición de reacciones formadas respecto a personas importantes de la primera infancia, convertidas inconscientemente en figuras actuales. Las dos características sobresalientes de la transferencia son la repetición y la impropiedad (Greenson, 1990).

La impropiedad es la reacción inadecuada a una situación actual; es la señal principal de que la persona que desencadena la acción no es el objeto verdadero. Esto indica que tal reacción inadecuada hacia el objeto actual es impropia, pues es desplazada de un objeto del pasado.

Las reacciones transferenciales se caracterizan también por su intensidad; pueden ser reacciones impropias de amor, odio, envidia, celos o competencia hacia el analista. Las reacciones de transferencia también son ambivalentes, caprichosas y tenaces. En el intento por revivir y reactualizar situaciones reales o imaginarias y satisfacer necesidades pretéritas durante el análisis psicoterapéutico presente, la transferencia se convierte en un fenómeno regresivo cuya máxima expresión es la neurosis de transferencia, a la que se le debe dar un sentido curativo. Las transferencias se clasifican en positivas, negativas, neuróticas y psicóticas. Sandler (1986) habla de transferencias eróticas y erotizadas.

Las transferencias positivas son aquellas actitudes, del paciente hacia el psicoterapeuta, caracterizadas por afectos de amor, esperanza, confianza, agrado, satisfacción, etc. Las negativas se caracterizan por ser de odio, desamor, desagrado, envidia, celos, etc. En la transferencia neurótica el paciente entiende implícitamente que lo que siente hacia el analista es impropio e imaginario. En el paciente psicótico no existe esa sensación; vive lo que siente no como imaginario, sino que para él la situación de impropiedad es real. Todas las transferencias están al servicio de la curación del paciente, pero con frecuencia se convierten en resistencias al tratamiento. Las transferencias eróticas se prestan especialmente para esto, al igual que la transferencia agresivizada.

El cuidado que el psicoanalista debe tener en cuanto al manejo técnico de la transferencia implica no sólo tener presentes la edad, el sexo, la raza y la posición social del paciente, sino que lo primordial consiste en no participar en su juego transferencial.

Transferencia es tener pulsiones, sensaciones, actitudes, fantasías y defensas (Greenson, 1999) respecto de una persona actual que no le corresponden, pues son una repetición de reacciones formadas en relación con personas importantes de la primera infancia y desplazadas inconscientemente a figuras actuales. Las dos características sobresalientes de una reacción de transferencia son: la repetición y la transferencia.

La repetición y la impropiedad

Características de la transferencia:

1. *Es inconsciente* aunque algún aspecto de la relación pueda ser consciente.
2. *La impropiedad* es un indicador importante de transferencia y señala que la reacción probablemente tiene que ver con un objeto del pasado.

3. *La intensidad*, pues en general las reacciones emocionales intensas denotan transferencia. También la ausencia de reacciones (sentimientos, pensamientos y fantasías hacia el analista) es un indicio de transferencia, igual a la resistencia de transferencia.
4. *La ambivalencia*, coexistencia de sentimientos contrapuestos es también un indicador (se pueden desplazar los sentimientos hostiles hacia otra persona).
5. *Los caprichos*, ya que la transferencia incluye sentimientos inconstantes, erráticos y caprichosos, igual a una reacción de transferencia flotante.
6. *La tenacidad*, reacciones prolongadas y rígidas no espontáneas (aparecen en fases posteriores) que no ceden fácilmente a la interpretación. Ésta se debe tanto a una defensa inconsciente como a una satisfacción instintual.

El analista brinda al paciente la oportunidad de trabajar la distorsión transferencial, al no suministrarle una retroalimentación sobre la realidad y corrige su falsa percepción y al mismo tiempo se niega a aceptar el rol que el paciente le impone en la transferencia, con lo cual permite la exploración de los factores irracionales que la han predeterminado.

Es esencial distinguir entre la transferencia y la tendencia general de un individuo a repetir en el presente sus relaciones del pasado, como por ejemplo los rasgos de carácter persistentes.

Actualmente hay una tendencia a dar mayor importancia a la exteriorización de relaciones objétales del presente, igual a la identificación proyectiva, y forman parte de la transferencia, al igual que la alianza terapéutica.

Transferencia y neurosis de transferencia: En análisis, la transferencia se convierte en un fenómeno regresivo cuya máxima expresión es la neurosis de transferencia, a la que se debe dar un sentido curativo.

LA TRANSFERENCIA Y LA CONTRATRANSFERENCIA

Estas transferencias pueden ser:

- a)* Positivas: amor, esperanza, confianza, agrado y satisfacción.
- b)* Negativas: odio, desamor, desagrado, envidia y celos.
- c)* Neuróticas: El paciente entiende implícitamente que lo que siente hacia el analista es impropio e imaginario.
- d)* Psicóticas: Vive lo que siente como real y propio.

La transferencia es un elemento al servicio de la cura y que con frecuencia se convierte en resistencia al tratamiento; por ejemplo la transferencia erótica y agresivizada.

¿Qué es la transferencia?

La transferencia es considerada como un tipo especial de interacción con el psicoterapeuta; es un modo característico de relación de objeto (objeto significa una persona o cosa psíquicamente significativa) y se diferencia de otras relaciones, en que los sentimientos que se tienen hacia el analista no le corresponden y casi siempre se refieren a una figura del pasado. La transferencia viene a ser una repetición, una reedición de una relación interpersonal antigua. Es un fenómeno inconsciente que implica un error cronológico y un desplazamiento (González Núñez, 1992). Se está sintiendo, aquí y ahora, con el psicoterapeuta, lo que se sintió, en el ayer y entonces, hacia otra persona significativa del pasado. La transferencia se produce en la situación analítica y fuera de ella.

TEORÍA Y TÉCNICA DE LA PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA

Transferencia

<i>Cosme a los 5 años sentía hacia su padre</i>		<i>Cosme a los 35 años siente hacia su terapeuta</i>
cariño	coraje	admiración
admiración	injusticia porque prefería a su hermano mayor	que lo hace menos
protección	que lo hacía menos	coraje porque tiene pacientes mejores que él
ayuda		

Transferencia

<i>Cosme a los 5 años sentía hacia su madre</i>		<i>Cosme a los 35 años siente hacia su terapeuta</i>
amor	frustración	que lo apoya
cariño	engaño	cariño
que lo defendía	desconfianza	que lo hace sentir incapaz
que lo apoyaba	le hacía sentir que era incapaz	desconfianza

La contratransferencia desde el punto de vista psicoanalítico

Desde el punto de vista psicoanalítico, la contratransferencia es una distorsión inconsciente que se caracteriza por ser una relación de objeto específica. Consiste en proyectar sobre el paciente sentimientos que no le corresponden, sentimientos que en realidad el analista sintió hacia otras personas en el pasado, y ahora son transferidos hacia el paciente. Tal distorsión inconsciente se caracteriza por ser una repetición del pasado (Kemper, 1972), una reedición de una antigua relación de objeto, un anacronismo, un error cronológico (Greenson, 1999).

Freud (1910/1949a) fue el primero en utilizar el término contratransferencia en el sentido de distorsión.

Hemos llegado a ser conscientes de la contratransferencia que surge en el psicoanalista, como resultado de la influencia del paciente (persona del presente) sobre sus sentimientos inconscientes (sentimientos del pasado), y estamos casi inclinados a insistir en que debe reconocer esta contratransferencia en sí mismo y superarla; ningún psicoanalista va más allá de lo que permiten sus propios complejos y resistencias internas.

Se recomienda a los futuros psicoanalistas (Sandler, 1986) primero su propio tratamiento, luego el autoanálisis, y, finalmente, un reanálisis cada 5 años, con el fin de que esta distorsión sea superada.

Para Etchegoyen (1986) lo que justifica que se discriminen transferencia y contratransferencia es el encuadre, ya que éste ordena los fenómenos para que el paciente desarrolle su transferencia y el analista lo acompañe, resonando a partir de lo que inicialmente es el paciente; es decir, el encuadre opera como una referencia contextual que permite que se dé este juego de transferencia-contratransferencia.

La capacidad del analista de tomar contacto con las proyecciones de sus pacientes y hacerlas conscientes es equiparada por Bion (citado en Toma y Kachele, 1989) a la capacidad de *rêverie* (ensueño) de la madre como órgano receptor de las autosensaciones del niño.

La contratransferencia puede verse a través de algunos aspectos que comprenden la relación de objeto. Puede tomar la forma de sentimientos, pulsiones, deseos, temores, fantasías, actitudes, ideas o defensas (Greenson, 1999).

Respecto de las manifestaciones clínicas de la contratransferencia, Menninger (1974) dice: “Vale la pena reseñar ciertas maneras comunes —cognoscitivas, afectivas y del comportamiento— en que la contratransferencia hace su aparición”, es decir, que se convierten en interferencia por el valor didáctico que tienen. He aquí algunas que observamos en diversos momentos a través de análisis particulares, supervisiones y seminarios; es probable que la mayoría de psicoterapeutas psicoanalíticos y psicoanalistas hayan incurrido en alguna de ellas:

- a) Incapacidad de comprender determinados tipos de material que atañen a problemas personales del psicoanalista.
- b) Sensación de depresión o incomodidad durante o después de las sesiones psicoanalíticas con ciertos pacientes.
- c) Descuido en lo concerniente a lo convenido: olvidar la cita del paciente, llegar tarde, permitir que se exceda el tiempo de la sesión sin ningún motivo especial.
- d) Somnolencia persistente del psicoanalista durante la sesión.
- e) Excesiva o escasa asiduidad en los arreglos financieros con el paciente; por ejemplo, dejarlo incurrir en considerable deuda sin analizarla, o tratar de *ayudarlo* a conseguir un crédito.
- f) Experimentar reiteradamente sentimientos eróticos o afectivos hacia su paciente.

- g) Permitir y hasta fomentar la resistencia en forma de actuación.
- h) Utilizar recursos narcisistas en busca de seguridad, como tratar de impresionar al paciente de diversas maneras, o de impresionar a los colegas sobre la importancia del paciente que uno tiene.
- i) Cultivar la continua dependencia del paciente de diversas maneras, en especial con expresiones tranquilizadoras innecesarias.
- j) Afán de hacer chismes profesionales respecto a un paciente.
- k) Mordacidad sádica e innecesaria en la formulación de comentarios e interpretaciones, y también lo contrario.
- l) Creer que el paciente tiene que curarse para fomentar la reputación y el prestigio del psicoanalista.
- m) *Mimar el caso*, es decir, tener demasiado miedo a perder al paciente.
- n) Derivar una satisfacción consciente de los elogios, el aprecio, las manifestaciones de afecto y otras actitudes similares del paciente.
- o) Perturbarse por los persistentes reproches y acusaciones del paciente.
- p) Discutir con el paciente.
- q) Seguridad prematura de que el paciente no tendrá ansiedad, o, dicho con mayor precisión, incapacidad de calibrar el grado de frustración óptimo.
- r) Tratar de ayudar al paciente fuera del psicoanálisis, por ejemplo, hacer ciertos arreglos financieros o de vivienda.
- s) Tendencia compulsiva a *machacar* ciertos puntos.
- t) Pulsiones recurrentes de pedir favores al paciente.
- u) Súbito aumento o disminución de interés en un determinado caso.

Dentro del ámbito del Instituto de Investigación en Psicología Clínica y Social se han observado en los supervisores distorsiones como olvidar el material del paciente, dificultades para asociar la sesión con la técnica, retrasos a la supervisión y, en algún caso, confundir al supervisor con el paciente.

Otra manifestación clínica de la contratransferencia es la angustia del psicoterapeuta (Racker, 1991) que se produce debido a que percibe las resistencias de su paciente y las considera un peligro para sus metas terapéuticas.

La angustia puede provocar tensión en el psicoterapeuta y es una advertencia inconsciente de un peligro interno. Racker (1991) dice: “El peligro puede ser frustrado por un objeto interno propio, por el propio masoquismo o por las propias contrarresistencias”.

Contrarresistencia: Rechazo subjetivo del analista, es decir una resistencia del psicoterapeuta que se opone a la interpretación. Identificación del analista con resistencias del analizado. La contrarresistencia a dar una interpretación señala que la comprensión contenida en ella es aún incompleta. El camino para superar las contrarresistencias está en buscar y encontrar la causa de la resistencia del analizado, de la que el analista se hizo eco en su contrarresistencia. Es la resistencia del psicoterapeuta a interpretar la resistencia del paciente.

Hasta aquí hemos considerado a la contratransferencia como una fuente de error que puede interferir en el tratamiento psicoanalítico de cualquier paciente, debido a que esta posición básica del analista, frente a su analizado, produce fuertes escotomas que no le permiten actuar con libertad, terapéuticamente hablando, pues está ligado de manera inconsciente a su pasado, a las características neuróticas o psicóticas actuales de su personalidad y a su propia compulsión a la repetición. Este aspecto de la contratransferencia

nunca es olvidado en los *entrenamientos*, por lo regular de 4 años de duración, para psicoterapeutas psicoanalíticos, en los que se exige, para su formación como terapeutas psicoanalíticos, su propio tratamiento de un mínimo de duración igual al que dura el entrenamiento (3 o 4 veces por semana), además de un número igual de años de supervisión. El entrenamiento del psicoterapeuta psicoanalítico se vuelve, así, prácticamente artesanal, pero capacita al futuro psicoterapeuta para resolver la mayoría de los problemas que representa la contratrtransferencia. Sin embargo, también en esta posición básica (Racker, 1991), en esta totalidad de sentimientos y actitudes del psicoterapeuta hacia su paciente (Kemper, 1972), se capta al paciente a través de la percepción de la propia sensación disciplinada. Nosotros mismos como psicoterapeutas podemos percibir cierta tensión cuando un paciente se pone en contacto con nosotros a través de aquella parte del Yo o del objeto internalizado que se opone a una relación libidinal. La percepción de la psicodinamia del paciente se hace a través del Yo del psicoterapeuta, consciente o inconscientemente, al sentir y captar una contratrtransferencia positiva, negativa o ambivalente del paciente.

El psicoterapeuta percibe las características del paciente debido a que éste, con su propia transferencia y con todos los elementos de su personalidad, intenta producir cambios sintónicos en su Yo que le permitan, a la vez, repetir sus propias características, neurosis, psicosis, tendencias, etc. La personalidad del paciente se mueve; él intenta producir con toda su psicodinamia y energía, un cambio en el psicoterapeuta para que sus objetos externos se fundan y se sintonicen con sus objetos internos. Así, el paciente intenta intensamente, una y otra vez, que el psicoterapeuta se convierta en esa figura generada en su infancia que le permita justificar su actual conducta. Otro tipo de contratrtransferencia es la *indirecta* (Racker, 1991), la cual consiste en cualquier respuesta emocional del psicoterapeuta ante terceros, que de alguna manera tienen cierta influencia

sobre el tratamiento de un determinado paciente; por ejemplo, los efectos que tiene el supervisor sobre el psicoterapeuta en formación.

Dentro de la psicoterapia de pareja, Padilla y Gómez (1992) mencionan que la respuesta contratransferencial debe considerarse como diferente a la de la terapia individual, dado que es una relación tripersonal y que probablemente tanto la transferencia como la contratransferencia provoquen más resonancia en el terapeuta, así pues un psicoterapeuta que logra relacionarse con su familia en forma satisfactoria tiene mayores probabilidades de ser más competente en el tratamiento de parejas.

Es posible también discriminar entre reacciones contratransferenciales *permanentes* y reacciones contratransferenciales *agudas* (Reich, 1987). Las primeras se definen como los efectos de un problema caracterológico del psicoterapeuta, y las segundas, como los efectos de las diferentes manifestaciones de la transferencia del paciente. En este sentido, las primeras son, por lo general, inconscientes y se convierten en *puntos ciegos* que dan lugar a errores psicoterapéuticos, y las segundas se originan de la interacción entre el paciente y el psicoterapeuta, y producen en él una captación del paciente. Sin embargo, para lograr esto, se produce la *regresión controlada* mediante la atención del psicoterapeuta, la cual permite a los objetos internalizados del paciente entrar en contacto con los objetos internalizados del psicoterapeuta. Esta situación tiene finalmente una solución consciente, dado que la regresión que vive el psicoterapeuta está controlada.

Se distinguen claramente las mismas dos concepciones (Kemberg, 1998) acerca de la contratransferencia. La primera es llamada *concepción clásica*, y la segunda, *concepción totalística*. La primera queda descrita como la reacción inconsciente del psicoterapeuta ante la transferencia del paciente. La segunda se define como la situación psicoterapéutica, o proceso de interacción entre

el paciente y el terapeuta, en el cual el pasado y el presente de los participantes, así como las reacciones de ambos, forman una unidad que los fusiona en una situación emocional que es igualmente válida para ambos. Dentro de esta posición totalista, que tiene tantos puntos criticables, tantos como la posición clásica, destacamos la captación que el psicoterapeuta hace de su paciente, la cual se vuelve un instrumento psicoterapéutico o de diagnóstico (González Núñez, 1981). La contratransferencia, como instrumento terapéutico, consiste en la posibilidad de retroalimentar al paciente acerca de su problemática y poner esta captación a su servicio, a través de confrontaciones, clarificaciones e interpretaciones. A través de su propia psicoterapia y de la supervisión, el terapeuta psicoanalítico localiza aquellos puntos de su personalidad capaces de impedir el proceso terapéutico e imposibilitar la captación de la transferencia del paciente, la cual será más o menos profunda, dependiendo de la forma en que el psicoterapeuta haga sus interpretaciones y del tiempo que dedique a hacerlas.

Las captaciones pueden ser cortas o largas, rígidas o elásticas, pueden preparar al paciente o pueden ser sorpresivas, dependiendo de la captación que hace el psicoterapeuta de su paciente a través de la transferencia. De este modo, la contratransferencia se vuelve un proceso diagnóstico que permite trabajar con más precisión.

Durante el proceso psicoterapéutico el paciente intenta una y otra vez lograr su propósito, es decir, que el psicoterapeuta repita contratransferencialmente lo que él demanda, ya sea en forma complementaria o concordante (Racker, 1991). Los pacientes que han sufrido abandonos son personas que no pueden controlarse, principalmente aquellos abandonados por el padre. Éstos están llenos de coraje; cuando se encuentran en un estado depresivo muestran gran debilidad, pero en cuanto se recuperan se vuelven agresivos en exceso con quienes los rodean. Podríamos decir que, aplicando la *ley del talión*, intentan que el psicoterapeuta se vuelva tan incapaz

de ayudarlos como lo fueron sus progenitores, y en esa forma intentan cobrar venganza de todo lo que sufrieron durante su infancia. El terapeuta tiene que luchar una y otra vez para no ser encajonado en ese papel de incapacidad; tiene que luchar para no agredir al paciente, ya sea a través de la clara agresión o de cualquier otra forma, como la seducción, la ironía (para lo cual es experto el paciente abandonado por el padre), el cambio de hora de la sesión, la inasistencia a la sesión, etcétera.

Historia

Es mérito de Freud (1910/1981 *c*) haber definido la relación analítica no solamente desde la perspectiva del paciente sino también del analista, es decir, como una relación “bipersonal”, recíproca, de transferencia y contratransferencia. Sin embargo, Freud (1910/1981*c*) menciona la contratransferencia como un obstáculo que debe ser removido. La experiencia dice que nadie puede ir más allá de sus conflictos o complejos personales. Por norma general el conocimiento de la contratransferencia y su solución es un requisito indispensable para ser analista. Esta concepción de Freud (*op. cit.*) continuó vigente durante la primera mitad de este siglo.

Inicialmente, la contratransferencia fue considerada como una especie de resistencia del psicoanalista hacia su paciente y que obstruía su empeño para comprender al mismo.

Esta concepción comenzó a sufrir cambios con los aportes de Heinmann (1962), Reich (1987) y Raker (1991). Reich (1987) fue el primero en postular que la mejor forma de captar el material del analizado es a través de la intuición ofrecida por nuestro inconsciente. El analista debe atender a los conocimientos promovidos por su propio inconsciente. Fue Raker quién logró unificar el concepto de contratransferencia con el de intuición de Reich, y señaló

LA TRANSFERENCIA Y LA CONTRATRANSFERENCIA

que la intuición no se puede separar al de contratrtransferencia, pues es esta conjunción la que da lugar al descubrimiento. Tanto Raker como Heinmann puntualizaron que la contratrtransferencia es un instrumento muy útil en la cura dentro del proceso analítico.

Así el término adquirió un sentido más amplio cuando se le comenzó a ver como un fenómeno importante para que el analista comprendiese el significado oculto del material del paciente, mediante la inspección de sus propios sentimientos y asociaciones mientras escucha.

A través del tiempo, la contratrtransferencia calificada inicialmente como un escotoma, o punto ciego del psicoterapeuta, se transforma en un nuevo órgano de percepción que da al analista más fortaleza y más confianza al permitirle transformar una pulsión en una sublimación y una debilidad en una fortaleza (González Núñez, 1992).

La contratrtransferencia es una reacción emocional del psicoterapeuta, es lo que siente hacia sus pacientes como producto de su historia, complejos, cultura, aparato psíquico, etc., y también de lo que le hacen sentir objetivamente con su personalidad y su transferencia.

El término de contratrtransferencia se utiliza en psicoanálisis para describir la totalidad de sentimiento y actitudes del terapeuta hacia su paciente. Es un concepto que se encuentra profundamente enclavado en la teoría de las relaciones de objeto, dado que su característica esencial es la relación interpersonal a través de la relación psicoterapéutica.

Si bien, dentro de los límites del proceso terapéutico, el psicoterapeuta gira alrededor de su paciente, también es cierto que dentro de esos mismos límites, el paciente, a través de la transferencia, hace girar su vida alrededor del terapeuta. Es en ese sentido que la transferencia-contratrtransferencia se vuelve una unidad funcional que permite al terapeuta y al paciente, en el momento de la psico-

terapia, interdepender y, fuera de ella, mantener su propia autonomía (González Núñez, 1992).

La palabra *contratransferencia* puede indicar: *a)* una reacción transferencial del analista hacia su paciente; *b)* reacción que provoca en el analista la transferencia del paciente.

El término adquirió un sentido más amplio cuando se le comenzó a ver como un fenómeno importante para que el analista comprendiese el significado oculto del material del paciente, mediante la inspección de sus propios sentimientos y asociaciones mientras escucha. Así, la contratransferencia abarca todos los sentimientos que el analista experimenta hacia el paciente.

Heinmann (1962) fue la primera en proponer que la contratransferencia es una creación del paciente a través de su transferencia, que se pone al servicio de éste cuando el analista conserva los sentimientos que experimenta, y en lugar de descargarlos como el paciente en la transferencia, los subordina y los utiliza en su labor.

Todavía en 1960, Winicott definió la contratransferencia como los rasgos neuróticos del analista que echan a perder su actitud profesional y perturban el devenir del proceso psicoterapéutico en perjuicio del paciente.

Se llamó contraidentificación proyectiva (Grinberg, 1962) a las reacciones del analista ante sus propias respuestas contratransferenciales inconscientes, de esta manera se incluyen en el concepto las reacciones defensivas del analista contra los sentimientos que despierta el paciente.

Grinberg dividió las reacciones del analista en: *a)* comprensión intelectual, *b)* respuesta general ante el paciente como persona, *c)* la transferencia del analista, *d)* la contratransferencia, y *e)* la identificación empática.

Señaló la utilidad de la contratransferencia como instrumento diagnóstico. La base en que se fundamenta es en que el paciente crea, para sí mismo, una estructura de personalidad, un sabor psi-

cológico que transmite al psicoterapeuta, y este sabor psicológico es su diagnóstico (González Núñez, 1992).

Se explica que la empatía no debe ser vista como contratransferencia (Sandler, 1986), pues ésta es más bien una identificación y en este sentido sí es un requisito previo para el uso constructivo de la contratransferencia.

La contratransferencia es, por un lado, un vehículo para conocer los procesos inconscientes del paciente (traumas de etapas pre-verbales), pero también puede ser un obstáculo para la comprensión empática (Sandler, 1986).

La postura profesional que permite tomar distancia es la que puede salvar al analista de los procesos contratransferenciales no resueltos.

Identificación, resonancia y contratransferencia

Identificación

Es un proceso mediante el cual el Yo utiliza energía para poner en sí mismo aspectos deseados de los objetos externos. Es un proceso mediante el cual se ayuda al Yo a madurar, se ayuda a formar el Superyó y colabora también en la construcción del Ideal del Yo. Mediante el proceso de identificación, el Yo y Superyó emplean su energía tanto para frustrar como para canalizar las metas instintivas, pues los objetos de identificación que elegimos son los que para nosotros logran más éxito en la satisfacción de necesidades.

En la psicoterapia, el analista también responde con su propia personalidad y con sus propias identificaciones, así establece el devenir de la relación terapeuta-paciente, en la transferencia y la contratransferencia; a partir de las identificaciones de cada uno de los sujetos uno pasa a ser objeto del otro y viceversa.

El psicoterapeuta no está exento de identificarse con su paciente, de alguna forma por ello es muy importante investigar los procesos de identificación en el analista. Las identificaciones contra-transferenciales en este sentido deben ser secundarias (en ellas está implícito el proceso secundario). Cualquier identificación primaria o proyectiva será por definición patológica. En los psicoterapeutas, la identificación debe entenderse como un proceso normal de diferente intensidad, ya que éstos son personas integradas con muchas necesidades resueltas por su propio tratamiento y por su entrenamiento (González Núñez, 1989).

Identificación y contratransferencia:

Identificación por resonancia: Ésta es una identificación de tipo emocional y transitoria que es indispensable en toda relación de objeto estrecha, como dos instrumentos musicales distintos, pongamos por ejemplo que el piano y el violín tocan a la vez exactamente la misma nota. No influye sobre los rasgos predominantes del Yo ni sobre su sana orientación, esto permite que algún recuerdo infantil, tanto del terapeuta como del paciente tengan exactamente el mismo efecto emocional.

Identificación concordante: Se basa en la introyección y proyección o, en otros términos, la resonancia de lo externo en lo interno, en el reconocimiento de lo ajeno como propio. Según Raker (1991) es la identificación del Yo del analista con el Yo del paciente así como con otras partes de su personalidad.

Identificación complementaria: Son en las que el psicoterapeuta, en un esfuerzo por entender a su paciente, se identifica con los objetos internos del analizado. Raker (1991) explica este tipo de identificación como aquel que hace el analista con los objetos internos del analizado (Etchgoyen, 1986).

No es antiético que el psicoterapeuta se gratifique por resonancia, por proceso secundario, por principio de realidad, sus frustraciones

infantiles, adolescentes y residuales ante cualquier etapa del desarrollo de su paciente, siempre y cuando esta sensación de gratificación sea transmitida en alguna forma al paciente, el cual al ser retroalimentado positivamente también se beneficia en forma positiva.

Metapsicología de la contratransferencia

Según González Núñez (1986), la contratransferencia tiene los siguientes componentes metapsicológicos:

1. En el terapeuta existen pulsiones que tienden a expresarse tal vez, pulsiones domadas, pero pulsiones.
2. La relación psicoterapéutica se encuentra enmarcada dentro de una situación teórico-clínica de relaciones de objeto es claro que el paciente es objeto del psicoterapeuta, objeto sobre el que se va a poner, en primer lugar, una fantasía y una realidad de curación.

Hipótesis dinámica

La fuerza psicológica del análisis puede dirigirse a los pacientes de diferentes formas; el paciente puede representarle una relación de objeto con sus figuras primarias, en cuyo caso la contratransferencia no se manifiesta en la dirección adecuada sino más bien en la dirección psicodinámica del psicoterapeuta. La dirección de la contratransferencia debe estar dirigida hacia el objeto paciente en un marco racional y de juicio de realidad.

Hipótesis económica

El psicoterapeuta hará una inadecuada distribución de su energía si pone mayor esfuerzo en unos pacientes que en otros, o bien con un

mismo paciente dedica mayor energía a ciertos contenidos y no a otros. Trabajando dentro de un marco de juicio de realidad el psicoterapeuta podrá distribuir su energía adecuadamente para fortalecer así su reacción contratransferencial de una manera consciente. Dentro de un buen equilibrio contratransferencial, tanto las catexias y las contracatexias como la energía neutralizada del yo, cumplirán su función sublimatoria y reparadora.

Hipótesis estructural

Muchas reacciones contratransferenciales son reacciones propias de las pulsiones del Ello, otras del Superyó, y las más profesionales son las yoicas; dentro de las funciones del Yo que son más importantes para lograr que la contratransferencia sea realmente una fortaleza y no un obstáculo, destacan: prueba de realidad, regresión al servicio del Yo, tolerancia a la frustración, la fortaleza del Yo observador, el control de los impulsos y el manejo de los afectos.

Hipótesis genética

Las reacciones contratransferenciales pueden depender de fijaciones, ya sea orales, anales o fállicas. O se puede estar más predispuesto a ver y sentir con más claridad cierto tipo de contenidos de una etapa de fijación. La contratransferencia nacida de núcleos genitales y mecanismos sublimatorios del Yo, permite al psicoterapeuta trabajar contratransferencialmente libre de conflictos, de ansiedad, porque muchos conflictos pueden ser reavivados por el paciente. Además de colocar al psicoterapeuta en condiciones de apertura, y dispuesto a captar el mensaje transferencial que el paciente envía.

Hipótesis adaptativa

Un psicoterapeuta bien adaptado es aquel cuya productividad y habilidad para desempeñarse como terapeuta, le reportan suficientes suministros para disfrutar la vida y que su trabajo no altere su equilibrio mental. El análisis tiene que hacer una adaptación a cada paciente, en la que de preferencia debe predominar una adaptativa reacción contratransferencial, ya sea aloplástica o autoplástica, la que sea necesaria para que ayude a la modificación saludable del paciente. Sin embargo, se podría decir que debe predominar una reacción contratransferencial aloplástica, o sea aquella que ayuda a modificar saludablemente al paciente; el paciente es el medio externo del terapeuta, y la adaptación aloplástica le ayuda a cambiar al paciente, y no una adaptación autoplástica en la que el psicoterapeuta se adapte contratransferencialmente, dejando intacto al paciente.

Contratransferencia y *acting out*

Un psicoterapeuta que es responsable siempre está al pendiente de lo que transferencialmente el paciente intenta que él repita en la contratransferencia. Es su responsabilidad hacer consciente su contratransferencia y ponerla al servicio del paciente.

Acting out: Término utilizado en psicoanálisis para designar acciones que presentan casi siempre un carácter impulsivo relativamente aislable en el curso de sus actividades, en contraste relativo con los sistemas de motivación habituales del individuo, y que adoptan a menudo una forma de autoagresión. En el surgimiento del acting out el psicoanalista ve la señal de la emergencia de lo reprimido. Cuando aparece en el curso de un

análisis (ya sea durante la sesión o fuera de ella), el acting out debe comprenderse en su conexión con la transferencia y, a menudo, como una tentativa de desconocer radicalmente ésta. El término acting out se utiliza para describir modos habituales de acción y conducta, producto de la personalidad de cada individuo. Son la actuación inconsciente de una pulsión. Los acting out pueden ser agresivos o libidinales.

El *acting out* contratransferencial puede ser ya la expresión actuada de aspectos de la personalidad del terapeuta —que nada tiene que ver con el tratamiento de su paciente—, o conductas o acciones que repite como producto del proceso psicoterapéutico.

La actuación contratransferencial agresiva siempre resulta más dañina para el paciente, el psicoterapeuta, y el proceso terapéutico, que la actuación erótica, dado que aquella siempre ataca al Yo, mientras que la erótica, sin que sea deseable en alguna forma, gratifica tanto al narcisismo del paciente como al del psicoterapeuta. En ésta el principal daño consiste en que deja en el paciente una gran fuerza omnipotente por haber derrotado al psicoterapeuta y fortalecido la resistencia. El *acting out* agresivo, por su parte, condiciona al paciente a someterse y a peligrar permanentemente como agredido y víctima, o bien lo lleva a identificarse con el agresor y ser permanentemente un agresor insatisfecho.

Reparación y sublimación en psicoterapia

El paciente, sea cual fuere su diagnóstico, tiene la sensación de que ha destruido o de que sufrió destrucción ya sea interna o externamente. La intención de reparar hace progresar la integración del Yo, junto con la capacidad de identificación. Así, al restaurar a sus objetos, se crece y se restaura a sí mismo, acrecentándose su confianza y autoaprecio.

LA TRANSFERENCIA Y LA CONTRATRANSFERENCIA

La transferencia y la contratransferencia es un tipo de relación de objeto matizado de todas las características que conceptúan las relaciones de objeto, pero el analista, con su yo observador y un inconsciente disciplinado, desea conseguir la verdadera neutralidad reparatoria que le permita a su paciente sublimar y reparar. Para ello es necesario que posea en sí mismo una fuerte capacidad de reparar. Al reparar a sus pacientes inconscientemente se repara a sí mismo y a sus propios objetos.

Se necesita del *insight* del psicoterapeuta sobre sí mismo y sobre la situación psicoterapéutica para llegar a la contratransferencia consciente y disciplinada. Como instrumento psicoterapéutico, la contratransferencia contiene la posibilidad de retroalimentar al paciente acerca de su problemática poniendo esta comprensión a su disposición y ayuda a través de confrontaciones, clarificaciones e interpretaciones o cualquier otra intervención ya sea verbal o preverbal.

¿Qué es la contratransferencia?

La contratransferencia es considerada como un tipo especial de interacción con el analizado; es un modo característico de relación de objeto (objeto significa una persona o cosa psíquicamente significativa) y se diferencia de otras relaciones en que los sentimientos que se tienen hacia el paciente no le corresponden, casi siempre se refieren a una figura del pasado. La contratransferencia viene a ser una repetición, una reedición de una relación interpersonal antigua. Es un fenómeno inconsciente que implica un error cronológico y un desplazamiento (González Núñez, 1992). Se está sintiendo, aquí y ahora, con el analizado, lo que se sintió, en el ayer y entonces, hacia otra persona significativa del pasado.

Contratransferencia

El terapeuta a los 5 años sentía que su padre lo usaba como pieza de ajedrez, para su conveniencia.	El paciente quiere que el terapeuta lo vea como una persona desvalida.	En la situación actual terepéutica, el analista siente que el paciente lo quiere usar como pieza de ajedrez y siente al paciente como desvalido.

Clasificaciones de la transferencia-contratransferencia

Tanto la transferencia como la contratransferencia pueden ser:

1. Normal. Cuando en alguno de los niveles estructurales se reconoce que se ponen sentimientos del pasado en el otro, pero se acepta el sentimiento y al otro como real.
2. Neurótica. Cuando el que tiene los sentimientos, fantasías, actitudes, alcanza a reconocer “como si” el otro fuera su papá, su mamá, su hermano o cualquier otra persona importante del pasado.
3. Psicótica. Cuando el que transfiere-contratransfiere no reconoce la realidad y el otro se vuelve no “como si” sino que es su padre, su madre, su hermano, etcétera.
4. Erotizada. Cuando el que transfiere-contratransfiere toma como objeto de su sexualidad al otro, siendo que corresponde esto a una figura del pasado.
5. Agresivizada. Cuando el que transfiere-contratransfiere toma como objeto de su agresión al otro, siendo que corresponde esto a una figura del pasado.

Características de la transferencia-contratransferencia

Greenson (1999) señala las siguientes características de la transferencia, pero también se pueden aplicar a la contratransferencia.

1. La impropiedad. Cuando una persona responde de forma inadecuada a una situación, es un signo de que lo que está desencadenando la acción no es una persona real.
2. La intensidad. Por lo general una reacción emocional intensa de odio o de amor, o bien, de temor, indica que existe una transferencia.
3. La ambivalencia. Todas las reacciones transferenciales se caracterizan porque existen sentimientos opuestos; uno de los dos sentimientos contrapuestos está por lo general en el inconsciente.
4. Los caprichos. La transferencia-contratransferencia suele ser inconstante, cambiable y caprichosa.
5. La tenacidad. Las personas adquieren cierta gama de sentimientos, actitudes y formas de reaccionar que son resistentes al cambio.

Es importante señalar que existen reacciones de transferencia-contratransferencia (Reich, 1987) permanentes y agudas. Las primeras son caracteriales, las segundas son consecuencia de las situaciones específicas del proceso de tratamiento.

XXII

Las intervenciones terapéuticas

La formulación de una intervención requiere de varios factores, algunos de ellos son: conocimientos, entrenamiento, supervisión, experiencias, habilidades como empatía e intuición. Por otro lado el orden y la formulación de intervenciones verbales, el tiempo pertinente en que se hacen (*timing*), las palabras que se utilizan y todas las comunicaciones no verbales que acompañan, pertenecen al estilo de cada analista, y en ellas existe mucho del estilo artístico y contiene muchas características personales.

El paciente llega al consultorio con material que consiste en producciones verbales y no verbales; y las intervenciones terapéuticas son las respuestas del psicoterapeuta ante este material (Velasco, 1996) que se expresa en forma verbal y de manera terapéutica. Los silencios son intervenciones no verbales y tienen también mucha importancia porque transmiten al paciente distintos mensajes, entre otros, una sensación de comprensión.

Existen varios tipos de intervenciones verbales:

1. Preguntar: Preguntar permite dirigirse a los puntos confusos del material para llegar a hacerlos claros. Las preguntas tie-

nen que ser neutrales, no de averiguación, y respetando al paciente, si acaso pueden ser exploratorias. El terapeuta no debe buscar hacer preguntas inteligentes, una pregunta inteligente es una pregunta pertinente y no una pregunta en la que se luzca la inteligencia o la habilidad narcisista del terapeuta para hacer preguntas. La frecuencia de las preguntas tiene que dar espacio y esperar a que el paciente conteste y se tome su tiempo. Deben ser breves, claras y directas, y elegir el aspecto sobre el que se quiere poner atención.

2. Informar: Éste es otro tipo de apoyo que tiene un lugar predominante en la psicoterapia de apoyo para brindar sostén rápido y concreto a aquellos pacientes que necesitan un equilibrio emocional tan rápidamente como sea posible, minimizando o eliminando los síntomas. Estas informaciones también tienen que ver con el encuadre, honorarios, cambios de horario, cancelaciones, vacaciones, etc. A medida que nos acercamos a la psicoterapia psicoanalítica la actividad de informar disminuye. La información que se le da al paciente no debe ser excesiva, ni utilizar términos técnicos, debe realizarse en un lenguaje coloquial y al alcance del paciente.
3. Reflejar: Es una tarea fundamental de cualquier psicoterapia poder comunicar al paciente lo que se observa, lo que se siente. Pueden aludir al paciente o a la intervención entre ambos y hacen que el analista funcione como un punto de realidad. También estas intervenciones van dirigidas a sostener las intervenciones de apoyo, en las que se le ayuda al paciente a identificar sus propios sentimientos. El analista debe observar la comunicación no verbal del paciente para ver si está en consonancia o discordancia con lo que relata. El psicoterapeuta no es un vidrio revestido de nitrato de plata, el psicoterapeuta es un espejo humano que trata de refle-

jar, dentro de la objetividad posible, la subjetividad del paciente.

4. **Recapitular:** Esta intervención se utiliza principalmente en las psicoterapias dinámicas breves, con tiempo limitado. Son útiles en periodos de crisis, ya que hacer una recapitulación proporciona una estructura y apoyo provisional, y permite al paciente establecer relaciones de causa-efecto, lo cual favorece su capacidad de juicio.
5. **Establecer conexiones:** Esto va dirigido a que el paciente aprenda a conectar sus afectos con el material, su vida infantil con su conducta actual, o *insights* de otras sesiones, ya que también favorecen el pacto psicoterapéutico con el paciente. Esto permite al paciente establecer conexiones entre el presente y el pasado, entre lo infantil y lo adulto, y establecer conexiones en cuanto al origen de sus problemas, quedándole claro la conexión que hay en su conducta repetitiva para poder así promover el cambio y planear el futuro.
6. **Sugerir:** Las sugerencias corresponden a las técnicas de apoyo y pueden ser el inicio para luego provocar *insight*. Sin embargo es mejor restringir las sugerencias o puntos de vista personales. La sugerencia lleva a la sugestión. Los poderes peculiares conferidos al terapeuta por el paciente hacen que este último se atenga a las sugerencias con una gran persistencia. Sin embargo el porcentaje de recaídas en pacientes cuyos síntomas han sido eliminados mediante sugestión, es elevado, ya que las oportunidades de ayudar al paciente de manera permanente son cuando se trabaja con una terapia que trata el origen del problema, sin descuidar sus manifestaciones. Pudiera ser que un cambio interno produzca un cambio conductual, que es lo que más frecuentemente buscamos, que el paciente tenga control y conexión dentro de su propia personalidad, pero también, en ocasiones un cambio exter-

no; una adaptación aloplástica promueve un cambio interno. Sugerir y sugestionar son técnicas que tienen efecto efímero, esto es, no tienen efecto permanente, menos aún si el paciente no es sugestionable.

Intervenciones terapéuticas en la psicoterapia psicoanalítica

La psicoterapia psicoanalítica se podría definir como el proceso mediante el cual los sentimientos, pensamientos y necesidades inconscientes se hacen conscientes, a través de las diferentes técnicas que el terapeuta emplea en el comportamiento del paciente.

Los métodos empleados para llevar el material inconsciente a la conciencia fueron originalmente desarrollados por Freud. Éstos incluyen técnicas tales como la asociación libre, la interpretación de sueños y el análisis de transferencia; así como el uso de la interpretación de las resistencias y de las relaciones con el terapeuta para obtener los contenidos del material inconsciente; además de una comprensión de los determinantes epigenéticos de la personalidad individual y de la relación de éstos con su actual personalidad.

Es necesario realizar una evaluación diagnóstica de los recursos de la personalidad del paciente para determinar su disponibilidad para una terapia larga e intensa, su nivel de motivación, su relativa integración, su habilidad intelectual y verbal, así como la capacidad para cubrir el costo del tratamiento. A esta terapia se le asocia con el término “intensivo”, ya que al paciente se le cita dos o más veces por semana porque es a largo plazo.

El término de “resistencia” proviene de las publicaciones psicoanalíticas de Freud (1895/1981), quien la considera como cualquier manifestación del paciente en oposición a los intentos del analista de influir en él. Freud descubrió el método de la asocia-

ción libre, y dentro de esta situación, definió la resistencia como la forma en que el paciente no sigue la regla fundamental. Así la resistencia es el obstáculo para el esclarecimiento de los síntomas y para el avance del tratamiento.

Técnica para el análisis de las resistencias

Greenson (1999) sugiere cuatro pasos en el análisis de las resistencias: *a)* aclaración, *b)* confrontación, *c)* interpretación, y *d)* traslaboración.

La aclaración y la confrontación anteceden a la interpretación, pues el paciente necesita primero verse frente a su resistencia y que se enfoquen éstas con exactitud. “Interpretar” significa hacer consciente un acontecimiento psíquico inconsciente o preconsciente. La traslaboración es la repetición y la elaboración de interpretaciones que llevan al paciente del *insight* inicial de un fenómeno particular a un cambio duradero en su comportamiento.

Aclaración: Es la intervención verbal no esperada por el paciente, que puede ser sorpresiva, mediante la cual se capta en ese momento la conducta del paciente y que pretende organizar todas las partes del material verbal y a veces no verbal que ha proporcionado el paciente y que resulta incompleto o confuso. Esta intervención es el primer paso a nivel congnotivo del discurso del paciente. Se discute en una forma no cuestionadora para descubrir el grado de entendimiento o confusión respecto a lo que permanece poco claro.

Confrontación: Intervención que dirige la atención del paciente hacia situaciones, pensamientos, relaciones o afectos escindidos. Señala también los aspectos de la interacción que parecen

indicar un funcionamiento conflictivo y, por tanto, la presencia de operaciones defensivas, representaciones contradictorias del self y de los objetos, además de una reducida conciencia de realidad. Es explicar al paciente la cadena secuencial de su vivencia y además que la aclare para sí mismo. En esta forma captura el proceso personal y promueve el cambio.

Interpretación: Traducción, deducción, por medio de la investigación analítica, del sentido latente existente en las manifestaciones verbales y de comportamiento de un sujeto. La interpretación saca a la luz las modalidades del conflicto defensivo y apunta, en último término, al deseo que se formula en toda producción del inconsciente. Es una comunicación que se le hace al sujeto con miras a hacerle accesible este sentido latente, según las reglas impuestas por la dirección y la evolución de la cura.

Translaboración: Es el trabajo psicológico que se hace después de obtenido un insight y que conduce a un cambio estable de comportamiento o actitud. Consta de procesos como la utilización y la asimilación del insight y la reorientación. Es el proceso mediante el cual el paciente, a partir de una aclaración, una confrontación, una interpretación, inicia un trabajo terapéutico que redunde en el cambio. El proceso de traslaboración termina con el insight o con el cambio.

El reconocimiento de la resistencia debe anteceder a los pasos ya descritos. Hacerlo es sencillo, excepto cuando la resistencia es sutil, compleja, vaga o egosintónica para el paciente. Un buen indicio es el cese de las asociaciones libres.

En cuanto a la confrontación o manifestación de la resistencia, nuestra tarea es lograr que el paciente entienda que está resistiéndose, ¿por qué se resiste, a qué se resiste y cómo se resiste? Debe

emprenderse sólo cuando hay posibilidades de que sea significativa para el paciente y cuando éste no logre negarla o minimizarla. Ahora bien, con el fin de incrementar la demostrabilidad de una resistencia, es aconsejable dejar que se desarrolle. Para ello, el silencio puede ser el mejor método. Otro modo de incrementar la resistencia para demostrarla es pedir al paciente mayores detalles en tomo al punto resistente. Además, para ayudar al paciente a reconocer la resistencia, se le señalan todas las pruebas clínicas. En todo caso, sólo a un Yo razonable se le puede demostrar algo; por tanto, hay que esperar a que aparezca un Yo razonable o a que las pruebas sean tan abrumadoras que el Yo menos razonable tenga que aceptarlas. La aclaración de la resistencia se dirige hacia el motivo y hacia los medios de la resistencia. El motivo de la resistencia responde a la pregunta: ¿por qué y de qué huye el paciente? Los medios de la resistencia responden a la pregunta: ¿cómo huye el paciente? Primero se aclara el motivo de la resistencia por ser esto más productivo; pero si el medio de la resistencia es notable o insólito, entonces se comienza por él.

El por qué se resiste un paciente nos conduce normalmente hacia algún afecto doloroso que él está tratando de evitar: angustia, sentimiento de soledad, vergüenza, depresión, o alguna combinación de ellas: al esclarecer el afecto doloroso específico y los recuerdos asociados con él, las palabras del analista deben ser apropiadas en tiempo, cantidad, calidad y tono. Luego se trata de hacer la conexión entre la pulsión que causa el afecto, si es que se presenta en el análisis.

Conocido el motivo de la resistencia, se explora el método que utiliza el paciente en su resistencia. Si la resistencia es demostrable y clara, se pueden interpretar los determinantes inconscientes, o sea, se tratan de descubrir las pulsiones ocultas, las fantasías o los recuerdos responsables de la resistencia. Se busca conocer el contenido de la resistencia, lo cual aclarará el afecto. Se comienza con

el material disponible y se busca lo que falta, partiendo de lo conocido hacia lo desconocido. En esta primera parte interpretativa se trabaja con el motivo de la resistencia. En algunas ocasiones el método o modo de la resistencia ofrece un mejor camino para la investigación. Si el modo de la resistencia es constante, estamos frente a un rasgo de carácter. Entonces el procedimiento a seguir es el siguiente: primero es necesario lograr que el paciente reconozca que un determinado tipo de comportamiento es una resistencia. Esto depende de qué tan egosintónica le resulte su conducta y del grado de la alianza de trabajo que se haya establecido con él. En cuanto a la egosintonía de su conducta resistencial, cuanto más coherente, adaptativa y feliz le parece al paciente más difícil será persuadirlo de que esa actividad es una resistencia. La situación es aún más difícil cuando los factores de la realidad se mezclan con las resistencias inconscientes del paciente. Siempre que los factores de la realidad componen una resistencia, hay que reconocerlos debidamente.

Una vez reconocida la resistencia, la siguiente tarea del analista consiste en aclarar o clarificar aquello que, en la vida del paciente, le hizo adoptar ese modo de resistencia.

Reglas técnicas relativas al tratamiento de la resistencia

Por lo general, hay que analizar la resistencia antes que el contenido, el Yo antes que el Ello, y empezar por la superficie. En efecto, no tiene caso descubrir lo reprimido para que vuelva a chocar contra las mismas fuerzas defensivas que lo reprimieron con anterioridad. Primero debe producirse un cambio en la entidad resistente. Estructuralmente, nuestro objetivo es permitir que el Yo se las arregle mejor con el Ello, el Superyó y el mundo exterior.

Normalmente el paciente determina el tema de la sesión. En efecto, se permite que el paciente empiece la sesión con el material manifiesto que le interesa, y no se impone el punto de vista del terapeuta. Una vez escogido el material, se selecciona lo que se considera como su verdadera preocupación. El paciente elige el contenido manifiesto, y el analista extrae el material latente, lo significativo.

Las excepciones a estas reglas que deben aplicarse con elasticidad según el paciente, el analista y la situación, son las siguientes: Las resistencias menores y temporales no deben analizarse a menos que persistan o aumenten; en caso de haber cierta pérdida o disminución en las funciones del Yo nuestra tarea consiste en permitir y favorecer la formación de cierto grado de resistencia.

El silencio del paciente como un obstáculo (resistencia) de la técnica psicoanalítica

Cuando hablamos de técnica, hay una serie de reglas sobre las que estamos de acuerdo. Es fácil enseñar los movimientos tácticos de inicio de un tratamiento y también los finales, lo que resulta muy difícil es enseñar los movimientos técnicos intermedios. Muchos analistas abogan por la aplicación de la regla fundamental, otros consideran de mayor importancia la elaboración de los sueños, etc. Sin embargo es particularmente difícil el trato con el paciente silencioso. Cuando hay silencio nos desconcertamos, tenemos determinados sentimientos contratransferenciales: inseguridad, el paciente se pregunta si se ha equivocado en algo, duda de ser querido, duda de ser aceptado por el analista.

La primera teoría psicoanalítica de las neurosis enuncia que deseos pulsionales inconscientes pueden conducir a trastornos psíquicos. La técnica sería la eliminación de la amnesia infantil, llevar a la conciencia lo inconsciente y suprimir todo lo que impida

este propósito. La fuente de información es la palabra hablada, entonces el silencio es un impedimento. Como causas del silencio se consideran ciertas resistencias de represión y de transferencia. La actividad es, pues, eliminar el obstáculo. Sirven preguntas como, ¿en qué está usted pensando?, ¿qué pasa?, ¿qué le recuerda a usted el silencio?, ¿podría ser que su silencio tuviera que ver conmigo o con el tratamiento? Se debe exhortar al paciente a que siga la regla fundamental y que se esfuerce por ser lo más sincero posible, comunicándole, en caso contrario, que se encuentra dentro de una ocurrencia que tiene que ver con la persona del analista o con algo que a él se refiere, e invitarle a que comunique dichas ocurrencias.

Se debe animar al paciente y calmarlo, comunicarle que es comprensible que no siga las reglas. Deben tratarse de adivinar los pensamientos e impresiones del paciente que éste no puede expresar y comunicárselos. Debe responderse al silencio con silencio ya que al paciente se le hace difícil soportarlo, tiene la impresión de que el analista está enojado con él, lo que finalmente lo conduce a ceder. Desde el punto de vista de las pulsiones hablar es la expresión de la pulsión de amor, y callar es la expresión de la pulsión de muerte, de la destrucción. El contrasilencio del psicoterapeuta lleva a la conciencia del paciente la destrucción inconsciente que se halla en él.

Freud (1917/1981) descubrió que eran importantes para el tratamiento no sólo la absorción de los contenidos de lo comunicado o el aislamiento de las resistencias, sino también el registro de elementos formales de la conducta. Con esto hizo posible, por una parte, el análisis de las neurosis de carácter y, por la otra, profundizó de modo crucial la comprensión de la transferencia. Para el manejo del silencio primero se registra el silencio, luego se lo nombra. En una segunda fase se lo describe al paciente con mucha precisión, haciéndole notar que siempre se calla al ponerse candente un determinado tema. Cuando el paciente está en condiciones de percibir estas formas de conducta, se intenta hacérselas compren-

sibles a partir de su biografía y mejorar su capacidad de percepción respecto de los sentimientos que le animan aquí y ahora. Así aprende a comprender, por una parte, qué elementos hicieron entonces necesario el desarrollo de su silencio y, por la otra, qué es lo que ahora tiene lugar en él en la transferencia y le obliga a actuar, esto es, a callar.

El silencio aparece como expresión de la presencia de mecanismos como los de represión, aislamiento, negación, proyección y regresión. Hay que hacer ver al paciente que ejecuta actos de los que no se da cuenta. A. Freud (1977) proclama que lo que importa no es la observancia de la regla fundamental, o sea, el hablar, sino la lucha por su observancia.

En situaciones críticas del análisis (por ejemplo, en las que el paciente se siente amenazado por peligros internos o externos) se sirve del silencio como aislante de un antiguo método seguro de dominio de emociones fuertes (carácter de adaptación de este proceso).

Íntimamente enlazada con la parte teórica de la defensa, de la teoría psicoanalítica del Yo, se creó la concepción de las funciones del Yo, tales como percibir, examinar, juzgar, pensar y hablar. En la medida en que se descubrió cuán importante era su autonomía para el funcionamiento del aparato psíquico, también se descubrió cuán fácilmente podían verse amenazadas por los procesos pulsionales y conflictos con ellos enlazados. El silencio se comprende así en una nueva dimensión, esto es, en el fracaso de la función yoica del habla. Las causas del fracaso pueden encontrarse, por una parte, en que falla la defensa contra las pulsiones y el Yo se confunde y se hace mudo, o por otra en que la defensa está tan reforzada que absorbe toda la energía disponible: el Yo se empobrece, se paraliza. La angustia abruma al Yo.

Sin embargo, visto también desde las funciones autónomas, el silencio adquiere otro significado: se le puede comprender como un acto creador, que se vuelve a estructurar y crea nuevos enlaces.

A partir de la teoría terapéutica el psicoterapeuta tiene en primer lugar el deber de mejorar y conformar las funciones del Yo (Hartman, 1978), a modo de que el paciente se encuentre en condiciones de comprender y luego de aprender a vestir con palabras sus pensamientos, y después integrarlos en sentido terapéutico, esto es, no hacer que el paciente hable, sino que comprenda con el psicoterapeuta los motivos de su silencio.

De acuerdo con las relaciones objétales, en primer lugar el silencio se interpreta (en sus formas graves) como expresión del carácter especial de la relación de objeto de ese paciente con su psicoterapeuta. Su aparición suele ser signo de regresión. Para el psicoterapeuta las interpretaciones carecen de valor, porque las palabras de nuestro lenguaje convencional no pueden llegar a este paciente tan regresado, carecen de objeto. ¿Cuáles son las posibilidades de ayudar a estos pacientes? El primer camino es que el psicoterapeuta se convierta para su paciente en un objeto poderoso y rico en conocimientos, sin que se revele como omnipotente. El segundo es que el psicoterapeuta sea un objeto de contornos nítidamente definidos y que el paciente está inevitablemente separado de él.

De acuerdo con el tratamiento técnico del silencio, el psicoterapeuta formulará sus interpretaciones según la fase pulsional a la que el paciente ha regresado. Por ejemplo si el paciente trata sus palabras como heces, que ahora retiene, para mostrar al psicoterapeuta que tiene poder de controlar y dirigir el proceso del análisis, en otro caso le dirá que con ese silencio expresa su deseo de satisfacción oral y que ahora fantasea que su psicoterapeuta tiene senos y debe darle leche (palabras).

Hay otros autores, como Rado (1962), a los que les parece más importante trabajar juntos dificultades actuales de la vida que traer al recuerdo cosas pasadas, porque, según dice Rado, el presente contiene también el pasado y se halla determinado por éste. En el trato con el paciente silencioso esto conduce a instrucciones de actuación que

se proponen: primero, mostrar al paciente que calla porque tiene una tensión de conflicto con el psicoterapeuta; segundo, ayudarlo a reconocer y formular los motivos de este comportamiento y, tercero, trabajar estos motivos en el plano de la relación con este psicoterapeuta real. Ve el objetivo del tratamiento analítico en que el paciente llegue a abandonar y corregir los antiguos comportamientos emocionales que desarrolló en situaciones de conflicto con los padres.

El silencio puede estar cargado de miedo o libre de conflictos (Zeligs, 1960), puede ser signo de regresión del Yo o de autonomía, puede partir del Ello, del Yo o del Superyó, o de las reacciones recíprocas entre los sistemas Ello-Yo, Ello-Superyó. Desde el punto de vista topográfico, el proceso del habla puede considerarse como bloqueado en cualquier plano del sistema consciente-inconsciente. El silencio puede ir acompañado de frustración o de satisfacción. Existe también un interés creciente dentro del papel que desempeña en la transferencia y la contratransferencia.

¿Cuál es la técnica más apropiada en el tratamiento del silencio?, ¿interpretarlo como satisfacción de la pulsión o como resistencia? Se trata de comprender el silencio a partir de la situación conjunta del análisis, de averiguar lo que significa para este paciente “aquí y ahora”, y luego buscar con él los caminos para ayudarlo.

El silencio del psicoterapeuta

La forma de actuar del psicoterapeuta, ya sea técnicamente acertada o errónea, no se reconoce porque éste calle o hable poco o mucho. En este sentido el silencio no es pasivo ni el hablar es activo, ni el psicoterapeuta callado realiza el ideal de la pantalla sobre la que el paciente debe proyectar, ni el psicoterapeuta que habla efectúa una terapia educativa, ni de sugestión.

La diferencia reside en que el lenguaje pertenece al mundo conceptual de la razón, del ordenar e investigar (de padre, de los procesos secundarios) y de otro lenguaje del sentir, de la proximidad afectiva, de la fusión temprana, de la empatía (de madre, de los procesos primarios). Es el lenguaje que el niño habla con la madre mucho antes de que su entendimiento formal disuelva la relación dual en su intimidad única.

Ya mencionamos que cuando el terapeuta calla, su silencio tiene una dirección; el silencio tiene en este sentido una intención terapéutica.

El silencio como instrumento del trabajo psicoterapéutico

El que quiera comprender a otro individuo necesita escucharle, en el sentido profundo del término; cuanto más profundamente pueda comprenderlo, cuanto más quiera captar los motivos ocultos de sus actos, tanto más oportunidad debe dar al otro para que pueda expresarse. Este silencio de escucha, acogedor, simpatizante, empático, se encuentra durante todo el proceso de nuestra labor terapéutica. La labor de ordenar y aclarar, después de escuchar, está ligada en gran parte al instrumento del silencio.

Durante su trabajo el analista puede verse afectado por el paciente en su equilibrio interior, y con ello, en su función terapéutica, si el analista se ve en el caso de poner en sí algo en claro, o tener que dominar, controlando las pulsiones y afectos, sólo puede conseguirlo mediante un receso pasajero de la acción recíproca, esto es, mediante el silencio. Detrás del silencio se puede ejercer una labor de ordenamiento y reparación, o sea, el yo observador colabora con el autoanálisis, cuyo efecto saludable beneficiará luego tanto al paciente como a la labor terapéutica; en este sentido el análisis didáctico actúa como una psicoproflaxis.

Con un paciente silencioso el terapeuta puede intervenir diciéndole que, como pueden ver los dos, el paciente no puede hablar de determinadas cosas que lo agitan; qué hay en el paciente que lo deja sin palabras, el silencio posterior del terapeuta crea una situación terapéutica comunicativa que fortalece el pacto terapéutico, permite que la tensión en el paciente pueda descargarse, y pueda así producirse el proceso curativo que para este paciente es el único posible. El Yo del paciente puede aprovechar la buena alianza terapéutica para ejecutar en el silencio acciones integradoras, o para reforzarse más, de modo simbiótico con el terapeuta, hasta tener la suficiente confianza para someterse a las condiciones de una psicoterapia psicoanalítica.

En el caso de que el paciente utilice el silencio para obtener satisfacciones pulsionales y provocar al analista, el silencio del analista sirve para frustrar estos deseos pulsionales. En tales casos las interpretaciones se revelan como ineficaces, según la experiencia lo demuestra, porque el Yo, cargado de catexis pulsionales, está debilitado en su capacidad cognoscitiva. Este silencio, como operación técnica, puede estar indicado también frente al paciente que habla. El silencio como operación técnica puede demostrar al paciente que el analista se mantiene tranquilo y calmado, tiene confianza en él y no necesita hablar porque no se *tambalea*. En esta forma el paciente puede llegar al punto, en cierto modo bajo la protección del silencio tranquilo y confiado del analista, de tomar él mismo las cosas en sus manos y poner orden. Esto significa experimentarse a sí mismo como alguien que puede comprender, darse cuenta, ordenar, progresar emocionalmente y regular su conducta.

Aunque hasta aquí hemos considerado el silencio como una operación técnica para solucionar problemas terapéuticos muy concretos, también el silencio se utiliza en tareas más generales; o por ejemplo, en el silencio el paciente comprende la extensión que tiene el invitarle a que se comunique. Vemos así, que el silencio se

revela en determinadas situaciones terapéuticas como un instrumento eficaz en relación con operaciones concretas, aunque debemos ponemos en guardia contra un silencio rutinario, resistencial o no fundamentado.

Una vez más se insiste en que no se trata de hablar o callar —los dos medios son legítimos de la técnica y los dos altamente eficaces—, sino de encontrar lo que en cada caso es mejor para realizar el proyecto terapéutico.

Muchos psicoterapeutas perciben el silencio como frustración de su deseo de recibir de los pacientes algo (palabras) que para ellos tiene inconscientemente valor de alimento. Los sentimientos contratransferenciales basados en la reducción de las funciones cognoscitivas del Yo conducen a errores y a falsas interpretaciones de la situación.

Es igualmente difícil cuando el terapeuta percibe (consciente o inconscientemente) el silencio como frustración de su deseo de que el paciente le de palabras en el sentido de excrementos, esto es, de someterse a la regla fundamental de decirlo todo. Los terapeutas que perciben el silencio como frustración de su pulsión fálica de actividad y de su ambición de hacer del análisis un éxito, están predispuestos a interpretar erróneamente la situación de tal modo que creen que el paciente quiere paralizarlos. Los analistas que perciben el silencio como frustración de sus deseos narcisistas de ser amados se sienten rechazados e interpretan el silencio erróneamente como rechazo. Los pacientes más perturbados, por ejemplo los esquizofrénicos, son los que con mayor persistencia perciben los procesos internos del analista.

Se aplica en general el manejo de la contratransferencia en el caso de pacientes silenciosos, lo mismo que en su manejo de otros casos, esto es autoanálisis, análisis didáctico y finalmente un nuevo análisis.

Intervenciones terapéuticas no psicoanalíticas

Psicoterapia de apoyo

González Núñez (1999) habla de la terapia de apoyo y propone los siguientes procedimientos utilizados en ella, además comenta que las aproximaciones de este tipo de terapia y las técnicas de soporte son utilizadas prácticamente de manera adjunta por todos los otros tipos de psicoterapia individual y grupal. Es poco común, según su punto de vista, que usen sus herramientas como la única intervención con el paciente. Es preciso recordar que para poseer la comprensión de cómo y cuándo implementar medidas de soporte o apoyo es indispensable el entrenamiento del psicoterapeuta, por ejemplo:

- a) guía o conducción,
- b) manipulación ambiental,
- c) externalización de intereses,
- d) inducción a la tranquilidad,
- e) técnicas sugestivas, como la sugestión hipnótica, sugestión por prestigio y autosugestión,
- f) presión y coerción,
- g) persuasión,
- h) catarsis emocional y desensibilización,
- i) relajación muscular,
- j) hidroterapia,
- k) shock y terapia convulsiva,
- l) terapia farmacológica,
- m) neurocirugía (cirugía del cerebro),
- n) terapia grupal inspiracional, y
- o) musicoterapia.

Las técnicas no analíticas constituyen una aproximación tradi-

cional a los problemas de naturaleza emocional, cuyo objetivo es llevar al paciente a un equilibrio emocional tan rápidamente como sea posible, minimizando o eliminando los síntomas para establecer un nivel propicio de funcionamiento. Se hace un esfuerzo para fortalecer las defensas existentes, a la vez que para elaborar mejores mecanismos de control.

1. Guía o conducción

Guía es el término utilizado para designar a un cierto número de procedimientos que proveen de ayuda activa a un individuo en aspectos tales como educación, empleo, salud y relaciones interpersonales. De esta manera, muchos casos de consejería y técnicas educacionales caen dentro de este rubro.

2. Manipulación ambiental

La manipulación ambiental es una aproximación de terapia que intenta solucionar el disturbio emocional del paciente al remover o modificar elementos desorganizantes en su medio ambiente. El trabajo social, más que cualquier otra disciplina, ha estructurado el sistema de manipulación ambiental más completo y mejor organizado, en donde los servicios prestados incluyen la mediación de financiamiento, alojamiento, trabajo, recreaciones, rehabilitación y tratamiento de problemas maritales y familiares.

3. Externalización de intereses

La externalización de intereses del paciente es utilizada algunas veces como un soporte adjunto al tratamiento. Es empleado, particularmente, cuando el individuo se ha visto tan absorbido por sus problemas internos que la realidad externa ha perdido significado

para él, por lo que para contrarrestar esto se hace un intento por redirigir los intereses del paciente hacia el mundo exterior: sentimientos hacia las artes, habilidades, música, juegos, deportes, recreaciones o *hobbies*.

4. Inducción a la tranquilidad

De alguna forma la inducción a la tranquilidad es utilizada en todas las psicoterapias. El hecho de entrar a terapia, en sí mismo, constituye para el paciente la tranquilidad de que no es incurable ni está destinado fatalmente a la locura. La relación con el terapeuta le provee sentimientos de aceptación y seguridad, aun cuando éstos no puedan ser expresados con palabras.

5. Técnicas sugestivas

- a) Sugestión hipnótica: La eliminación de síntomas mediante la hipnosis es una de las técnicas más antiguas, sin embargo, todavía es empleada en todo el mundo. Los resultados reportados varían desde un entusiasmo ilimitado hasta una desacreditación del método como una forma irracional de psicoterapia, aunque en general es el más antiguo éxito de todos los procedimientos de tratamiento. A causa de su relación con los efectos más que con las causas, el método tiene muchas limitaciones, no obstante puede, bajo ciertas circunstancias, servir a un propósito benéfico en casos cuidadosamente seleccionados. Cuando el terapeuta ocupa una posición omnipotente en la mente del paciente ciertos síntomas pueden ser disipados mediante su mandato.
- b) Sugestión por prestigio: La sugestión por prestigio juega un papel en toda relación psicoterapéutica. A menudo es utilizada no intencionalmente por el terapeuta, como resultado

de las propias necesidades del paciente, pues éste escoge o infiere del contenido de lo que el terapeuta dice ciertas cosas que él quiere escuchar y a las cuales podría responder. Por otro lado, la sugestión puede ser usada deliberadamente por el terapeuta en la forma de prohibiciones expresadas con un énfasis autoritario para influenciar al paciente de manera calculada.

- c) Autosugestión: La autosugestión es considerada por muchos como una forma de sugestión hipnótica dirigida al *self*. Aquí, el individuo utiliza su imagen autoritaria internalizada —o Superyó— como una autoridad que da órdenes. La autosugestión es una de las fuerzas más poderosas de que dispone la persona, pues a través de ella el individuo puede verse influenciado por sí mismo para lograr un adecuado funcionamiento de los órganos corporales y una restauración de las actitudes emocionales normales.

6. Presión y coerción

La presión y la coerción son medidas autoritarias calculadas para llevar al paciente a soportar premios y castigos con el fin de orientarlo hacia ciertas acciones.

7. Persuasión

La persuasión es una técnica basada en la creencia de que el paciente tiene en sí mismo poder de modificar sus procesos emocionales patológicos mediante pura fuerza de voluntad o a través de la utilización del “sentido común”. En la terapia de grupo persuasiva se apela a la razón e inteligencia del paciente con el propósito de convencerlo a abandonar sus aspiraciones neuróticas y síntomas, y de esta manera ayudarlo a conseguir un respeto por sí mismo.

8. Catarsis emocional y desensibilización

La “confesión”, el “hablar de cosas” y el “sacar las cosas del propio pecho” en una relación de amistad o con un profesionalista tal como un médico, sacerdote o maestro, son métodos comunes para librarse de la tensión emocional. Los efectos benéficos de lo anterior se deben a la revelación de sentimientos y emociones reprimidos, así como la sujeción de elementos dolorosos internos para objetivarlos. La mera verbalización de aspectos del *self* de los cuales el individuo está avergonzado o atemorizado le ayuda a desarrollar una actitud más constructiva hacia ellos.

9. Relajación muscular

A menudo la tensión muscular acompaña a los problemas emocionales y contribuye con los síntomas del paciente, por lo que éste puede subsecuentemente desarrollar espasmos que le serían extremadamente desconcertantes. De este modo, las tensiones musculares pueden exagerar los problemas del paciente al operar como foco de nuevas ansiedades.

10. Hidroterapia

La hidroterapia alguna vez fue el proceso de tratamiento favorito en las instituciones mentales, y después abandonada con el advenimiento de la terapia electro-convulsiva; sin embargo, todavía puede usarse como una técnica adjunta a otras formas de terapia para el tratamiento de enfermedades mentales. Con el baño continuo se relaja al individuo, se disminuye el tono muscular y puede inducir el sueño, que resulta de un procedimiento muy útil en el manejo de estados de ansiedad.

11. Shock y terapia convulsiva

El tratamiento de choque insulínico es frecuentemente utilizado en la esquizofrenia. El coma inducido mediante la inyección de insulina puede ser ligero o profundo, breve o prolongado y puede estar o no acompañado de ataques convulsivos provocados eléctricamente, por lo que usualmente requiere de hospitalización. Algunas veces el tratamiento de subcoma insulínico es aplicado en estados agudos de ansiedad severa, en condiciones de confusión tóxica a *delirium tremens*. A menudo el paciente se tranquiliza con la insulina a tal punto que la psicoterapia, anteriormente ineficaz, puede trabajarse convenientemente.

12. Terapia farmacéutica

Los narcóticos son utilizados por algunos terapeutas para el tratamiento de problemas emocionales, siendo más comunes los sedantes y los estimulantes. Los depresivos corticales son empleados para controlar la excitación, la tensión y la ansiedad. A causa de los peligros de la adicción a los barbitúricos su uso debe ser regulado cuidadosamente, sin embargo, algunas veces son empleados intravenosamente como medida de emergencia para reprimir excitaciones intensas.

13. Neurocirugía (cirugía de cerebro)

La neurocirugía o cirugía de cerebro es utilizada, algunas veces, en el tratamiento de problemas mentales severos. Los tipos más comunes de cirugía son: la lobotomía transorbital, que consiste en seccionar la materia blanca en ambos lóbulos frontales a nivel de sutura coronal; la topectomía, que involucra una ablación parcial de la corteza frontal; y un corte interno de determinadas áreas de la corteza frontal.

14. Terapia grupal inspiracional

Usualmente la terapia grupal inspiracional se orienta alrededor de un líder que se establece a sí mismo como un personaje omnipotente a quien se espera que el paciente obedezca. En gran medida el grupo existe como una añadidura de este líder, y los resultados benéficos se mantienen mientras el paciente sea capaz de sostener una imagen del mismo como poderoso y protector.

15. Musicoterapia

La música ha sido acreditada con un potencial para liberar energía psíquica, para estimular sensaciones de placer, para provocar sueños diurnos y fantasías, para contrarrestar tensiones, para regresar al individuo de vuelta a la realidad y para disminuir la fatiga. Estos efectos todavía no han sido estudiados sistemáticamente, por lo que requieren de investigación para validarse.

Todas estas técnicas anteriores se encuentran ampliamente descritas en González Núñez, J. J. (1999), *Psicoterapia de Grupos. Teoría y técnica a partir de diferentes escuelas psicológicas*.

Intervenciones terapéuticas en crisis

Slaikeu (1988) propone las siguientes técnicas de terapia en crisis que contiene una selección de las mismas que han sido efectivas en la terapia en crisis y psicoterapia en general. Este glosario puede servir para enriquecer las habilidades clínicas al proveer información, sin embargo, esto no significa que sea un sustituto del entrenamiento profesional con el objeto de hacer la selección con base en un diagnóstico clínico firme y la evaluación de todos los resultados posibles. Las técnicas son:

- a)* afecto inducido,
- b)* autoayuda,
- c)* autodiálogo dirigido,
- d)* control del enojo,
- e)* desensibilización sistemática,
- f)* entrenamiento para la inoculación del estrés,
- g)* escucha activa,
- h)* establecer una relación terapéutica,
- i)* expresión del enojo,
- j)* orientación anticipatoria, y
- k)* técnicas paradójicas.

- a)* Afecto inducido. Esta técnica se dirige a liberar emociones y se utiliza con pacientes víctimas de un suceso traumático, como un asalto. Lo primero es enseñarlo a relajarse, después se le interroga acerca del suceso traumático y se le pide que dé detalles.
- b)* Autoayuda. Los programas de autoayuda sólo se pueden continuar por el paciente individual, o la participación en un grupo donde se trata de facilitar el cambio a través de la ayuda mutua.
- c)* Autodiálogo dirigido. Cuando se enseña el autodiálogo dirigido como estrategia de enfrentamiento, el terapeuta primero ayuda al paciente a enfocarse en el diálogo interno, o en autoafirmaciones en las que piensa en situaciones problema. El paciente y el terapeuta identifican autoafirmaciones irracionales, de derrota, y se generan expresiones que enriquezcan las tareas para remplazar el autodiálogo negativo. Se le ayuda a analizar la situación en forma más racional.
- d)* Control del enojo. El propósito de este entrenamiento es aprender a reconocer el enojo y expresarlo adaptativamente. El primer paso es identificar las situaciones que provo-

can el enojo, discriminación de acontecimientos adaptativos y los inadaptativos del enojo. La segunda parte implica la adquisición del aprendizaje de habilidades de enfrentamiento cognoscitivas y conductuales.

- e) Desensibilización sistemática. Se basa en la hipótesis de que la respuesta de angustia puede inhibirse al sustituir una actividad contraria a la respuesta de angustia. Por lo general el procedimiento se inicia con una situación justamente no amenazante y cuando ésta se ha dominado y no desata más angustia, el entrenamiento progresa a un nivel de mayor amenaza.
- f) Entrenamiento para la inoculación del estrés. En forma original se propuso la inoculación de estrés para el tratamiento de la ansiedad, aunque más tarde se extendió al enojo y a dolor. Se hace un enfoque hacia las habilidades de enfrentamiento que realzan la capacidad del paciente para responder a situaciones estresantes con menos trastornos emocionales y un alto nivel de adaptación.
- g) Escuchar activo. El terapeuta atiende con cuidado, física y psicológicamente, a los mensajes que transmite el paciente. Comunica comprensión y empatía al reformular y resumir las afirmaciones explícitas del paciente, al atender y comentar las señales no verbales y preverbales, y al orientar al paciente hacia la clarificación y expansión del resultado acordado. Es importante permitir que el paciente dirija la conversación y evite las afirmaciones críticas o de juicio.
- h) Establecer una relación terapéutica. En psicoterapia se enfatiza la importancia de la relación terapeuta-paciente para la mejoría del paciente. El terapeuta participa con empatía, cordialidad, autoconfianza, experiencia, entrenamiento. De acuerdo con Wolberg (1978) deben evitarse, en las terapias de crisis: exclamaciones de sorpresa o exceso de preocupa-

ción, amenazas o críticas, juicios moralistas, ridiculizar, despreciar o censurar al paciente por una experiencia.

- i) Expresión del enojo. En términos generales, el enojo es una emoción experimentada durante un estado de crisis. Sin embargo, su expresión manifiesta a menudo se reprime socialmente. El objetivo de la expresión del enojo es ayudar al paciente a entender y aceptar los sentimientos de enojo, porque sólo cuando se *reconoce* puede eliminarse mediante argumentos racionales o expresándolos adecuadamente utilizando expresiones asertivas. El terapeuta puede facilitar la expresión del enojo por afirmaciones autorreveladoras (“Si esto me hubiera pasado a mí, estaría muy enojado”), o bien por expresiones de sondeo (¿No le molestó eso?). En grupo los participantes son más libres en sus expresiones de enojo, pueden servir como modelos para los más inhibidos y el grupo facilitador debe alentar a que compartan sentimientos abiertamente.
- j) Orientación anticipatoria. En esta técnica el terapeuta ayuda al paciente a anticipar algunos sucesos externos o internos y preparar al individuo en crisis para éstos. Si se conocen las consecuencias a largo plazo de algunos sucesos de crisis que puedan ayudar al paciente a planear y movilizar de antemano las estrategias de enfrentamiento efectivas, podrá aumentarse la conformación emocional adaptativa a los cambios inevitables o transiciones. La orientación anticipatoria puede usarse antes de un suceso de crisis precipitante y durante la terapia en crisis.
- k) Técnicas paradójicas. Estas técnicas se desarrollaron para vencer la resistencia del paciente al cambio. Algunas veces los clínicos tienen que tratar con pacientes que experimentan un conflicto básico: por un lado desean cambiar, y por el otro, mantener sus síntomas. La hipótesis se toma de la

teoría de sistemas en la que el síntoma sirve a la función de mantener el sistema en homeóstasis. Las técnicas paradójicas principales son redefinición, inducción de la crisis al percibir el síntoma y la redirección.

Las técnicas anteriores se encuentran ampliamente descritas en Slaikeu, K.A. (1988) en *Intervención en crisis*.

En síntesis:

1. La formulación de una intervención requiere de varios factores, algunos de ellos son: conocimientos, entrenamiento, supervisión, experiencias, habilidades como empatía e intuición.
2. La psicoterapia psicoanalítica es el proceso a través del cual los sentimientos, pensamientos y necesidades inconscientes se hacen conscientes a través de diferentes técnicas.
3. Estas técnicas son la asociación libre, la interpretación de los sueños, el análisis de la transferencia, de las resistencias, además de una comprensión de los determinantes epigenéticos de la personalidad individual.
4. Las técnicas para el análisis de las resistencias son la aclaración, la confrontación, la interpretación y la translaboración.
5. Por lo general hay que analizar la resistencia antes que el contenido, el Yo antes que el Ello, y empezar por la superficie.
6. Se proponen intervenciones terapéuticas no psicoanalíticas que corresponderían a psicoterapia de apoyo.
7. Se proponen algunas intervenciones terapéuticas en crisis.

XXIII

La terminación del tratamiento

El paciente, cuando llega a tratamiento, tiene la expectativa de que algún día va a terminarlo. De hecho es un compromiso contractual que todo tratamiento que inicia debe terminar, aunque en estricto sentido real y figurativo el análisis es interminable, esto quiere decir que una persona durante toda su vida tiene cosas que expresar, reflexionar, y la capacidad de *insight* es ilimitada.

Sin embargo, terminar un tratamiento es un compromiso profesional que implica una terminación. Un tratamiento, en sentido psicoanalítico, se termina cuando la transferencia ha sido resuelta, cuando el analista ya no es para el analizado una figura fantasmática, sino una persona real y a la que se le puede tratar de igual a igual, dando lugar entonces a que el tratamiento se termine. El tratamiento puede terminar cuando:

1. El terapeuta, después de haber resuelto los síntomas del paciente y después de haber logrado las metas que se propusieron terapeuta y analizado, decide que técnicamente es conveniente la terminación.

2. El paciente lo decide porque con sinceridad siente que su tratamiento ha terminado.
3. El terapeuta o analista en acuerdo con el paciente así lo deciden.

La terminación del tratamiento es un proceso que implica la aparición de fenómenos que requieren de un manejo técnico específico. Por esta razón, cobra especial importancia hacer un análisis de las vicisitudes propias de la terminación, así como de la influencia que ésta tiene sobre las metas propuestas en la terapia psicoanalítica. Algunas consideraciones de varios autores sobre la terminación del tratamiento, ayudarán a clarificar el concepto de *terminación* dentro del proceso psicoterapéutico.

Al inicio de las investigaciones de Freud (1895/1981) en colaboración con Breuer, el concepto de *amnesia* y su concomitante, la *huella mnémica traumática*, fue la directriz del concepto de *cura* y *terminación*. En otros trabajos, Freud hace ver que el análisis termina cuando analista y analizado dejan de reunirse para el trabajo que en conjunto habían emprendido idealmente, una vez que los síntomas han desaparecido y no se teme una recaída. En un sentido más profundo, podemos afirmar que el análisis termina cuando el cambio terapéutico ya ha sido tan cabal y completo, que la continuación del análisis mismo ya no aporta modificaciones adicionales. Freud da a entender que se puede hablar de terminación de análisis sólo en aquellos casos en que la magnitud de la pulsión y las alteraciones del Yo no son demasiado graves, es decir, cuando la etiología es esencialmente traumática.

Huella mnémica: Término utilizado por Freud, a lo largo de toda su obra, para designar la forma en que se inscriben los acontecimientos en la memoria. Las huellas mnémicas se depositan, según Freud, en diferentes sistemas; persisten de un modo permanente, pero sólo son reactivadas una vez catectizadas.

LA TERMINACIÓN DEL TRATAMIENTO

El proceso terapéutico psicoanalítico es una situación artificial que se crea entre dos personas, una que requiere ayuda y otra que está dispuesta a darla de manera profesional. Dado que en la misma naturaleza de la relación las pautas de interacción son extremadamente variadas y están en función directa de la estructura caracterológica de los participantes, es sumamente difícil, si no es que imposible, establecer reglas universales para evaluar el proceso de terminación.

El dolor por la pérdida de una relación de objeto es frecuente. El proceso de terminación de la terapia psicoanalítica tiene un carácter esencialmente dinámico, pues no es sólo un momento en la situación terapéutica, sino que es una situación real y a la vez artificial. Las formas que adopta la terminación son muy variadas, ya que dependen de cada analista.

Balint (1982) sintetiza su criterio de terminación en tres puntos:

1. El alcance de las pulsiones. Para este autor es fundamental el establecimiento de una primacía genital. La madurez genital es una función nueva que emerge en la pubertad como resultado de un proceso natural.
2. La relación pulsional con los objetos. El amor genital no es un proceso natural y espontáneo, sino un artefacto, resultado de la cultura o de la educación, y una función de la satisfacción y la ternura pregenitales.
3. La estructura del Yo. Señala:
 - a) El empleo de los métodos aloplásticos de adaptación en lugar de los autoplásticos para el manejo de la realidad.
 - b) La aceptación de ideas desagradables.
 - c) El incremento repentino de la excitación antes y después del orgasmo.

- d) La capacidad para mantener una identificación genital con el compañero, aun en momentos de insatisfacción, lo que es equivalente a la capacidad de mantener un contacto ininterrumpido con la realidad, incluso en situaciones de ansiedad.

La terminación es una experiencia emocional muy profunda. Su atmósfera es la de una despedida de alguien muy estimado, con la aprehensión y el dolor correspondientes. Estos sentimientos se diluyen por la seguridad que dan nuevas posibilidades vitales. Generalmente, en la última sesión el paciente se despide contento, con los ojos húmedos, y advierte que al analista le ocurre algo similar.

Para Klein (1958/1988) el criterio respecto a la terminación, tanto en el análisis de niños y adolescentes como en el de adultos, se define como sigue: “Las ansiedades persecutorias y depresivas deben reducirse suficientemente, y esto presupone, desde su punto de vista, el análisis de las experiencias tempranas de dolor. Las situaciones de dolor se reeditan frente a la terminación del análisis, ante lo cual es aconsejable anunciarla con varios meses de anticipación”.

Varios autores enfatizan el hecho de que el psicoanálisis no se caracteriza por un número determinado de sesiones o por una duración determinada del proceso, sino por el hecho de que inicia, favorece y utiliza ciertos procesos mentales anteriormente descritos.

Éstos son:

1. Cierta grado de conocimiento del proceso mental inconsciente.
2. Disminución de la represión y la resistencia en contra de lo reprimido, produciéndose un incremento en la actividad, mental preconscious y perceptual. Las contracatexis que pro-

LA TERMINACIÓN DEL TRATAMIENTO

tegían las resistencias inconscientes se encuentran ahora invertidas en la relación transferencial.

3. El *acting out* en la transferencia se transforma en recuerdos y se incrementa el conocimiento de la historia del paciente reduciéndose la necesidad de repetición en el presente.

A partir de la neurosis de transferencia, el tiempo de tratamiento y el momento de su terminación tienen que observarse desde dos puntos de vista: *a)* El alcance y la amplitud de la neurosis transferencial, y *b)* La habilidad del terapeuta en su manejo.

Las metas en el proceso de terminación

El análisis teóricamente no termina nunca, ya que mientras el ser humano vive, su crecimiento continúa. Por tanto, es necesario plantear alguna forma de medición de las metas, de tal forma que se pueda determinar en qué momento detener el tratamiento.

Wolberg (1978) propone que las metas en el proceso de terminación se planteen de acuerdo con concepciones teóricas de personalidad. Así, en la teoría freudiana la meta de la terapia es la madurez genital, en la que las fijaciones de la libido en estadios pregenitales han sido resueltas. En la teoría neofreudiana, el objetivo es la autorrealización, que permite una mayor libertad individual en las relaciones interpersonales, incrementa la conciencia de la autoimagen y amplía la creatividad y la productividad.

El planteamiento de metas de terminación del tratamiento es de gran importancia para el terapeuta, ya que el éxito o el fracaso del tratamiento pueden medirse sólo en el contexto de los objetivos propuestos.

La estimación del paciente acerca del éxito o fracaso del tratamiento tampoco es un índice de terminación del mismo, ya que

puede estar basada en falsas premisas. Así, por ejemplo, el paciente, puede considerar que su tratamiento ha fracasado cuando él no ha logrado desarrollar rasgos que lo identifiquen con una figura ideal. Esto puede afectar el desarrollo del tratamiento.

Los juicios respecto del éxito terapéutico desde el punto de vista de las normas sociales son también relativos. La familia del paciente y sus compañeros o amigos pueden tener ciertas ideas respecto del tipo de individuo en que ellos desean que el paciente se transforme, que quizá no coinciden con los patrones de salud mental predominantes entre ellos.

Los criterios sobre el éxito terapéutico, desde el punto de vista del terapeuta, dependen de las metas de terminación modeladas de acuerdo con valores establecidos, los cuales se relacionan con conceptos personales de normalidad o con un ideal de salud mental. El psicoterapeuta debe ser cuidadoso de no tratar de modelar al paciente de acuerdo con su propia imagen, ya que él mismo puede ser víctima de valores erróneos.

Los objetivos ideales de salud mental, según Wolberg (1978), son muchos y requieren que la persona sea capaz de derivar placer de las comodidades y satisfacción de las necesidades (de la comida, el descanso, el relajamiento, el sexo, el trabajo). El paciente habrá de ser capaz también de satisfacer esas pulsiones en conformidad con los miembros de su grupo social. Podrá planear y ejecutar sus planes creativamente y de forma realista, de acuerdo con las oportunidades existentes. Esto implica, por parte del paciente, una apreciación de sus aptitudes y limitaciones, así como una medición de sus ambiciones en comparación con sus verdaderas potencialidades. Implica también el proponerse de manera consciente alcanzar metas realistas, el reconocimiento de sus capacidades y la aceptación de sus limitaciones. El individuo tendrá la capacidad de funcionar efectivamente como parte de un grupo, de dar y recibir amor y de relacionarse adecuadamente con sus semejantes. Asu-

mirá una relación de subordinación ante la autoridad sin sucumbir al miedo y a la rabia. Sin embargo, en ciertas situaciones podrá asumir el mando sin extralimitaciones de poder y autoritarismo. Resistirá cierto grado de frustración, privación y decepción, sin un incremento de ansiedad excesivo, cuando él sienta esto razonable y necesario para el grupo o cuando la salida de una pulsión no tenga un gran valor compensatorio. Su capacidad de adaptación debe ser lo suficientemente elástica como para permitir la adaptación a las exigencias de la vida sin tener que refugiarse en actitudes infantiles o fantasiosas. Para lograr una autoestima saludable, el paciente debe tener un mínimo de respeto hacia sí mismo, la capacidad para estar a gusto consigo mismo y para encarar el pasado y protegerse en el presente de la angustia relacionada con experiencias infantiles.

Debe tener confianza en sí mismo, seguridad, sentido de la libertad, espontaneidad y autotolerancia.

Las metas en la psicoterapia siempre están dirigidas hacia el paciente, no importa qué tan bien entrenado y capaz sea el psicoterapeuta, o qué tan profundamente desee reconstruir la personalidad del paciente, éste siempre está dispuesto contra las intenciones del terapeuta. El paciente es particularmente hábil para desbaratar o frustrar la meta ideal de maduración de la personalidad (el más difícil de todos los objetivos de la psicoterapia). Por más concienzudo que pretenda ser el psicoterapeuta, sus esfuerzos pueden resultar vanos.

La personalidad del paciente está en ocasiones tan dañada (desde los años formativos de su vida), que las posibilidades de un crecimiento completo son remotas. Las ganancias secundarias pueden ser tan poderosas, que la salud es más una desventaja que una ganancia. Las condiciones medioambientales llegan a ser irremediablemente destructivas y el paciente recurre entonces a alguna de sus defensas neuróticas para sobrellevarlas.

Se reconoce que el anhelo de cada paciente es la superación absoluta de los obstáculos a la maduración de su personalidad, junto con el logro del funcionamiento completo de todas las áreas de la misma, pero que en la práctica pocas personas pueden alcanzar. Para realizar la terapia psicoanalítica es esencial, en algunas ocasiones, conformarse con resultados prácticos, aunque superficiales, que permitan al paciente avanzar hacia una mayor satisfacción. Ante todo el paciente debe aliviarse de su padecimiento emocional y adquirir la capacidad para relacionarse con los demás tomando actitudes realistas permanentes originadas en las relaciones significativas tempranas; deberá ser capaz, por último, de lograr un desarrollo de sus potencialidades tan completo como sus circunstancias vitales y su educación lo permitan. Todo esto favorecerá en el individuo el establecimiento de relaciones constructivas con su grupo social.

En la medida en que la persona se alivie de la ansiedad, los sentimientos de inferioridad y otros comportamientos destructivos, y pueda actuar con efectividad frente a las dificultades de la vida, se habrá cumplido la meta básica del tratamiento. Los objetivos del tratamiento son: pulir todos los aspectos del carácter humano para producir la normalidad de acuerdo con lo planeado o establecido y no esperar que la persona que ha sido analizada profundamente nunca vuelva a sentir síntomas de su trastorno emocional o nunca se vea involucrada en cualquier tipo de conflicto interno. El trabajo del análisis es asegurar las mejores condiciones psicológicas positivas para el funcionamiento del Yo; cuando esto se ha hecho, el análisis ha cumplido su tarea.

Se pueden condensar los propósitos de la terapia psicoanalítica en los siguientes puntos:

1. Desaparición del síntoma.
2. Avance del funcionamiento mental con:

LA TERMINACIÓN DEL TRATAMIENTO

- a) comprensión de las fuentes infantiles del conflicto de la parte afectada, como consecuencia de la precipitación de los factores de realidad, de las modalidades de defensa contra la angustia y del carácter específico del proceso mórbido;
 - b) tolerancia hacia las pulsiones;
 - c) autoestima realista y habilidad para aceptarse a uno mismo objetivamente;
 - d) libertad relativa de las tensiones pulsionales e inhibiciones invalidantes, y
 - e) liberación de la energía agresiva requerida para la autopreservación, realización, competencia y protección de los derechos del sí mismo.
3. Progreso en el ajuste a la realidad con un logro de mejores relaciones interpersonales, mayor capacidad para el trabajo productivo, habilidad para sublimar más libremente en actividades recreativas y distracciones en un completo funcionamiento heterosexual.

Se podrían considerar como objetivos importantes aunque no primordiales de la psicoterapia, el liberar al paciente de los síntomas perturbadores y dotarlo de la capacidad para desenvolverse razonablemente bien y de experimentar en forma discreta la alegría de vivir. Sin embargo, si el paciente continúa sintiéndose abrumado por irrupciones de su neurosis, perderá el control sobre sí mismo. El paciente tal vez tenga que circunscribir sus actividades y emplear ciertas defensas o medios protectores que lo limiten en algunas áreas. No obstante, con ello estará adaptado al igual que la mayoría de las personas con las cuales entra en contacto. Esto significa que, probablemente, el paciente puede continuar siendo neurótico, aunque con una mayor capacidad para vivir con su neurosis

y acercarse, al menos aproximadamente, al logro de los objetivos de su vida.

Hay pacientes con un óptimo funcionamiento del Yo que se han enfrentado con éxito a sus conflictos infantiles empleando la represión, la compensación y la sublimación. En ellos la enfermedad actual puede consistir en romper de esas defensas. Entonces la meta terapéutica consiste en que el paciente realice un *insight* del suceso que produjo su ansiedad, con lo que recuperará sus defensas habituales.

En pacientes con un mínimo funcionamiento yoico que han luchado sin éxito contra los conflictos infantiles y se enfrentan a obstáculos para lograr su madurez, el psicoterapeuta puede contentarse con restaurar la represión y fortalecer las defensas para que los pacientes alcancen el equilibrio. Algunos cambios se dan espontáneamente en medios gratificantes y generosos que no repiten las frustraciones y experiencias dolorosas del pasado.

Las relaciones humanas constructivas actúan como experiencias correctivas que corrigen distorsiones en las relaciones del pasado. Estos modelos se presentan con mucha frecuencia, sin embargo, con una buena experiencia psicoterapéutica y un terapeuta capaz, el paciente puede lograr el *insight* de sus conflictos y de sus defensas, lo que lo ayudará a desarrollar nuevas reacciones y modos de relacionarse. En todas las personas permanecen algunos remanentes del pasado, independientemente de cuán generoso sea el medio ambiente del individuo, con qué exhaustividad se conozca a sí mismo, o con cuánta profundidad haya aprendido nuevos modelos.

En síntesis: si intentamos definir lo que es una meta práctica en la psicoterapia, podemos decir que, en relación con el paciente, es el logro de un funcionamiento óptimo dentro de sus limitaciones, sus circunstancias económicas, sus motivaciones, los recursos de su Yo y la situación real que lo rodea. En relación con el terapeuta

LA TERMINACIÓN DEL TRATAMIENTO

la meta puede ser la destrucción en el paciente de las resistencias al trabajo orientado hacia el ideal objetivo de reconstrucción de la personalidad. Sin embargo, se pueden aceptar modificaciones, como enfrentarse sólo con aquellos aspectos del problema del paciente que puedan ser manejados prácticamente durante el trabajo terapéutico.

Glosario

abreacción: Descarga emocional por medio de la cual un individuo se libera del afecto ligado al recuerdo de un acontecimiento traumático, lo que evita que éste se convierta en patógeno o siga siéndolo. La abreacción puede ser provocada en el curso de la psicoterapia, dando lugar a una catarsis, pero también puede producirse de forma espontánea, separada del trauma inicial por un intervalo más o menos prolongado.

aclaramiento: Es la intervención verbal, no esperada por el paciente, que puede ser sorpresiva, mediante la cual se capta en ese momento la conducta del paciente y que pretende organizar todas las partes del material verbal y a veces no verbal que ha proporcionado el paciente y que resulta incompleto o confuso. Esta intervención es el primer paso a nivel cognoscitivo del discurso del paciente. Se discute en una forma no cuestionadora y descubre el grado de entendimiento o confusión respecto a lo que permanece poco claro.

acting out. Término utilizado en psicoanálisis para designar acciones que presentan casi siempre un carácter impulsivo relativamente aislable en el curso de sus actividades, en contraste relativo con los sistemas de motivación habituales del individuo, y que adoptan a menudo una forma de autoagresión. En el surgimiento del *acting out* el psicoanalista ve la señal de la emergencia de lo reprimido. Cuando aparece en

el curso de un análisis (ya sea durante la sesión o fuera de ella), el *acting out* debe comprenderse en su conexión con la transferencia y, a menudo, como una tentativa de desconocer radicalmente ésta. El término *acting out* se utiliza para describir modos habituales de acción y conducta, producto de la personalidad de cada individuo. Son la actuación inconsciente de una pulsión. Los *actings out* pueden ser agresivos o libidinales.

acto fallido: Acto por el cual un sujeto sustituye, a su pesar, un proyecto o una intención, que él se ha propuesto con deliberación, por una acción o una conducta totalmente imprevista. Freud demostró que los actos fallidos son, como los síntomas, formaciones de compromiso entre la intención consciente del sujeto y lo reprimido.

afecto: Palabra que designa todo estado emocional, penoso o agradable, vago o preciso, ya se presente en forma de una descarga masiva, ya como una tonalidad general. Toda pulsión se manifiesta en dos registros del afecto y de la representación. El afecto es la expresión cualitativa de la cantidad de energía pulsional y de sus variaciones.

angustia: Es una emoción que tiene como principal característica el ser displacentera. Es el afecto displacentero que acompaña una tensión pulsional no satisfecha. Es un sentimiento difuso de malestar y aprensión que se refleja en trastornos viceromotores y modificaciones de la tensión muscular.

asociación libre: Método que consiste en expresar sin discriminación todos los pensamientos que vienen a la mente, ya sea a partir de un elemento dado (palabra, número, imagen de un sueño, representación cualquiera) o de forma espontánea.

carácter. Representa la manera habitual de hacer armonizar las tareas impuestas por las exigencias pulsionales con las que impone el mundo externo, constituye necesariamente la función de aquella parte de la personalidad, persistente, organizadora e integradora, que es el Yo. El modo de conciliar estos diferentes objetivos es característico para una determinada personalidad. Por tanto los modos habituales de adap-

tación del Yo al mundo externo, al Ello y a Superyó, y los tipos característicos de combinación de estos modos, es lo que constituye el carácter.

catarsis. *Catarsis* es la palabra griega utilizada por Aristóteles para designar el proceso de purga o eliminación de las pasiones que se produce cuando el espectador asiste en el teatro a la representación de una tragedia. El término fue retomado por Freud y Breuer en *Los estudios sobre la histeria* y denominaron método catártico al procedimiento terapéutico mediante el cual un sujeto logra eliminar sus efectos patógenos al revivir los acontecimientos traumáticos a los que ellos están ligados. Es la purificación del alma.

catexia: Concepto económico, la catexia hace que cierta energía psíquica se halle unida a una representación o grupo de representaciones, una parte del cuerpo, un objeto, etcétera.

complejo de castración: Complejo centrado en la fantasía de castración, lo cual aporta una respuesta al enigma que plantea al niño la diferencia anatómica de los sexos; esta diferencia se atribuye al cercenamiento del pene en la niña.

Considerado desde el punto de vista económico, el principio de realidad corresponde a una transformación de la energía libre en energía ligada; desde el punto de vista tópico, caracteriza esencialmente el sistema preconsciente-consciente; desde el punto de vista dinámico, el psicoanálisis intenta basar el principio de realidad sobre cierto tipo de energía pulsional que se hallaría más especialmente al servicio del Yo.

compulsión a la repetición: A nivel de la psicopatología concreta, proceso incoercible y de origen inconsciente, en virtud del cual el sujeto se sitúa activamente en situaciones penosas, repitiendo así experiencias antiguas, sin recordar el prototipo de ellas, sino al contrario, con la impresión muy viva de que se trata de algo plenamente motivado en lo actual. El sujeto repite patológicamente una conducta dolorosa, vergonzosa o culpígena sin poder evitarlo. Repite para no recordar.

condensación: Uno de los modos esenciales de funcionamiento de los procesos inconscientes: una representación única representa por sí sola varias cadenas asociativas, en la intersección de las cuales se encuentra. Desde el punto de vista económico, se encuentra catectizada de energías que, unidas a estas diferentes cadenas, se suman sobre ella.

Se aprecia la intervención de la condensación en el síntoma y, de un modo general, en las diversas formaciones del inconsciente. Donde mejor se ha puesto en evidencia ha sido en los sueños.

Se traduce por el hecho de que el relato manifiesto resulta lacónico en comparación con el contenido latente: constituye una traducción abreviada de éste. Sin embargo, la condensación no debe considerarse sinónimo de un resumen: así como cada elemento manifiesto viene determinado por varias significaciones latentes, también sucede a la inversa, es decir, que cada una de éstas puede encontrarse en varios elementos; por otra parte, el elemento manifiesto no representa bajo una misma relación cada una de las significaciones de que deriva, de forma que no las engloba como lo haría un concepto.

confrontación: Intervención que dirige la atención del paciente hacia situaciones, pensamientos, relaciones o afectos escindidos. Señala también los aspectos de la interacción que parecen indicar un funcionamiento conflictivo y, por tanto, la presencia de operaciones defensivas, representaciones contradictorias del *self* y de los objetos y una reducida conciencia de realidad. Es explicar al paciente la cadena secuencial de su vivencia y además que la aclare para sí mismo. En esta forma captura el proceso personal y promueve el cambio.

constancia objetal: Gradual internalización de una imagen constante y catectizada positivamente de la madre. Éste es el último paso en el desarrollo de una relación de objeto madura. Si hay constancia de objeto, éste no se cambia por otro aunque deje de ser satisfactor o esté ausente. Se puede sustituir a la madre real por su imagen internalizada.

contenido latente: Conjunto de significaciones a las que conduce el análisis de una producción del inconsciente, especialmente el sueño. Una vez descifrado, el sueño no aparece ya como una narración formada

por imágenes, sino como una organización de pensamientos, un discurso, expresando uno o varios deseos.

contenido manifiesto: Con esta expresión se designa el sueño antes de haber sido sometido a la investigación analítica, tal como se presenta al sujeto soñador que efectúa la narración del mismo. Por extensión se habla del contenido manifiesto de toda producción verbalizada (desde la fantasía a la obra literaria) que se intenta interpretar por el método analítico.

contracatexia: Energía psíquica que se opone a la descarga pulsional. Proceso económico postulado por Freud como soporte de numerosas actividades defensivas del Yo. Consiste en la catexis por el Yo de representaciones, actitudes, etc., susceptibles de obstaculizar el acceso de las representaciones y deseos inconscientes a la conciencia y a la motilidad. El término puede designar también el resultado, más o menos permanente, de tal proceso.

contrarresistencia: Rechazo subjetivo del analista, es decir una resistencia del psicoterapeuta que se opone a la interpretación. Identificación del analista con resistencias del analizado. La contrarresistencia a dar una interpretación señala que la comprensión contenida en ella es aún incompleta. El camino para superar las contrarresistencias está en buscar y encontrar la causa de la resistencia del analizado, de la que el analista se hizo eco en su contrarresistencia. Es la resistencia del psicoterapeuta a interpretar la resistencia del paciente.

contratransferencia: Conjunto de las reacciones inconscientes del analista frente a la persona del analizado y, especialmente, frente a la transferencia de éste, también incluye las reacciones del psicoterapeuta frente a su paciente nacidas de su propia personalidad. *Este tema es tratado más ampliamente en el capítulo XXI.*

cumplimiento de deseo: Formación psicológica en la cual el deseo se presenta imaginariamente como cumplido. Las producciones del inconsciente (sueño, síntoma y, por excelencia, la fantasía) constituyen cumplimientos de deseo en los que éste se expresa en una forma más o menos disfrazada.

derivado de una pulsión: Término utilizado por Freud dentro de su concepción dinámica del inconsciente; éste tiende a hacer resurgir en la conciencia y en la acción producciones que se hallan en conexión más o menos lejana con aquél. Estos derivados de lo reprimido son, a su vez, objeto de nuevas medidas de defensa.

desplazamiento: Proceso por el cual se transfiere inconscientemente un sentimiento o emoción de su objeto a un sustituto más aceptable.

Consiste en que el acento, el interés, la intensidad de una representación pueden desprenderse de ésta para pasar a otras representaciones originalmente poco intensas, aunque ligadas a la primera por una cadena asociativa. Este fenómeno, que se observa especialmente en el análisis de los sueños, se encuentra también en la formación de síntomas psiconeuróticos y, de un modo general, en toda formación del inconsciente. La teoría psicoanalítica del desplazamiento recurre a la hipótesis económica de una energía de catexis susceptible de desligarse de las representaciones y deslizarse a lo largo de las vías asociativas. El libre desplazamiento de esta energía constituye una de las características del proceso primario, que rige el funcionamiento del sistema inconsciente.

diagnóstico psicodinámico: Para realizar este diagnóstico, a diferencia del diagnóstico médico, el analista tiene que trabajar con sus propios sentimientos, fantasías y reacciones, con el fin de obtener una impresión diagnóstica tentativa. Este diagnóstico se manifiesta en dos carriles, en uno de ellos se recogen datos del paciente, sus síntomas, conflictos, reacciones emocionales. En el otro el analista toma conciencia de su propia respuesta emocional y conducta no verbal ante lo que el paciente dice y registra sus fantasías, lo que le permitirá hacer una evaluación diferente.

egodistónico: Cuando el síntoma neurótico se experimenta como un objeto extraño y crea una sensación de estar enfermo, es asintónico.

egosintónico: Cuando los rasgos neuróticos del carácter están incorporados a la personalidad, son sintónicos. El individuo no se siente enfermo hasta que por ejemplo, una timidez caracterológica se convierte

GLOSARIO

en un ceremonial compulsivo y aumenta considerablemente de grado. El síntoma aparece como carente de significado.

elaboración secundaria: Recomposición del sueño destinada a presentarlo en forma de un guión relativamente coherente y comprensible.

empatía: La facultad de entender la mente inconsciente de otra persona se basa en muchas y variadas actitudes del analista. La más importante es la capacidad de empatizar, que esencialmente es un fenómeno pre-consciente. La empatía es un modo de entender a otro ser humano mediante la identificación temporal y parcial. Para lograrla, el analista tiene que renunciar por un tiempo a parte de su propia identidad, y para ello tiene que tener una imagen de sí mismo flexible. Es una forma íntima, no verbal de establecer contacto. La empatía es un fenómeno regresivo y está relacionado con las regresiones más o menos controladas de los individuos creativos. Para que la empatía sea efectiva el analista tiene que tener abundantes experiencias personales propias en su vida, de las que pueda echar mano para entender al paciente. Entra aquí el conocimiento de la literatura, la poesía, el teatro, los cuentos de hadas, el folclore, los juegos. Dado que la empatía nace en la primerísima relación con la madre, parece tener algo de femenino. Para que el analista pueda empatizar sin conflicto debe aceptar su componente maternal.

enfermedad psicosomática: Nacida con Hipócrates, la enfermedad psicosomática aborda a la vez el cuerpo y el espíritu, y, más específicamente, la relación entre soma y psique. Describe por tanto la manera en que las enfermedades orgánicas son provocadas por conflictos psíquicos en general inconscientes.

Entropía: Medida que, en termodinámica, permite evaluar la degradación de la energía de un sistema. La energía se conserva en cantidad pero se degrada en calidad, esto es, existe una conservación cuantitativa de la energía. La termodinámica es la parte de la física que trata del calor. El primer principio de la termodinámica expresa que la energía no se crea ni se destruye, sólo se transforma. El segundo principio de la termo-

dinámica está relacionado con el aprovechamiento de la energía en trabajo. Lo más interesante sería predecir en qué sentido evolucionará un sistema. Dos cuerpos puestos en contacto no se intercambian calor de tal forma que tendiesen a tener temperaturas cada vez más distintas; al contrario, todos los cuerpos tienen la tendencia a adquirir temperaturas uniformes. Sabemos que al mezclar agua fría y agua caliente el conjunto terminará por quedar a la misma temperatura, es decir, en un total desorden. ¿Existe alguna magnitud física que diferencie a los estados ordenados de los desordenados? Si la energía no varía, ¿no habrá una característica que distinga los posibles estados finales de equilibrio? Para caracterizar estos estados se recurrió a una magnitud a la que se llamó entropía. Se ha creído que la entropía es la medida de este desorden. Los sistemas tienden al máximo desorden por término medio, pero no en todos los casos sin excepción. Se llegó a decir que el universo tiende hacia un estado de máximo desorden: el caos. Sin embargo, ¿cómo podríamos explicar la evolución de la naturaleza hasta estructuras tan ordenadas como son todos los seres vivos?

Entonces un sistema evoluciona de tal manera que tiende a aumentar o a disminuir su entropía. Dentro del aparato psíquico y de las energías psicológicas existen las catexias móviles y el proceso primario que en términos generales expresan el principio del placer. La energía psicológica puede neutralizarse, desexualizarse o desagresivizarse, que son procesos que no siguen la ley de entropía. La desneutralización, sexualización, agresivización y la movilización de catexias siguen la ley de entropía. Esto nos sirve para fundar la explicación del paso del proceso primario al secundario (Rapaport, 1968) y la relación entre energía y estructura en los fenómenos psicológicos (Universitas, 1971).

escena primaria: Escena de relación sexual entre los padres, observada o supuesta basándose en ciertos indicios y fantaseada por el niño. Éste la interpreta generalmente más que como un acto de amor y procreación, como un acto de violencia por parte del padre.

fantasía: Guión imaginario en el que se halla presente el sujeto y que representa, en forma más o menos deformada por los procesos defensivos, la realización de un deseo y, en último término, un deseo inconsciente.

filogenético: Se refiere al estudio de la formación y encadenamiento de líneas evolutivas animales o vegetales; en el hombre hace referencia al encadenamiento de procesos evolutivos parecidos a los de los animales o vegetales propios del hombre.

frustración: Condición del sujeto que ve rehusada o se rehúsa la satisfacción de una demanda pulsional. Coartación de una meta pulsional o conductual, ya sea por factores internos o externos.

gestalten: Singular *gestalt*. Se refiere a completo o total. Configuración que se organiza a través de una necesidad dominante.

huella mnémica: Término utilizado por Freud, a lo largo de toda su obra, para designar la forma en que se inscriben los acontecimientos en la memoria. Las huellas mnémicas se depositan, según Freud, en diferentes sistemas; persisten de un modo permanente, pero sólo son reactivadas una vez catectizadas.

ideal del Yo: Instancia de la personalidad que resulta de la convergencia del narcisismo (idealización del Yo) y de las identificaciones con los padres, con sus sustitutos y con los ideales colectivos. Como instancia diferenciada, el Ideal del Yo constituye un modelo al que el sujeto intenta adecuarse.

identificación: La identificación es un mecanismo de defensa inconsciente que sirve para proteger a la personalidad, pero además, es un proceso que ayuda al Yo a madurar, contribuye a la formación del Superyó y al desarrollo del Ideal del Yo. Las identificaciones son procesos importantes en todo el funcionamiento organizado de la personalidad.

En el proceso de identificación el Yo utiliza energía para poner en sí mismo aspectos que desea de un objeto externo. Es un fenómeno que permite que el sujeto tenga la posibilidad de relacionarse con el medio externo (proceso secundario). En este sentido se refiere al agrado o satisfacción de tener uno mismo las características del otro; además de permitir el desarrollo del Yo como ser individual, permite la comunicación con los demás.

Existen diversas formas de identificación, pero todas matizadas de componentes de la fase oral del desarrollo psicosexual; la identificación es la forma más primitiva de enlace afectivo, es la forma que el niño incorpora un objeto.

insight: El desarrollo del *insight* depende del grado de autoobservación. No es posible tener *insight* sin autoobservación pero es posible hacer autoobservación sin tener *insight*. La verbalización facilita la maduración del Yo y la adquisición de la capacidad de autoobservación. El *insight* no se limita ni a la autoobservación ni a la conciencia de enfermedad. Tiene que ver con cobrar conciencia de lo que antes era inconsciente. El *insight* refleja no sólo una escisión en el Yo, sino también un desarrollo del Superyó que llega a utilizar la función de autoobservación del Yo. Las terapias analíticas se distinguen porque la interpretación y el *insight* son los agentes terapéuticos principales. El análisis trabaja mediante procesos que ensanchan las áreas de autoobservación y de conciencia. El ensanchamiento se produce porque se reducen tanto las resistencias internas como los motivos para defenderse contra pulsiones de diversas clases. Las funciones del Yo pueden contribuir a la formación del *insight*, pero no son ellas mismas *insight*. La aceptación de afectos penosos debe elaborarse en el análisis, pues el paciente frecuentemente se defiende contra ella.

interpretación: Traducción, deducción, por medio de la investigación analítica, del sentido latente existente en las manifestaciones verbales y de comportamiento de un sujeto. La interpretación saca a la luz las modalidades del conflicto defensivo y apunta, en último término, al deseo que se formula en toda producción del inconsciente. Es una comunicación que se le hace al sujeto con miras a hacerle accesible este sentido latente, según las reglas impuestas por la dirección y la evolución de la cura.

intuición: Conocimiento claro e inmediato de verdades que penetran en nuestro espíritu sin necesidad de razonamiento.

inconsciente dinámico: Sus fundamentos dinámicos son: pulsiones que tienden a la descarga y fuerzas inhibitoras de rechazo. Los caracteres esenciales del inconsciente como sistema pueden resumirse del siguiente modo:

- a) sus contenidos son representantes de las pulsiones;
- b) estos contenidos están regidos por los mecanismos específicos del proceso primario, especialmente la condensación y del desplazamiento;
- c) fuertemente catectizados de energía pulsional, buscan retomar a la conciencia y a la acción (retomo de lo reprimido); pero sólo pueden encontrar acceso al sistema preconscious-consciente en la formación de compromiso, después de haber sido sometidos a las deformaciones de la censura;
- d) son especialmente los deseos infantiles los que experimentan una fijación en el inconsciente.

lapsus: Término latino utilizado en retórica para designar una falta cometida por inadvertencia, sea hablando (*lapis linguae*) o escribiendo (*lapsus calami*), que consiste en remplazar por otra palabra la que uno quería decir.

narcisismo: Se refiere al estado precoz en que el niño catectiza toda la libido sobre sí mismo, en el que se toma él mismo como objeto de amor antes de elegir objetos externos. La evolución del pequeño humano lo debe llevar no sólo a descubrir su cuerpo sino también a descubrirlo como propio. Esto quiere decir que sus pulsiones, en particular las sexuales, toman su cuerpo como objeto.

narcisismo primario: Freud lo propone como un estado primario, anobjetal. Se caracteriza por la ausencia de total relación con el ambiente, por una indiferenciación entre el Yo y el Ello, y su prototipo lo constituiría la vida intrauterina.

narcisismo secundario: Hace referencia a la libido objetal que por algún motivo abandona a los objetos y vuelve a tomar nuevamente al Yo como único objeto. Constituye una estructura permanente del sujeto; existe un equilibrio energético entre catexis de objeto y catexis del Yo.

neurosis: Alteración psicológica en la cual permanece relativamente intacta la apreciación de la realidad, pero los conflictos inconscientes reprimidos dan lugar a síntomas tales como angustia, depresión, temores irracionales, dudas, obsesiones, y malestares físicos de origen psicológico.

objeto parcial: Tipo de objetos a los que apuntan las pulsiones parciales, sin que esto implique que se tome como objeto de amor a una persona en su conjunto. Se trata principalmente de partes del cuerpo, reales o fantasmáticas (pecho, heces, pene) y de sus equivalentes simbólicos. Incluso una persona puede identificarse o ser identificado con un objeto parcial.

parapraxias: Son sucesos de la vida normal que tienen bases causales específicas. Así los olvidos, las equivocaciones orales, los accidentes, los errores en la lectura y la escritura, son todos errores que surgen por deseos inconscientes que están inicialmente ocultos a la conciencia y se revelan involuntariamente.

perentorio: Es el último plazo que se concede, tiene la calidad de urgente. En el proceso primario no se puede soportar el displacer, ya que sus tendencias inconscientes buscan satisfacción inmediata, esto es, su descarga es inaplazable y urgente. La descarga necesariamente se tiene que dar.

preedípico: Califica el periodo del desarrollo psicosexual anterior a la instauración del complejo de Edipo; en este periodo predomina, en ambos sexos, el lazo con la madre.

principio de realidad: Uno de los principios que de acuerdo con Freud, rigen el funcionamiento mental. Forma un par con el principio del placer, al cual modifica: en la medida en que logra imponerse como principio regulador, la búsqueda de la satisfacción ya no se efectúa por los caminos más cortos, sino mediante rodeos, y aplaza su resultado en función de las condiciones impuestas por el mundo exterior.

principio del deber: Contiene las normas éticas y morales, los preceptos familiares y culturales del sujeto.

GLOSARIO

principio del placer: De acuerdo con Freud, es un principio mediante el cual se rige el funcionamiento mental: el conjunto de la actividad psíquica tiene por finalidad evitar el displacer y proporcionar placer. Dado que el displacer va ligado al aumento de las cantidades de excitación, y el placer a la disminución de las mismas, el principio del placer constituye un principio económico.

psicodinamia: Forma activa de funcionamiento mental respecto a las seis hipótesis metapsicológicas para tratar de establecer la estructura mental y dinámica del paciente.

pulsión coartada en su fin: Califica una pulsión que, por efecto de obstáculos externos o internos, no alcanza su modo directo de satisfacción (o fin) y encuentra una satisfacción atenuada en actividades o relaciones que pueden considerarse como aproximaciones más o menos lejanas del primer fin.

pulsión: Proceso dinámico consistente en un empuje (carga energética, factor de motilidad) que hace tender al organismo hacia un fin. Una pulsión tiene su fuente en una excitación corporal (estado de tensión); su fin es suprimir el estado de tensión que reina en la fuente pulsional; gracias al objeto, la pulsión puede alcanzar su fin, tiene medios para conseguir el fin y es perentoria.

rapport: Relación del analista con el paciente que liga a este último al tratamiento, a la cura y a la persona del analista. Es la capacidad del paciente para establecer una relación profesional con el analista. Se le llama también una transferencia positiva que se aprovecha para tener esta relación con el analista.

relación de objeto: Término usado en psicoanálisis para designar el modo de relación del sujeto con su mundo, relación que es el resultado complejo y total de una determinada organización de la personalidad, de una aprehensión más o menos fantaseada de los objetos y de unos tipos de defensa predominantes.

relación simbiótica: De acuerdo con Malher (1977) se refiere a la fase simbiótica emocional normal cuya consolidación es a los 3-5 meses de

edad, y que normalmente puede durar hasta los 8-9 meses; si se vuelve patológica no tiene límite de edad. Es un estadio de no diferenciación, preobjetal. Marca la importantísima capacidad filogenética del ser humano para investir perceptual y afectivamente a la madre dentro de una unidad dual, factor primordial a partir del cual se forman las relaciones humanas siguientes.

represión: Operación por medio de la cual el sujeto intenta rechazar o mantener en el inconsciente representaciones (pensamientos, imágenes, recuerdos) ligadas a una pulsión. La represión se produce en aquellos casos en que la satisfacción de una pulsión (susceptible de procurar por sí misma placer) ofrecería el peligro de provocar displacer en virtud de otras exigencias.

resistencia: Todo aquello que, en los actos y palabras del analizado, se opone al acceso de éste a su inconsciente, oposición a sus descubrimientos, por cuanto éstos revelan deseos inconscientes.

restos diurnos: Dentro de la teoría psicoanalítica del sueño, elementos del estado de vigilia del día anterior que se encuentran en la narración del sueño y en las asociaciones libres del individuo que ha soñado; se hallan en una relación más o menos lejana con el deseo inconsciente que se realiza en el sueño. Pueden encontrarse todos los grados intermedios entre dos extremos: cuando la presencia de un determinado resto diurno parece motivada, por lo menos en un primer análisis, por una preocupación o un deseo de la vigilia, y cuando se eligen elementos diurnos, de apariencia insignificante, por su conexión asociativa con el deseo del sueño.

self: Sinónimo de sí mismo, es un término que refleja el estado y las características, las potencialidades y las capacidades, las ventajas y los límites de nuestro Yo corporal y mental, por un lado de nuestra apariencia, nuestra anatomía y nuestra fisiología; por otro lado, de nuestros sentimientos conscientes y preconscientes, así como de nuestros deseos, pulsiones y actitudes, de nuestras actividades físicas y mentales.

sexualidad infantil: En la experiencia y en la teoría psicoanalíticas, la palabra *sexualidad* no designa solamente las actividades y el placer dependientes del funcionamiento del aparato genital, sino toda una serie de excitaciones y de actividades, existentes desde la infancia, que producen un placer que no puede reducirse a la satisfacción de una necesidad fisiológica fundamental (respiración, hambre, función excretora, etc.) y que se encuentran también a título de componentes en la forma llamada normal del amor sexual.

simbolismo: Para Freud es innegable que el sueño expresa a veces el deseo reprimido por medio de un simbolismo. En este sentido se diría que el rey y la reina representan bastante claramente en el sueño a los padres del soñante. El simbolismo tendría la mayor parte de las veces una significación sexual: un objeto alargado representaría corrientemente al miembro masculino, y el hecho de subir una escalera, al coito.

sublimación: Desviación de la energía pulsional hacia actividades intelectuales, humanitarias, culturales o artísticas. Existe una inhibición del fin, se desagresiviza y/o desexualiza la pulsión, existe una completa absorción de la misma por sus secuelas y produce una alteración en el Yo.

transferencia: La transferencia es considerada como un tipo especial de interacción con el psicoterapeuta; es un modo característico de relación de objeto y se diferencia de otras relaciones, en que los sentimientos que se tienen hacia el analista no le corresponden y casi siempre se refieren a una figura del pasado. La transferencia viene a ser una repetición, una reedición de una relación interpersonal antigua. Es un fenómeno inconsciente que implica un error cronológico y un desplazamiento. Se está sintiendo, aquí y ahora, con el psicoterapeuta, lo que se sintió, en el ayer y entonces, hacia otra persona significativa del pasado.

translaboración: Es el trabajo psicológico que se hace después de obtenido un *insight* y que conduce a un cambio estable de comportamiento o actitud. Consta de procesos como la utilización y la asimilación del *insight* y la reorientación. Es el proceso mediante el cual el paciente a

partir de una aclaración, una confrontación, una interpretación, inicia un trabajo terapéutico que redundará en el cambio. El proceso de traslación termina con el *insight* o con el cambio.

zona erógena: Es toda región del revestimiento cutáneo-mucoso susceptible de ser asiento de una excitación de tipo sexual. De un modo más específico, ciertas regiones que son funcionalmente el asiento de tal excitación: zona oral, anal, uretro-genital, pezón, piel.

Referencias bibliográficas y hemerográficas

- Arlow, J., y Brenner, Ch., *Psychoanalytic Concepts and the Structural Theory*, México, E. Costa Amic, 1964.
- Bach, G. R., *Psicoterapia intensiva de grupo*, Argentina, Hormé, 1975.
- Bahnt, M., *La falta básica*, México, Paidós, 1982.
- Bastín, G., *Diccionario de psicología sexual*, España, Herder, 1972.
- Becker, R., *Las maquinaciones de la noche. El sueño en la historia*, España, Herder, 1973.
- Beliak, L., Hurvich, M., y Gediman, H., *Ego Functions in Schizophrenics, Neurotics and Normals; a Sistematic Study of Conceptual, Diagnostic and Therapeutic Aspects*, Nueva York, John Wiley & Sons, 1973.
- _____ y Meyers, B., “Ego Function Assesment an Analysability”, *International Review Psychoanalysis*, 2, 413, 1975.
- _____, *Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia*, (2ª. ed.) México, El Manual Moderno, 1993.
- _____ y Goldsmith, L.A., *Metas amplias para la evaluación de las funciones del Yo*, México, El Manual Moderno, 1993.
- Brailowsky, S., “El sueño en los primeros dos años de vida”, *Ciencia y desarrollo*, coNACYT, vol. xxv, núm. 144, pp. 11-17. México, enero-febrero, 1999.

- Brenner, Ch., *Elementos fundamentales de psicoanálisis*, Argentina, 1983.
- Cameron, N., *Desarrollo y psicopatología de la personalidad*, México, Trillas, 1982.
- Coderch, J., *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica*, España, Herder, 1987.
- Copi, I. M., *Iniciación a la lógica*, Argentina, Eudeba, 1972.
- Corona, U. G., *Sinopsis de psicología, psicopatología y psiquiatría general*, México, edición privada, 1980.
- Cremerius, J., "El silencio como problema de la técnica psicoanalítica", en Mongenthaler, F. (ed.), *Problemas de la técnica psicoanalítica*, México, Siglo XXI, 1972.
- Chemana, R., *Diccionario de psicoanálisis*, Argentina, Amorrortu, 1998.
- Davis, F., *El lenguaje de los gestos*, Argentina, Emecé, 1975.
- Díaz, I., *Técnica de la entrevistapsicodinámica*, México, Pax, 1990.
- Dolto, F., *Sexualidad femenina. Libido, erotismo, frigidez*, España, Paidós, 1997.
- Erikson, E., *Infancia y sociedad*. Argentina, Hormé, 1987.
- _____, *El ciclo vital completado*, México, Paidós, 1990.
- Etchegoyen, H., *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*, Argentina, Amorrortu, 1986.
- Fairbairn, W., y Ronald, D., *Estudio psicoanalítico de la personalidad*, Argentina, Hormé, 1978.
- Fenichel, O., *Problemas de técnica psicoanalítica*, Argentina, Control, 1973.
- _____, *Teoría psicoanalítica de las neurosis*, México, Paidós, 1973/1991.
- Fenichel, O., *El análisis de los sueños*, Argentina, Hormé, 1976.
- Freud, A., *El Yo y los mecanismos de defensa*, Argentina, Paidós, 1977.

- Freud, S., "Flipnosis", *Obras completas*, España, Biblioteca Nueva, 1981/1981.
- _____, y Breuer, J., "Estudios sobre la histeria", *Obras completas*, España, Biblioteca Nueva, 1895/1981.
- _____, "La interpretación de los sueños", *Obras completas*, España, Biblioteca Nueva, 1900/1981.
- _____, "Psicopatología de la vida cotidiana", *Obras completas*, España, Biblioteca Nueva, 1901/1981.
- _____, "Sobre psicoterapia", *Obras completas*, España, Biblioteca Nueva, 1904/1981.
- _____, "Tres ensayos para una teoría sexual", *Obras completas*, España, Biblioteca Nueva, 1905/1981a.
- _____, "El chiste y su relación con el inconsciente", *Obras completas*, España, Biblioteca Nueva, 1905/1981b.
- _____, "Análisis de la fobia de un niño de cinco años (caso Juanito)", *Obras completas*, España, Biblioteca Nueva, 1909/1981.
- _____, "Contributions to the Psychology of Love", *Collected Papers*, 1910/1949a.
- _____, "Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia autobiográficamente descrito (caso Schreber)" *Obras completas*, España, Biblioteca Nueva, 1910/1981b.
- _____, "El porvenir en la terapia psicoanalítica", en *Técnica psicoanalítica. Obras completas*, Madrid, España, Biblioteca Nueva, 1910/1981e.
- _____, "Los dos principios del suceder psíquico", *Obras completas*, Madrid, España, Biblioteca Nueva, 1911/1981.
- _____, "Recuerdo, repetición y elaboración", *Obras Completas*, España, Biblioteca Nueva, 1914/1981.
- Freud, S., "Las pulsiones y sus destinos", *Obras completas*, España, Biblioteca Nueva, 1915/1981.
- _____, "Lecciones introductorias al psicoanálisis", *Obras completas*, (tomo II) España, Biblioteca Nueva, 1917/1981.

- Freud, S., “Más allá del principio del placer”, *Obras completas*, España, Biblioteca Nueva, 1920/1981.
- _____, “Psicopatología de las masas y análisis del Yo”, *Obras completas*, España, Biblioteca Nueva, 1921/1981.
- _____, “El Yo y el Ello”, *Obras completas*, España, Biblioteca Nueva, 1923/1981.
- _____, “Inhibición, síntoma y angustia”, *Obras completas*, España, Biblioteca Nueva, 1925/1981.
- _____, “Esquema del psicoanálisis”, *Obras completas*. España, Biblioteca Nueva, 1940/1981.
- Fromm-Reichmann, F., *Principios de psicoterapia intensiva*, Argentina, Paidós, 1987.
- Garma, A., *Psicoanálisis de los sueños*, Argentina, Paidós, 1963.
- _____, *Nuevas aportaciones al psicoanálisis de los sueños*, Argentina, Paidós, 1970.
- González Núñez, J. J., *Terminación del tratamiento*, México, Asociación Mexicana de Psicoterapia Psicoanalítica, 1974.
- _____, “Contratransferencia, investigación entre una paciente adolescente y una paciente adulta en psicoterapia. El psicoterapeuta en proceso de supervisión”, *Alétheia* núm. 2. México, IIPCS, 1981. pp. 19-25.
- _____, “Conducta antisocial. Raíces y manifestaciones: La función del padre”. *Alétheia*. IIPCS. vol. 5. México, 1984, pp. 26-35.
- _____, “Los procesos de identificación, resonancia y la contratransferencia”, *Alétheia*, IIPCS, vol. 6, pp. 65-76, México, 1985.
- _____, Romero, J., y De Tavira, F., *Teoría y técnica de la terapia psicoanalítica de adolescentes*, México, Trillas, 1986.
- _____, *La fortaleza del psicoterapeuta: la contratransferencia*, México, Eón, 1989.
- _____, *Interacción grupal*, México, Nociones, 1992.
- _____, Cortés, Y., y Padilla, M.T., *La imagen paterna y salud mental en el mexicano*, México, IIPCS, 1994.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y HEMEROGRÁFICAS

- González Núñez, J. J. y Simo, J., *Sobre la supervisión psicoanalítica*, upes, México, 1995.
- _____, *Interpretación de los sueños*, México, Facultad de Psicología UNAM, 1997.
- _____, y Pérezbiachelanni A., S., *Concepción psicoanalítica del Superyó*. Monografías, México, IIPCS, 1998.
- _____, *Psicoterapia de grupos. Teoría y técnica a partir de diferentes escuelas psicológicas*, México, El Manual Moderno, 1999.
- _____, “Conflictos masculinos: de vuelta a la monogamia”, en González Núñez, J. J. (ed.), *Los cambios del hombre ante la metamorfosis de la mujer*, México, IIPCS, Asociación Estratégica, 2000.
- Greenson, R., *Técnica y práctica del psicoanálisis*, México, Siglo XXI, 1999.
- Grinberg, L., *Culpa y depresión. Estudio psicoanalítico*, España, Alianza Universidad Textos, 1983.
- _____, *Psicoanálisis, aspectos técnicos y clínicos*, Argentina, Paidós, 1981.
- _____, Langer, M. y Rodrigué, E., *Psicoterapia de grupo*, Argentina, Paidós, 1977.
- Glover, E., *The Technique of Psychoanalysis*, Nueva York, International University Press, Inc., 1974.
- Guamer, E., *Psicopatología clínica y tratamiento analítico*, México, Porrúa, 1978.
- Gutheil, E., *Manual y análisis de los sueños*, Argentina, Brújula, 1966.
- Hall, C., *Compendio de psicología freudiana*, México, Paidós, 1986.
- Haller, B., *Psicología general*, México, Haría, 1974.
- Hartman, H., *La psicología del Yo y el problema de la adaptación*, México, Paidós, 1984.

- Hartman, H., *Ensayos sobre psicología del Yo*, México, Fondo de Cultura Económica, 1978.
- Heiman, P., "Introyección y proyección en la temprana infancia", en *Desarrollos en psicoanálisis*, Argentina, Hormé, 1962.
- Homey, K., *La personalidad neurótica de nuestro tiempo*. México, Paidós, 1990.
- Jung, C., *El hombre y sus símbolos*, España, Caralt Bue, 1964.
- Kemper, W., "La transferencia y la contratransferencia como unidad funcional", en Morghenthaler, F., *Problemas de técnica psicoanalítica*, México, Siglo XXI, 1972.
- Kernberg, O., *La teoría de las relaciones objétales y el psicoanálisis clínico*, Argentina, Paidós, 1998.
- _____, *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*, Argentina, Paidós, 1985.
- Klein, M., "Sobre el desarrollo del funcionamiento mental", *Obras completas*, España, Paidós, 1958/1988.
- Kohut, H., *El análisis del self*, Nueva York, International University Press, 1966.
- Kris, E., *On Preconscious Mental Processes. Organization and Pathology of Thought*, Nueva York, Columbia Universal Press, 1950, pp. 474-493.
- Kuiper, P., *Teoría psicoanalítica de la neurosis*, España, Herder, 1980.
- Laplanche, J. y Pontalis, J.B., *Diccionario de psicoanálisis*, España, Labor, 1968.
- Mahler, M., Pine, F. y Bergman, A., *El nacimiento psicológico del infante humano*, Argentina, Marymar, 1977.
- Maslow, A., H., *Motivation and Personality*, Nueva York, Harper & Row Publishers, 1970.
- Me Dougall, J., *Teatros del cuerpo*, Argentina, Julián Yébenes, Colección Continente-Contenido, 1991.

- Me Kinnon, R., *Psiquiatría clínica aplicada*, México, Editorial Interamericana, 1973.
- Menninger, K., *Teoría de la técnica psicoanalítica*. Argentina, Psique, 1974.
- Mezer, R., *Psiquiatría dinámica*, México, Pax, 1968.
- Michaca, P., *Desarrollo de la personalidad. Teoría de las relaciones de objeto*, México, Pax, 1987.
- Nájera, H., *Desarrollo de la metapsicología en la obra de Freud*, México, 1968.
- Padilla, M. T., “¿Qué es la psicoterapia?”, *Alétheia*, núm. 2, mayo, México, upes, pp. 46-53, 1981.
- _____, y Gómez, A., “La contratransferencia en la psicoterapia de pareja”. *Alétheia*, núm. 11, México, iupcs, 1992.
- Palacios, A., *Teoría de la técnica psicoanalítica (Caleidoscopio)*, México, Editorial Impresora y Distribuidora, S. A.
- Petot, J., *Melanie Klein, primeros descubrimientos y primer sistema (1919-1932)*, Argentina, Paidós, 1982.
- Portuondo, J.A., *Psicoanálisis de los sueños*. España, Psique, 1989.
- Racker, H., (1991). *Estudios sobre técnica psicoanalítica*, Argentina, Paidós.
- Rado, S., “Psychoanalysis of Behaviour”, en *Collected Papers*, Nueva York, Gruñe & Straton, 1962.
- Ramírez, S., *Infancia es destino*, México, Siglo XXI, 1977.
- Rappaport, D., *Nuevas aportaciones a la psicología psicoanalítica*, México, Pax, 1968.
- Reich, W., *Análisis del carácter*, Argentina, Paidós, 1987.
- Rosenzweig, R., *Psicofisiología*, Mc-Graw Hill, 1992.
- Salles, M., *Manual de psicoanálisis y psicoterapia de niños y adolescentes*, México, Planeta-Nociones, 1992.
- Sandler, J., *El paciente y el analista*, México, Paidós, Psicología Profunda, 1986.

- Sandoval, D., *Terminación del tratamiento*, México, Asociación Mexicana de Psicoterapia Psicoanalítica, 1974.
- Slaikeu, K.A., *Intervención en crisis*, México, El Manual Moderno, 1988.
- Speir, A., Schiff, R., y Beschetto, H., *Psicoterapia de grupo en la adolescencia*, Argentina, Nueva Vision, 1977.
- Taliaferro, A., *Curso básico de psicoanálisis*, México, Paidós, 1990.
- Thoma, H., y Kachelle, H., *Teoría y práctica del psicoanálisis*, España, Herder, 1989.
- Universitas Enciclopedia Temática*, vol. III, fascículo 35. Salvat, España, 1971.
- Velasco, F., *Manual de técnica psicoanalítica. Para quienes se forman en el campo de la psicoterapia dinámica*, México, Planeta, 1996.
- Watson, J. B., Jersild, A. T., y Anderson, J. E., *Las emociones del niño pequeño*, Argentina, Paidós, 1965.
- Winnicott, D. W., *El proceso de maduración en el niño*, España, Laia, 1960.
- Wolberg, F., *The Technique of Psychotherapy*, 3a. ed., Nueva York, EUA, Grune & Stuart, 1978.
- Wolman, B., *Teorías y sistemas contemporáneos en psicología*, México, El Manual Moderno, 1969.
- Zelig Meeyer, A., "The Psychology of Silence", en *Int. J. Psa.*, 41. 1960.

*Teoría y técnica de la terapia
psicoanalítica*

Se terminó de imprimir

En el mes de Diciembre de 2008

En los talleres de JANO S.A de C.V.,
Lerdo poniente No. 864, Col. Electricistas.

Toluca de Lerdo, México. C.P. 50040.

Tiraje 1,000 ejemplares.

El objetivo principal de este libro es proporcionar al lector un panorama amplio y actualizado de las bases teóricas de la psicoterapia psicoanalítica, así como el empleo de las técnicas e instrumentos de este tipo de psicoterapia para llevarla a la práctica.

Con fundamento en la teoría de la psicoterapia psicoanalítica los autores contemplan, en la primera parte de esta obra, una guía para la aplicación de conceptos teóricos que el psicoanálisis aporta para la comprensión del desarrollo psicoafectivo del ser humano como son: las tres hipótesis fundamentales del psicoanálisis en las que estudian cuidadosamente el funcionamiento inconsciente, explicando claramente la lógica irracional del inconsciente, sin descuidar la lógica formal; las pulsiones, el desarrollo de la personalidad, así como también explican la psicología del yo a través de estudiar el yo y sus funciones, la angustia, los mecanismos de defensa, el concepto de self, el chiste y las parapraxias y finalmente los sueños.

En la segunda parte de este volumen se ocupan de la técnica en la psicoterapia psicoanalítica y revisan los pasos del proceso psicoterapéutico. La obra se presenta como un punto de referencia al exponer sistemáticamente cómo trabaja un psicoterapeuta cuando analiza los fenómenos psíquicos de un paciente. Para cumplir con lo anterior describen aspectos importantes como la elección del psicoterapeuta, la primera sesión de análisis, el contrato psicoterapéutico, el deseo del paciente para entrar a psicoterapia psicoanalítica, transferencia y contratransferencia, así como el final del tratamiento.

Psicología

www.pyv.info/teoritec

ISBN 970-722-047-3

