# Psicoanálisis para curiosos

## Un acercamiento a los conceptos fundamentales

Ana Martínez Vázquez
Coordinadora

Gabriela Pérez Negrete • David Carreón Robledo
Alejandro Luque Hernández • Marcos Ibarra Infante
Dominique Peschard Lanzetti • Aurea María Costal Lopo
Jorge Alberto Ulloa • Olivia Pilar Ruiz García
Alejandra Martín Michavila • Priscila Ivonne Pacheco Flores
Pamela Claisse Quiroz • Manuel Acevedo Garrido

PAX

# Índice

**Presentación** 11

**Prólogo** 15
*Ana Martínez Vázquez*

PRIMERA PARTE
**Psicoanálisis de sobremesa**

1. ¿Qué es eso llamado *psicoanálisis*? 21
2. ¿Evolución en la teoría psicoanalítica? Viejos los cerros… 22
3. ¿Cuál es la diferencia entre psicología, psicoanálisis y psicoterapia? 23
4. ¿Qué se requiere para ser psicoanalista? 25
5. Procedimientos y procesos no analíticos, ¿mejores que el psicoanálisis? 26
6. ¿Por qué el psicoanálisis no es tan popular como otras corrientes terapéuticas? 28

SEGUNDA PARTE
**Prontuario breve sobre la teoría**

7. En un iceberg psíquico, ¿dónde están el *yo*, el *ello* y el *superyó*? 33
8. ¿Cómo el sujeto se vuelve objeto en el psicoanálisis? 33
9. ¿Cuántos tipos de angustia podemos sentir? ¿Son distintos? 35
10. ¿*Insight*? Me cayó el veinte… 36
11. La regresión, ¿regresar a dónde? 37
12. ¿Cómo es eso de estar fijado? Fijado, ¿en qué? 38
13. ¿Existe eso de ser oral? 39
14. ¿En serio? ¿Qué tiene que ver el control con ser anal? 40

15. Etapa fálica, ¿qué tiene que ver con el falo? 41
16. ¿Cómo se produce el Edipo en las relaciones homoparentales? ¿Se produce? 42
17. ¿Hombre o mujer? ¿Qué le da entrada a la feminidad? 43
18. Etapa de latencia, ¿la más tranquila en el desarrollo psicosexual? 44
19. Genitalidad, ¿de genitales? 45
20. ¿Por qué no basta con recordar? Recordar, repetir y reelaborar 45
21. De la compulsión a la repetición o ¿por qué caigo en los mismos errores? 47
22. TOC, ¿real o solo una compulsión a la repetición? 48
23. ¿Tenemos superpoderes psíquicos? Catexia y contracatexia 49
24. Mecanismos de defensa, ¿cómo nos defendemos de los dolores psíquicos y afectivos? 51
25. La introyección, ¿por qué es un mecanismo de defensa? 53
26. ¿Qué es lo que se actúa en el psicoanálisis? *Acting out* 54
27. Funciones yoicas, ¿fenómenos observables? 55
28. El síntoma, ¿a qué se refiere? 57
29. ¿Estructura neurótica? ¿Qué tiene que ver con Neuróticos Anónimos? 58
30. Estructura psicótica, ¿novela negra? 59
31. Y si todo se derrumba, ¿dónde caigo? 60
32. Organización limítrofe de la personalidad, ¿entre qué límites se encuentra? 61
33. Narcisismo, ¿maligno? 63
34. Escisión, ¿estoy fragmentado? 65
35. Posición esquizoparanoide, ¿paranoico?, ¿esquizo?, ¿miedo?, ¿locura? 66
36. Pecho bueno y pecho malo, ¿a qué nos referimos con bueno y malo? 68
37. La posición depresiva, ¿preocupante? 69
38. Si lo hecho, hecho está, ¿cabe reparar después del daño? 70
39. Memoria implícita, ¿cómo la puedo reconocer? 71
40. Trauma psíquico, ¿herida del psiquismo? 72
41. ¿Qué pasa con las histéricas? 74
42. Conversión histérica, ¿qué es lo que expresa el cuerpo? 75
43. ¿De dónde viene el narcisismo? Narcisismo primario y secundario 77
44. Su majestad… El *yo ideal* 77

45. ¿La guía del navegante? El *ideal del yo* 78
46. ¿Envidia yo? ¡Claro que no! ¡Para nada! 79
47. ¿Para qué se reprimen contenidos inconscientes? 80
48. Fobia, ¿de qué me estoy defendiendo? 81
49. Narcisismo, ¿patología o personalidad? 82
50. ¡Ah, pero cómo duele! ¿Qué es el duelo y por qué es distinto de la melancolía? 83
51. Somatización, ¿algo me enferma? 84
52. ¿Qué enmascara la ansiedad? 85
53. ¿Quiénes y qué tan juntos? Las teorías del apego 86
54. ¿Hermanos tóxicos o mejores amigos? 88
55. ¿Cómo ser una madre a toda madre? 90
56. ¿Un niño o niña puede ir a psicoanálisis? 91
57. ¿Un ensueño? ¿Una digestión? 92

TERCERA PARTE

## Una visita al consultorio

58. ¿Jugamos en psicoanálisis? 95
59. El espacio transicional, ¿una transición entre lugares? 96
60. Los psicoanalistas de hoy, ¿siguen interpretando sueños? 97
61. Asociación libre, ¿libre de qué? 98
62. La transferencia, ¿una resistencia? 99
63. ¿Qué siente el psicoanalista en la sesión? Una visión de la contratransferencia 100
64. Los puntos ciegos, ¿qué es lo que no puede ver el psicoanalista? 101
65. ¿Cómo es la escucha en psicoanálisis? 103
66. Abreacción o catarsis, ¿a dónde me puede llevar una catarsis y cómo me deja? 104
67. La manipulación, ¿cómo beneficia al paciente? 104
68. ¿Qué es la resistencia al tratamiento? ¿Acaso el psicoanálisis no es irresistible? 105
69. ¿Por qué si estamos sufriendo nos resistimos al tratamiento? 106
70. La verdad en psicoanálisis, ¿y si el paciente miente? 107
71. Los secretos del paciente, ¿se delatan durante el análisis? 108
72. ¿Por qué los pacientes pueden sentir vergüenza de contar ciertas cosas a su psicoanalista? 109

73. La sugestión, ¿cómo me lleva al psicoanálisis? 111
74. La alianza en psicoanálisis, ¿una amistad? 111
75. ¿Por qué el psicoanalista se vuelve significativo en la vida de sus pacientes? 113
76. Para que el psicoanálisis funcione, ¿los psicoanalistas tienen que ser fríos en su trato? 114
77. ¿Por qué toma tanto tiempo el psicoanálisis? 115
78. ¿Cuándo terminará mi terapia? 116
79. El psicoanálisis que requiere años, ¿es porque no funciona? 118
80. ¿Importa el género del psicoanalista para su práctica clínica? 119
81. ¿Cómo se comunica el psicoanalista con el paciente? 119
82. El trabajo analítico, ¿es solitario? 121
83. La orientación sexual del psicoanalista, ¿importa en su trabajo clínico? 122
84. ¿Es posible la neutralidad del psicoanalista? 123
85. Si no me acuesto en el diván, ¿no es psicoanálisis? 124
86. Historia clínica, ¿algo más que una historia médica? 125
87. Diagnóstico metapsicológico, ¿seis hipótesis? 125
88. La supervisión psicoanalítica, ¿evitable? 126

**Epílogo**
¿Qué significa para mí ser psicoanalista? 129

**Bibliografía** 135

**Acerca de los autores** 147

primera parte

# Psicoanálisis de sobremesa

# 1 ¿Qué es eso llamado *psicoanálisis*?

*David Carreón Robledo*
*Alejandro Luque Hernández*
*Ana Martínez Vázquez*
*Gabriela Pérez Negrete*

¿Una disciplina? ¿Una teoría? ¿Una forma de ver la vida? ¿Un modelo que nos permite explicar cómo funciona lo que pensamos y sentimos? ¿Todas esas o ninguna? Lo indudable es que el psicoanálisis se relaciona con Sigmund Freud, uno de sus principales creadores, aunque no el único. Fue Freud quien acuñó la palabra en 1896 para describir una forma de analizar lo que sucede en nuestra mente, que pasa por saber y reconocer que hay un *inconsciente.* Nuestra vida emocional tiene dimensiones *inconscientes* que no reconocemos.

Después de esta aseveración, y como era incansable en su búsqueda de respuestas, Freud publica en 1900 *La interpretación de los sueños*. Con esta obra se formaliza una primera versión de la teoría y el método psicoanalíticos. El sueño desde entonces es una de las más fructíferas maneras de acercarnos al *inconsciente* y su interpretación, la manera de hacerlo *consciente*. Psicoanálisis es hacer *consciente* lo *inconsciente*. Para qué y cómo se hace *consciente* lo *inconsciente* es lo que ha generado, a lo largo de más de cien años, diversas teorías y modelos.

Si bien el psicoanálisis es una teoría asociada siempre a Freud, son cientos de autores los que han contribuido a su desarrollo y actualización desde entonces. Algunos incluso han hecho planteamientos que podrían pensarse casi opuestos a los de Freud. Es entonces importante subrayar que cuando hoy hablamos de psicoanálisis no nos referimos solo al pensamiento de principios del siglo XX, sino a una teoría que ha experimentado cambios, ha evolucionado y sigue en constante construcción. El psicoanálisis se puede ver como una teoría, la teoría psicoanalítica, que a su vez es una corriente psicoterapéutica que evoluciona y se construye. A través de ella se investiga y se comprende el funcionamiento mental y, como método terapéutico, ayuda a resolver los conflictos del psiquismo. Nos permite atravesar y mejorar nuestros conflictos mentales por medio del análisis, la interpretación, la comprensión y finalmente la reelaboración. El psicoanálisis es un modo histórico-hermenéutico que nos lleva a explicar nuestras conductas, poniendo en contexto las vivencias de cada sujeto y su subjetividad. Hablar de psicoanálisis será siempre traer a cuen-

to el inconsciente. Los sueños, los lapsus, los olvidos, los actos fallidos, los síntomas, los chistes y la forma de vincularnos son todos formas fructíferas de acercarnos al inconsciente.

# 2 ¿Evolución en la teoría psicoanalítica? Viejos los cerros…

*David Carreón Robledo*

Una de las críticas principales a la teoría psicoanalítica como corriente psicoterapéutica es que resulta arcaica e inoperante en la actualidad. Me atrevo a suponer que quienes sostienen dicho argumento tienen un conocimiento muy superficial de lo que es el psicoanálisis, pues si bien es cierto que es una teoría que se creó a principios del siglo pasado, no se ha mantenido nunca estática; por el contrario, es una teoría que se encuentra en constante evolución gracias al trabajo e investigación de numerosos y exitosos exponentes de ella.

Podemos organizar en cinco fases la evolución y el desarrollo teórico del psicoanálisis como corriente psicoterapéutica y de pensamiento. Algunos de los términos que se expresan en cada fase se volverán a encontrar a lo largo del texto.

*Primera fase:* También llamada prepsicoanalítica, comprende la etapa previa a la publicación de *La interpretación de los sueños,* escrito por Freud en 1900. Esta fase se caracterizó por la aplicación del método hipnótico a pacientes histéricas en un primer momento.

Sin embargo, durante esta misma fase se renunció ya a la teoría del origen traumático de las neurosis en la sexualidad y con ello al método hipnótico como método de tratamiento, para dar lugar al método de asociación libre, que da mayor peso a la expresión de los deseos instintivos inconscientes en la génesis del conflicto. En otras palabras, se expresa lo que está detrás, en el inconsciente, reprimido y que dio lugar a que se forme un conflicto.

*Segunda fase:* Comprende el período desde 1900 hasta 1923 aproximadamente. Durante esta fase Freud desarrolló las bases y el constructo esencial de la técnica psicoanalítica. Elaboró sus principales escritos sobre técnica y se concentró en el análisis de la transferencia y las resistencias transferenciales.

*Tercera fase:* El psicoanálisis cobra gran fuerza en toda Europa y más allá de sus fronteras se vuelve popular el "modelo básico del psicoanálisis", que se concentra en conceptos teóricos y técnicos fundamentales, tales como la neutralidad, la regla de abstinencia, la duración de 45 a 50 minutos por sesión (antes de esto una sesión podía durar horas), las intervenciones del psicoanalista que se realizan en forma de interpretación, confrontación y reconstrucción, la resistencia, la transferencia y la contratransferencia, la alianza terapéutica, el *acting out*, el *insight*, la elaboración y la reelaboración, y la reacción terapéutica negativa.

*Cuarta fase:* Durante esta fase, que data de la década de 1950, cobran especial importancia las adaptaciones de la técnica psicoanalítica con el fin de adecuarla al tratamiento de otra clase de trastornos, ya que antes se enfocaba principalmente en el tratamiento de las neurosis desde una perspectiva intrapsíquica y relacionada con el carácter impulsivo del sujeto. Debido a estas adaptaciones y a la evolución del conocimiento psicoanalítico, se dieron a conocer diferentes líneas o escuelas dentro del mismo psicoanálisis en distintos momentos y lugares; por mencionar algunas de estas líneas, se conocen la psicología del *yo*, la escuela de las relaciones objetales y el grupo independiente.

*Quinta fase (actual):* Comprende desde finales del siglo XX hasta la actualidad y es la fase en la que se da principal importancia a los aspectos interpersonales del proceso psicoanalítico. Se reconoce que los procesos inconscientes ocurren no solo intrapsíquicamente, sino además en el contexto de una relación entre dos personas. Surgen líneas de pensamiento como la intersubjetiva y la relacional, que gozan de gran fuerza en la actualidad.

## 3 ¿Cuál es la diferencia entre psicología, psicoanálisis y psicoterapia?

*Marcos Ibarra Infante*

Una de las dudas más comunes cuando alguien decide comenzar a trabajar en su salud mental es decidir a qué tipo de tratamiento acudir o con qué especialista, o si debe hacerse desde la psicología, el psicoanálisis o la psicoterapia. La inquietud es muy razonable, pues la selección tendrá un efecto directo en la meta de la cura y el tiempo de tratamiento.

La *psicología* es una ciencia que estudia la naturaleza del comportamiento humano desde diversos campos, como el clínico, el educativo, el social, el industrial y el experimental. La psicología clínica se refiere a la consulta especializada con intervención en áreas del desarrollo de la conducta, aspectos emocionales y las repercusiones en la familia, con el fin de mejorar la calidad de vida. El psicólogo realiza el diagnóstico y decide el tratamiento dándole más importancia a las dimensiones del pensamiento. Realiza pruebas psicométricas, puede dar consejos y proveer tratamiento para trastornos mentales y dificultades psicológicas de la vida cotidiana. Para el psicólogo, la curación es la eliminación del síntoma que aqueja a la persona y, una vez que eso ocurre, la terapia finaliza.

El *psicoanálisis* busca la exploración de los procesos psíquicos inconscientes a través de la asociación libre del sujeto, para facilitar la verbalización de lo que es inaccesible en tanto está reprimido. El síntoma en el psicoanálisis no es el signo de una enfermedad, sino la expresión de un *conflicto inconsciente*. La clínica psicoanalítica se centra en una *escucha analítica*. Para el psicoanalista, la transformación subjetiva de la persona será el principal objetivo del tratamiento. En ese transcurso desaparecerá el síntoma de forma secundaria al tratar el *nudo inconsciente* que lo provocaba. El psicoanálisis no considera a los pacientes enfermos, sino personas que sufren y quieren cambiar. La curación para el psicoanalista se produce con la modificación psíquica de la persona, lo que le permitirá vivir bien y saber manejarse mejor con los malestares inherentes a la propia vida. El psicoanálisis contempla el tratamiento terapéutico individual.

La *psicoterapia* se refiere al trabajo de descubrir para mejorar la calidad de vida y las relaciones de una persona. Existen diferentes enfoques en psicoterapia: psicoanalítica, cognitivo-conductual, sistémica y de familia, humanista e integrativa, o de grupos, entre otros. El psicoterapeuta tiene una especialización en psicoterapia que le provee alguna institución reconocida, pero no necesariamente tiene estudios universitarios en psicología. El psicoanalista tampoco tiene necesariamente estudios universitarios en psicología clínica, sin embargo, en su mayoría poseen estudios de medicina, psiquiatría, psicología o áreas afines. Los psicoanalistas, así como los psicoterapeutas psicoanalíticos tienen la obligación de llevar ellos mismos un análisis personal durante varios años antes de ejercer, así como un proceso de supervisión de su ejercicio clínico por pares u otros profesionales con más experiencia. El psicólogo precisa una licenciatura en psicología, pero no requiere pasar por un proceso terapéutico o análisis propio.

Las diferencias entre psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica son, entre otras, que en la última el número de sesiones semanales es menor que en la primera, generalmente una por semana, así como las intervenciones y expresiones que puede realizar el psicoterapeuta, que en el caso del psicoanálisis son por lo general silenciosas o mínimas. Además, para un buen psicoanálisis es necesario hacer sesiones en el diván.

# 4 ¿Qué se requiere para ser psicoanalista?

*David Carreón Robledo*

Durante mucho tiempo las instituciones psicoanalíticas requerían que sus estudiantes fueran médicos o psicólogos para formarse en el estudio del psicoanálisis, muchas incluso reservaban la autoridad para determinar quién sí y quién no podía ser psicoanalista a un grupo selecto de psicoanalistas experimentados que formaban, como en muchas tribus arcaicas, el consejo de ancianos, ese que toma las decisiones sobre la tribu; sobra decir que la crítica a ese antiguo modelo es que las decisiones se basan en la subjetividad de cada uno de los jueces y se llegan a cometer infinidad de arbitrariedades sobre el deseo y la vocación de los alumnos.

Si hacemos una revisión histórica del movimiento podemos encontrar notables representantes del psicoanálisis que iniciaron su preparación viniendo de otras áreas del saber humano: artistas, intelectuales, matemáticos. Actualmente, se considera que los requerimientos para ser psicoanalista estriban más en la personalidad, las capacidades intelectuales y la preparación teórica del candidato que en su formación académica primaria.

La formación psicoanalítica se sostiene sobre cuatro pilares:

*Preparación académica:* se refiere a las clases y seminarios teóricos en los que el aprendiz lee, estudia y discute textos sobre teoría y técnica de la práctica del psicoanálisis.

*Práctica clínica:* la consulta clínica con pacientes reales en la que se ejerce y despliega el saber adquirido en los seminarios teóricos.

*Análisis didáctico:* la persona en formación vive en carne propia la experiencia de analizarse y ser psicoanalizado. Este análisis tiene la cualidad de ser didáctico, porque la experiencia se vuelve un campo de identificación

# 24 Mecanismos de defensa, ¿cómo nos defendemos de los dolores psíquicos y afectivos?

*Marcos Ibarra Infante*

A la mayoría de las personas no nos gusta vivir en un estado permanente de angustia, ansiedad, miedo, culpa o vergüenza. Estos dolores psíquicos o afectivos pueden provenir de nuestras actividades diarias o del ambiente externo, pero también de nuestro interior sin una aparente causa. Nuestra mente puede desarrollar una serie de procesos psíquicos que nos ayudan a adaptarnos a ciertas exigencias afectivas.

Los *mecanismos de defensa* son esas reacciones inconscientes mediante las cuales ideas o sentimientos displacenteros son evitados, excluidos de la conciencia, transformados en lo contrario, o compensados por otras ideas o sentimientos. Aparecen en situaciones emocionalmente difíciles de aceptar y los utiliza nuestra mente para intentar mantener el equilibrio psicológico y evitar el sufrimiento o malestar de enfrentar esas situaciones. Todos usamos diferentes mecanismos de defensa, en diverso grado e intensidad, dependiendo de las situaciones y las presiones de la vida diaria. El problema surge cuando el uso de esos mecanismos de defensa nos conduce a un comportamiento inadaptado o patológico que tiene efectos en nuestro cuerpo y en nuestra mente, por eso es importante saber que existen y saber qué hacer con ellos.

La primera descripción de los mecanismos de defensa la hizo Freud. La idea aparece por primera vez en un estudio titulado "La neurosis de defensa" y describe las luchas del *yo* contra ideas y afectos dolorosos e insoportables. Freud los utiliza posteriormente para describir los procesos defensivos característicos de determinadas neurosis. Con Anna Freud el estudio de estos mecanismos cobra mayor relevancia y además enumera otros importantes, entre los que están la *represión,* la *regresión,* la *formación reactiva,* el *aislamiento,* la *proyección,* la *introyección,* la *vuelta hacia la otra persona,* la *transformación en lo contrario* y la *sublimación*.

No olvidemos que existe una gran cantidad de contenidos que tratamos de mantener fuera de nuestra consciencia, que pueden presentarse en forma de recuerdos, imágenes, pensamientos o emociones, y que pueden generar ansiedad, herir la autoestima, provocar culpabilidad o de-

primir. Los mecanismos de defensa nos ayudan a ocultarle este displacer a nuestra consciencia, transformando nuestro mundo interno e incluso convirtiendo algo angustiante en algo deseado y placentero.

Un ejemplo de *represión* puede ser lo que hacemos con un hecho traumático de nuestra vida, como una violación o un asalto violento; reprimimos el recuerdo con el fin de evitar la ansiedad que nos causa y lo hacemos hasta llegar a olvidarlo con el paso de los años.

La *regresión* es un retroceso a situaciones o hábitos anteriores, generalmente infantiles; por ejemplo, un adolescente al que no se le permite asistir a una fiesta y reacciona haciendo pataletas y gritando a sus padres como si fuera un niño.

La *formación reactiva* es un mecanismo que se expresa en sentido opuesto a un deseo reprimido; por ejemplo, la excesiva ternura que manifiesta un hermano hacia otro que en el fondo odia.

El mecanismo de *aislamiento* se presenta cuando un paciente aísla un pensamiento o comportamiento y elimina las conexiones con otros pensamientos o incluso con su vida; por ejemplo, cuando platica sobre un hecho traumático con toda naturalidad como si no fuera él quien lo sufrió. Un ejemplo de *proyección* es cuando una persona que se siente insegura sobre su cuerpo le señala a otra "que es insegura", con la intención de proyectar en ella su propio sentimiento.

La *introyección* se presenta cuando una persona, de forma fantaseada, incorpora cualidades de objetos externos; por ejemplo, la persona que empieza a vestirse y comportarse como su padre que lo abandonó.

La *vuelta hacia la otra persona* o *vuelta contra sí mismo* es un mecanismo que provoca la agresión contra el propio *self*; es una forma de desplazamiento en que la persona se vuelve su propio blanco, la agresión y la irritabilidad se prefieren dirigir hacia uno mismo que hacia algún objeto relevante que pueda ser el verdadero causante del enojo, como la madre.

La *transformación en lo contrario* ocurre cuando el objetivo de una pulsión se transforma en su contrario, principalmente al pasar de la actividad a la pasividad; por ejemplo, cuando una persona pasa de ser objeto de agresión a volverse agresiva contra el otro.

La *sublimación* es la capacidad de transformar impulsos sexuales o agresivos rechazados socialmente por otros distintos, aunque psíquicamente ligados; por ejemplo, la persona que tiene un especial deseo por la sangre o el juego con cuchillos y encuentra en la cirugía una vía de conciliar este gusto con un beneficio social.

# 25 La introyección, ¿por qué es un mecanismo de defensa?

*Ana Martínez Vázquez*

Freud fue el primero, pero no ha sido el único autor que ha contribuido con los conceptos que hoy usamos en psicoanálisis. Otro de los grandes fue Sándor Ferenczi, el psicoanalista introyectivo, como lo llaman algunos por ser el primero en poner este término sobre la mesa del psicoanálisis. A Sándor se le ocurre un año después de su encuentro con el austriaco.

Freud y Ferenczi se reunieron por primera vez el domingo 2 de febrero de 1908. En ese entonces Sigmund tenía 58 años y Sándor 35. Joven sí, pero con experiencia porque llevaba tiempo trabajando en hospitales y ya contaba con publicaciones interesantes sobre diversos temas. Se reúnen en una especie de supervisión, para que Freud opine sobre lo que Ferenczi en ese momento traía entre manos.

Un año después Sándor explica la introyección como un proceso psíquico en el cual una persona hace suyas o se atribuye características de otras personas. En palabras del psicoanálisis, hace suyas cosas de los *objetos* que lo rodean. No solo de los objetos que ama y admira, también de los que odia y teme. Así se incorporan conductas, patrones, actuaciones de los otros que no son propiamente nuestras.

La introyección es como un abrazo con los otros, con los objetos, que nos ayuda a nuestra propia construcción. En otras palabras, hacemos nuestro lo de los otros.

La huella que nos van dejando las vivencias con los objetos están introyectadas, de tal manera que introyectamos los objetos y con eso construimos nuestra psique. El concepto *introyección* es hoy de enorme riqueza para el psicoanálisis.

La introyección es inconsciente, es decir, ni cuenta nos damos de que adoptamos cosas de los demás. A veces resulta evidente cuando un hijo o hija se parecen mucho a sus padres en lo que dicen y en cómo actúan, pero no siempre.

La introyección funciona como un mecanismo de defensa con el que los psicoanalistas podemos trabajar para ayudar a nuestros pacientes a entender situaciones y molestias.

# 26 ¿Qué es lo que se actúa en el psicoanálisis? *Acting out*

*Aurea María Costal Lopo*

El *acting out* es un término muy controvertido entre los psicoanalistas. Diferentes autores han manifestado que la definición del término llega a ser imprecisa y que podría incluso confundirse con un acto fallido; sin embargo, hay un punto en el que todos los psicoanalistas coinciden y es el hecho de que no puede dejarse de lado. Una vez que aparece la actuación hay que analizarla y tratar de encontrar el significado que tiene para el paciente.

Es bien conocida la frase "todo lo que no se habla se actúa". El *acting out*, en una definición simple, es la actuación de un conflicto psíquico no elaborado por la psique del paciente, por lo que siempre tiene la función de una resistencia. Es una resistencia porque consiste en repetir, por medio de la actuación, afectos, recuerdos y traumas, en lugar de verbalizarlos.

Como toda resistencia, el *acting out* tiene cierto grado de deformación y olvido del suceso o sentimiento acontecido. Debe ser analizado y comprendido junto con el paciente, ya que las actuaciones pueden ir desde llegar tarde a una sesión, olvidar la sesión, tener un accidente de coche o hasta intentar el suicidio. El grado al que lleguen las actuaciones dependerá de los recursos del aparato psíquico del paciente.

¿Cómo se identifica un *acting out*? No todo lo que no hemos hablado o concientizado será un *acting out*. Hay que recordar que lo que llega a la actuación, para que se considere como tal, tiene que ser un conflicto psíquico no elaborado; es decir, hubo algo que marcó la vida psíquica del paciente y que por la inmadurez o indisposición de las *funciones yoicas* causó un trauma de tal magnitud que tuvo que ser reprimido sin pasar por la palabra para poderlo elaborar.

Para que se dé el *acting out* tiene que haber una situación externa que recuerde el trauma, que en su mayoría es totalmente inconsciente, y que tiene que estar asociado a un objeto interno del paciente. Así, la interacción entre el objeto y la situación reactivan vestigios deformados del trauma, que causan un estado de ansiedad tan fuerte que desequilibra al *yo*, de tal manera que el último recurso que encuentra para equilibrarse es hacer una actuación o el *acting out*.

Por otro lado, Laplanche (1996, p. 9) define el acto fallido como el "acto en el cual no se obtiene el resultado explícitamente perseguido, sino que se encuentra reemplazado por otro. Se habla de actos fallidos no para designar al conjunto de errores de la palabra, la memoria y la acción, sino para aludir a aquellas conductas que el individuo habitualmente es capaz de realizar con éxito y cuyo fracaso tiende a atribuir a la falta de atención o al azar. Freud demostró que los actos fallidos son, como los síntomas, formaciones de compromiso entre la intención consciente del sujeto y lo reprimido".

A diferencia del *acting out,* el acto fallido no está asociado al trauma, no hay una situación externa asociada a un objeto interno que lo detone. En el acto fallido se pone de manifiesto la expresión contraria o diferente a la intención consciente del paciente. El acto fallido también se puede representar a través de la actuación, del lenguaje verbal y no verbal, donde está presente el deseo y no el trauma; es decir, hay un deseo relativa o totalmente consciente de querer hacer una cosa y hacer lo contrario. Por ejemplo, decir un nombre por otro, o querer felicitar y dar el pésame. Esto, decimos, se explica porque en el consciente se interpone la realización del deseo del inconsciente.

## 27 Funciones yoicas, ¿fenómenos observables?

*Ana Martínez Vázquez*

Las funciones del *yo* o funciones yoicas surgen cuando diversos autores intentan describir y evaluar la conducta de los pacientes en función de cómo se comportan ante ciertas situaciones. Surgen cuando los estudiosos hacen entrevistas a los pacientes, que después analizan evaluadores independientes.

Con estos datos, se seleccionaron doce funciones yoicas (Bellak *et al.*, 1973), que se reconocen en fenómenos observables y son importantes para darnos cuenta de las fortalezas del *yo*. Las funciones yoicas son:

*1. Prueba de realidad:* cuando el paciente es capaz de reconocer estímulos internos y diferenciarlos de los externos.

*2. Juicio crítico:* el paciente es capaz de anticiparse a las consecuencias de sus acciones y prevé posibles peligros, pero hay que analizar cómo se