

142



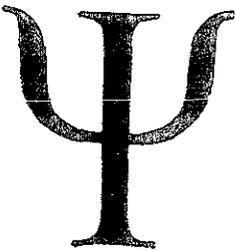
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

ANALISIS E IMPLICACIONES DE LA RESISTENCIA EN EL PROCESO PSICOTERAPEUTICO

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGIA PRESENTA: GLORIA ORTIZ ROJAS

DIRIGIDA POR LA MTRA. ASUNCION VALENZUELA COTA



MEXICO, D.F.

2000

Handwritten numbers: 2000 09 21



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

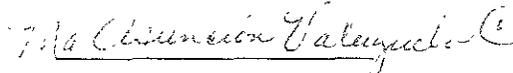
JURADO ASIGNADO

PRESIDENTE: Dr. Mario A. Cicero Franco
VOCAL: Lic. Celso Serra Padilla
SECRETARIO: Lic. Asuncion Valenzuela Cota
SUPLENTE: Lic. Rosario Muñoz Cebada
SUPLENTE: Lic. Anne Marie Brugman García

SITIO DONDE SE DESARROLLO LA TESIS

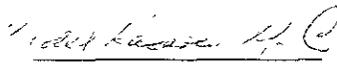
Facultad de Psicología, UNAM.

ASESOR



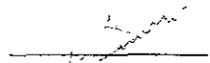
Lic. Asuncion Valenzuela Cota

SUPERVISOR TECNICO



Lic. Rosario Muñoz Cebada

SUSTENTANTE



Gloria Ortiz Rojas

INDICE DE CONTENIDO

	Página
RESUMEN	2
INTRODUCCION	5
CAPITULO I	
GENERALIDADES SOBRE EL ESTUDIO DE LA RESISTENCIA.....	9
EN LA OBRA DE FREUD	
CAPITULO II	
DEFINICION Y CLASIFICACION DE RESISTENCIA.....	25
A) DEFINICION.....	25
B) CLASIFICACION.....	30
CAPITULO III	
CONSIDERACIONES TECNICAS SOBRE LA RESISTENCIA.....	37
EN EL PROCESO PSICOANALITICO	
A) EL MANEJO TECNICO DE LA RESISTENCIA.....	40
B) MANIFESTACIONES RESISTENCIALES DURANTE EL PROCESO.....	47
C) REQUERIMIENTOS DEL PSICOANALISTA EN EL MANEJO TECNICO.....	58
DE LA RESISTENCIA	
CAPITULO IV	
LA RESISTENCIA: IMPLICACIONES EN EL TRABAJO PSICOTERAPEUTICO.....	63
CAPITULO V	
ANALISIS Y CONCLUSION.....	77
CAPITULO VI	
LIMITACIONES.....	86
GLOSARIO.....	98
BIBLIOGRAFIA.....	99
INDICE ANALITICO.....	105

RESUMEN

La resistencia es un fenómeno que descubrió Freud, en 1912 la definió como todo fenómeno que representa las fuerzas que dentro del paciente se oponen a los procesos y procedimientos de la labor analítica. En mayor o menor grado, está presente desde el principio hasta el fin del tratamiento.

La resistencia surgió dentro del enfoque psicoanalítico a finales del siglo XIX, en ese momento del desarrollo de la teoría psicoanalítica se rescata su importancia en los trabajos que Freud realizó con las psiconeurosis. Sin embargo, durante el siglo XX el desarrollo y/o evolución del trabajo con la resistencia ha sido muy amplio aún dentro del psicoanálisis. Diferentes autores psicoanalíticos han realizado revisiones y aportaciones que complementan y enriquecen tanto el concepto como su clasificación, su manejo técnico, los procedimientos analíticos para su abordaje, la relación que guarda con otros conceptos psicoanalíticos, sus diferentes manifestaciones, los tipos específicos de resistencia, etc. En general, las propuestas teóricas y técnicas, posteriores a Freud han abierto un panorama variado y rico pero complejo, así como se presentan elementos de convergencia, también se observan divergencias que pueden generar un caos en el lenguaje y manejo técnico de la resistencia en el trabajo psicoanalítico.

En la presente investigación se tratan algunos aspectos teóricos y conceptuales sobre resistencia, que abordan diferentes autores dentro del trabajo psicoanalítico y no analítico sobre el estudio de las formas como han analizado a la resistencia, dando mayor importancia al estudio de ésta dentro del enfoque psicoanalítico, donde la resistencia es un obstáculo para el tratamiento al mismo tiempo que se convierte, por representar los procesos del inconsciente, en uno de los elementos cruciales para descubrir y superar el problema del paciente.

En el desarrollo del capitulado que constituye la tesis, se revisaron los aspectos siguientes: análisis cronológico sobre el concepto de resistencia en la obra de Freud; análisis sobre resistencia y su relación con otros términos psicoanalíticos; así como también se define y clasifica la resistencia conforme lo plantean diferentes autores; se enuncian algunos procesos y procedimientos en el trabajo con la resistencia; se brinda un panorama de las manifestaciones de resistencia que enuncian algunos autores; también se hace énfasis en algunos de los requerimientos que todo psicoanalista debe poseer para el manejo técnico de la resistencia; casi para finalizar, se consideraron algunas aportaciones e investigaciones sobre resistencia y psicoterapia en general. Se procedió a realizar un análisis de la información vertida sobre los capítulos que constituyen el presente trabajo resaltando, nuevamente la importancia de la resistencia en todo proceso psicológico y psicoterapéutico donde se presente una necesidad de cambio. Para finalizar, se mencionan algunas limitaciones del trabajo como son: grado de dificultad que se enfrenta al abordar todo aquello que se refiera al material inconsciente, necesidad de formación especializada por parte del psicoterapeuta, etc.

Lo anterior, brinda al lector un panorama general sobre el estudio y desarrollo del concepto de resistencia, resultando evidente que es dentro del enfoque psicoanalítico donde se han logrado los mayores alcances, probablemente se debe a que el trabajo psicoanalítico se encamina a descubrir y, posteriormente a vencer las resistencias ligadas al inconsciente, a diferencia de otras teorías o enfoques donde no es abordada como parte del proceso de cambio terapéutico, es decir se deja de lado o simplemente se ignora, pues es vista mayormente como elemento opositor al tratamiento. El cambio terapéutico en otros enfoques se encamina a evaluar factores ajenos a los procesos del inconsciente, y al terapeuta sólo le queda dar por hecho que está tratando con resistencias más no se incluyen como objeto de análisis.

A lo largo de la tesis resultó evidente que la resistencia no es privativa de la psicoterapia, se encuentra presente en toda situación que demande cambio, en el trabajo del psicólogo clínico la resistencia estará presente en diferentes momentos de su ejercicio y de igual forma se manifestará ante diversas situaciones que demanden ayuda

e intervención, por ello debe ser analizada en diferentes momentos del proceso clínico que incluye funciones profesionales tales como: psicodiagnóstico, prevención, tratamiento, rehabilitación, promoción de salud y desarrollo, etc., así como en diferentes niveles relacionados con el foco de atención: individual, familiar, de grupo, institucional, comunitario.

Par concluir, es importante mencionar que la resistencia es un problema que merece y demanda la más viva atención en el ejercicio de la psicoterapia, pues su manejo técnico adecuado dentro de todo proceso psicoterapéutico permitirá que sea un elemento en favor del cambio y no un obstáculo como tal.

INTRODUCCION

En la presente investigación se ofrece una revisión desde el punto de vista conceptual respecto de las formas como se ha abordado a la resistencia, dando mayor énfasis a la perspectiva de la teoría y técnica psicoanalítica, puesto que es a partir de dicha técnica que se analiza con mayor profundidad este concepto. Se consideran las propuestas y aportaciones de diferentes autores que la abordan tanto para su análisis teórico como para su utilización como procedimiento en la práctica clínica psicoanalítica, lo anterior, pretende proporcionar un análisis de la información acerca del tema.

Considerando que es a partir del trabajo de Freud con las psiconeurosis desde fines del siglo XIX cuando se rescata la importancia de las resistencias para el psicoanálisis, es pertinente hacer mención al concepto de resistencia que refiere dicho autor; en 1912 la define como un fenómeno que representa las fuerzas que dentro del paciente se oponen a los procesos y procedimientos de la labor analítica. En mayor o menor grado, está presente desde el principio hasta el fin del tratamiento.

Pese a la evolución del término de la resistencia, en cuanto al desarrollo de su conceptualización, clasificación y a las diferentes teorías, métodos y enfoques terapéuticos que la han estudiado, se sigue tratando, desde el punto de vista psicoanalítico, como un obstáculo para el análisis. La resistencia puede constituir además un indicador del funcionamiento mental del paciente; pero ante todo se considera como elemento fundamental del análisis ya que sin la presencia de las resistencias sería muy difícil detectar la problemática central del paciente puesto que ésta representa una manifestación del inconsciente.

La *finalidad de la terapéutica psicoanalítica* ha sido vencer las resistencias que se ligan a la represión del material inconsciente dificultando su acceso a la consciencia y su consecuente análisis, a diferencia de otras formas de psicoterapia donde se hace muy poco por esclarecerlas o tan sólo se les rodea y deja de lado.

Es importante mencionar que una psicoterapia jamás se desarrolla sin que exista una o varias resistencias de por medio, las cuales al ser manejadas desde el punto de vista técnico, constituyen la parte central de todo proceso psicoterapéutico.

En general, fuera de la perspectiva psicoanalítica, se escribe sobre psicoterapia pero no se aborda a la resistencia como parte central del proceso mismo, más bien, se considera a ésta como elemento opositor del cambio, no como proceso del inconsciente sino como elemento sociocultural, cuyo cambio depende de otros factores sin considerar los procesos del inconsciente, de esta manera, las terapias no psicoanalíticas se han desarrollado en otras direcciones, dejando de lado el estudio de la resistencia.

La resistencia no es privativa de la psicoterapia, está presente en toda situación que requiera o demande cambio. Por tal razón se manifiesta frecuentemente dentro del trabajo profesional de la psicología, pero específicamente es tratada en el ámbito clínico y requiere ser abordada en diferentes momentos y funciones del psicólogo: prevención, tratamiento, rehabilitación, promoción de la salud y del desarrollo, etc., y tanto de manera individual, familiar, de grupo, institucional o comunitario.

De acuerdo con la información vertida en párrafos anteriores, el tema de la resistencia se vuelve relevante dentro del quehacer psicológico y la presente investigación puede ser información pertinente para considerar su manejo y aprovechar el lugar que ocupa dentro de los conflictos psicológicos en general.

La recopilación de información bibliográfica, en este caso acerca de la resistencia, pasa a ser objeto de conocimiento científico (análisis teórico – conceptual), y como cualquier otro objeto de conocimiento puede serle aplicada una metodología de investigación capaz de obtener la información posible sobre el tema sin que en ningún momento ese objeto tenga que ser violentado ni modificado para cubrir los requerimientos de aplicación de un punto de vista en particular. De esta manera se brinda al lector una revisión sobre el tema de la resistencia, así como un análisis de la

misma como recurso en el trabajo de la psicoterapia, lo cual podrá servir como antecedente o referente para futuras investigaciones.

Un texto o investigación sobre resistencia como elemento psicoterapéutico no elimina las diferencias de opinión o controversias en cuestiones teóricas o técnicas pero puede ser útil como punto común de referencia para el trabajo clínico (Prime, 1943, en Quiñones V., 1990).

Para llevar a cabo la investigación se realizó una búsqueda bibliográfica, acerca del tema y posteriormente con base a la información recopilada, se dividió en seis capítulos:

1- Generalidades sobre el estudio de las resistencias en la obra de Freud. En este capítulo se ofrece un análisis de tipo cronológico – evolutivo sobre el concepto de resistencia en la obra de Freud, el cual es abordado también por diferentes autores, así mismo se analiza su relación con otros términos psicoanalíticos como son; transferencia, contratransferencia, represión, defensa, etc. De acuerdo con lo expuesto por Freud en 1913 (Sobre la iniciación del tratamiento), se enuncian algunos problemas a los que se expone el psicoanalista en la primera fase del tratamiento psicoterapéutico.

2- Definición y clasificación de resistencia. En este capítulo se define y clasifica a la resistencia de acuerdo con el punto de vista de diferentes autores. Las aportaciones psicoanalíticas más importantes respecto a estos elementos son y han sido hasta la actualidad, las referidas por Freud en 1912 para la conceptualización y en 1926 para la clasificación de resistencia.

3- Consideraciones técnicas sobre la resistencia en el proceso psicoanalítico. Tomando en cuenta el análisis que hacen diferentes autores, sin dejar a un lado la prioridad que merece Freud por sus aportaciones sobre todo las de 1912 (Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico), se enuncian algunos procesos y procedimientos en el trabajo con la resistencia. Resulta importante mencionar la

descripción realizada de diversas manifestaciones de resistencia durante el proceso psicoterapéutico. Además se enuncian algunos requerimientos que todo psicoanalista debe poseer para el manejo técnico de la resistencia.

4- La resistencia: implicaciones en el trabajo psicoterapéutico. Se consideran algunas aportaciones e investigaciones realizadas por diversos autores sobre resistencia y psicoterapia en general, en las que se visualiza dicho concepto en primera instancia, desde el punto de vista analítico y clínico para posteriormente, revisar el papel que juega desde diferentes enfoques psicológicos y terapéuticos no psicoanalíticos.

5- Análisis y discusión. Para realizar esta parte del trabajo se consideró la información recopilada en los capítulos anteriores. Se analiza y discute que el estudio de la resistencia ha sido de gran importancia dentro de la psicología dinámica pero que forma parte de todo proceso psicológico y psicoterapéutico donde esté de por medio la necesidad de cambio, independientemente de la concepción teórica de que se trate.

6-Limitaciones. Algunos elementos considerados como limitantes fueron los siguientes: dificultad de acceso al material de investigación respecto al manejo técnico específico de las implicaciones resistenciales dentro del proceso; grado de dificultad que se enfrenta al abordar lo referente al inconsciente; la necesidad de formación especializada (del analista pero en este caso del investigador), lo que implica investigar el tema mismo de la resistencia en otras palabras “las resistencias generadas ante el estudio de la misma resistencia”; entre otras.

CAPITULO I

GENERALIDADES SOBRE EL ESTUDIO DE LA RESISTENCIA EN LA OBRA DE FREUD

La presente investigación ofrece una revisión teórica respecto del estudio de las resistencias que se presentan ante todo en psicoanálisis así como en algunos abordajes terapéuticos no analíticos, las diversas formas como se ha estudiado, dependiendo de enfoques particulares, también se analiza lo que proponen y han aportado diferentes autores que la estudian, cómo la estudian y el lugar que ocupa en escenarios de investigación no precisamente desde el punto de vista clínico.

Es necesario mencionar que la resistencia es un fenómeno que descubrió Freud, quien la concibió como principio fundamental de la teoría psicoanalítica, él fue quien mostró a los médicos el hecho de que en la medicina psicológica la resistencia es un factor que no puede pasarse por alto. La renuencia de los pacientes a aceptar el tratamiento se atribuye al miedo, que es una fuerza tal vez relacionada con la inercia descubierta por Newton en toda la materia, una renuencia a cambiar de postura (K., Menninger, 1960, p. 152).

Por otro lado, el estudio de la resistencia ha sido de gran importancia dentro de la psicología psicodinámica, ya que representa las fuerzas que dentro del paciente se oponen a los procesos y procedimientos de la labor psicoanalítica. En mayor o menor grado, está presente desde el principio hasta el fin del tratamiento (Freud, 1912). Desde este enfoque una psicoterapia jamás se desarrolla sin que exista una o varias resistencias de por medio las cuales constituyen desde el punto de vista técnico un aspecto central del proceso psicoterapéutico.

Greenson en 1986, realiza un análisis cronológico sobre la vida de Freud respecto al concepto de resistencia, como a continuación se expondrá:

En 1886, en Viena, Freud abrió su primer consultorio médico como especialista en "enfermedades nerviosas", pronto se da cuenta que con la neurología, tal como se la habían enseñado, no lograba gran cosa para la mayoría de sus enfermos. Estos no sufrían, en general, ninguna lesión orgánica del sistema nervioso, eran "nerviosos", hoy diríamos neuróticos, es decir, personas con padecimientos en todas las ramas de la medicina sin corresponder, propiamente hablando, a ninguna.

Al encontrarse delante una categoría de enfermos que no le habían enseñado a tratar, Freud se dedicó a ellos con la atención y la curiosidad de las que Charcot le había dado el ejemplo durante su estancia en la Salpêtrière. Sin duda, el maestro francés no le había transmitido la terapia eficaz que ahora hallaba necesaria, pero por lo menos le había dado a la histeria una importancia científica nueva que no era completamente teórica.

Al regresar a París, Freud decidió hacer un informe, a la Sociedad de Médicos vienesa, sobre lo que había visto y aprendido con Charcot, sin embargo, las autoridades declararon lo expuesto por Freud falto de fe y dignidad. El fracaso de aquel primer informe, si bien no enemistó a Freud con la Sociedad de Médicos tan radicalmente como le parecía recordar más tarde, fue sin embargo decisivo al obligarlo a trabajar solo para cumplir su doble tarea: tratar las extrañas enfermedades que observaba y, para ello, encontrar el medio de comprenderlas. Así empezó por tratar con los precarios medios terapéuticos que le ofrecía su tiempo (electroterapia e hipnosis).

Desde 1882 Freud había oído hablar de Breuer en el caso de Ana O y había estudiado la hipnosis con Charcot en 1885 - 1886, pero se limitó a emplear los métodos terapéuticos acostumbrados en la época (crear síntomas y después suprimirlos) lo cual empezó a practicar. Sin embargo en 1887 empezó a emplear la hipnosis con la intención de hacer desaparecer los síntomas del paciente.

Tratando de sacar partido de todas las técnicas, se apartó cada vez más de las enfermedades nerviosas orgánicas, en cierto sentido sin haberlo deseado, para dedicarse por completo a la hipnosis. Pronto reparó en que no era posible hipnotizar a todos los sujetos y

que, en los que se presentaban, el estado de hipnosis no era siempre tan profundo como habría sido deseable.

Con Charcot, Freud había adquirido la certeza de que los trastornos histéricos (ejemplo: contracciones y parálisis) no correspondían a un sector anatómico determinado sino a una imagen, a una representación mental (del brazo o de la pierna, quizá). Los histéricos sabían, pero en cierto sentido a su pesar, cosas que se referían de cerca a la causa de su enfermedad. Solos no podían encontrar, ni expresar lo que permanecía misteriosamente escondido para su consciencia, la hipnosis y la sugestión no eran sino medios de provocar ese recuerdo.

Según Ana Freud en 1889, Freud emplea por vez primera la hipnosis en el caso de Emmy Von N., con fines catárticos. Hipnotizó a la paciente y le pidió que hablara del origen de cada uno de sus síntomas. Con esta técnica hipnótica del período preanalítico, se proponía comprender los contenidos del inconsciente, y sólo consideraba al yo y a las resistencias como un factor perturbador. Para 1892 Freud comprendió que su capacidad para hipnotizar era limitada y hubo que decidir y elegir entre abandonar el tratamiento catártico o intentarlo sin llegar al estado de sonambulismo (Breuer y Freud, 1893 - 5, citado en Greenson 1986). El mayor triunfo de la técnica hipnótica fue la eliminación completa del yo durante la exploración.

El caso de Ana O., estudiado por Breuer, ayudó a Freud a producir una colaboración con Breuer que duró cinco años (1890 a 1895), fecha en la cual publicaron sus *Estudios sobre la histeria*. Dicho escrito se ha considerado como la primera obra de literatura psicoanalítica.

El caso de Elizabeth Von R., de Freud en 1892, se trató por completo mediante la sugestión en estado de vigilia, así mismo, describió por vez primera la resistencia (caso descrito más adelante). Para 1896 había abandonado por completo la hipnosis, en este mismo año había terminado su obra sobre *La interpretación de los sueños*, misma que no se publicó hasta 1900. (Greenson, 1986).

Al intentar abandonar los procedimientos hipnóticos entre 1892 y 1895, Freud introdujo el método de la asociación libre, y desde ese contexto y procedimiento, definió la resistencia como la forma en que el paciente infringe la regla fundamental. En tal caso, la resistencia es un obstáculo para el esclarecimiento de los síntomas y para el avance del tratamiento (Greenson, 1986).

Se ha considerado a los *Estudios sobre histeria* (1893-5) como el comienzo del psicoanálisis. En la *comunicación preliminar* de 1893, Breuer y Freud (1893-5) sostenían que " los distintos síntomas histéricos desaparecían inmediata y definitivamente en cuanto se conseguía despertar con toda claridad el recuerdo del proceso provocador, y con él afecto concomitante, y describía el paciente con el mayor detalle posible dicho proceso dando expresión verbal al efecto "creían que sólo por la abreacción podía un paciente lograr cabalmente un efecto "catártico" y liberarse así del síntoma histérico.

En este punto de la historia del psicoanálisis se consideraba que los procesos terapéuticos eran la abreacción y el recuerdo, con preferencia por la abreacción. Se hipnotizaba al paciente y se trataba de hacerle recordar el hecho traumático, porque entonces tendría una experiencia catártica curativa (caso Ana O.), Freud comprendió que dentro de los pacientes había una fuerza que se oponía al tratamiento (Caso Elizabeth Von R). Llegó a concluir que aquella fuerza, que era una resistencia al tratamiento, era la misma que impedía a las ideas patógenas hacerse conscientes. El fin era defensivo. Para Freud, la tarea del terapeuta consistía en vencer esa resistencia y lo hacía mediante el "apremio", presionando, apretando la frente, interrogando, etc., (Citado en Greenson 1986).

Freud descubrió los fenómenos de resistencia y transferencia, pero en lo esencial los consideraba obstáculos para su labor. El objetivo principal era conseguir la abreacción afectiva y recobrar los recuerdos traumáticos. Las reacciones de transferencia y las resistencias tenían que evitarse o superarse.

En 1896, la ruptura con Breuer se consuma y Freud afirma categóricamente la etiología sexual de la histeria, a lo cual llamará en lo sucesivo "*psiconeurosis*". Emplea por

primera vez el término "psicoanálisis", que apareció en un texto escrito y publicado en francés. Así surge el psicoanálisis, a partir de ese momento se habla del enfoque psicoanalítico o enfoque Freudiano. El procedimiento de la *asociación libre* se hizo conocido como la regla básica fundamental del psicoanálisis, así como el método básico y exclusivo de comunicación para los pacientes en tratamiento psicoanalítico. La *interpretación* es entonces el instrumento decisivo y definitivo del psicoanalista. Estos dos procedimientos técnicos imprimen a la terapia psicoanalítica su sello distintivo. En la asociación libre el papel del yo es al principio igualmente negativo. Se renuncia al empleo de la fuerza para su eliminación: en su lugar, se exige al yo del paciente que se elimine por sí mismo (Greenson, 1986).

A continuación se hará un breve **bosquejo del desarrollo histórico** de la **teoría de la resistencia**, según las declaraciones que hace **Sigmund Freud**, en su obra, respecto al *origen de la resistencia* en el proceso psicoanalítico:

La conceptualización más temprana de la resistencia proviene de las publicaciones prepsicoanalíticas de Freud (1890-1891), en las que se consideró como "cualquier manifestación del paciente en oposición a los intentos del médico de influir en él" (Freud A., 1936. p. 41).

Sin embargo, no es sino hasta los Estudios Sobre la Histeria (1893-5), al mencionar el caso de Elizabeth Von R., en 1882, cuando Freud describió por primera vez la palabra resistencia e hizo algunos enunciados preliminares. Mencionó que la paciente apartaba algunas ideas incompatibles y que la fuerza de su resistencia correspondía a una cantidad de energía con que había separado las ideas de sus asociaciones libres como un cuerpo extraño. También hizo adoptar las palabras defensa, motivo de defensa y mecanismo de defensa en su investigación del problema.

En el escrito titulado "Las Neuropsicosis de defensa" (1894), Freud en un intento por dar explicación a las fobias y representaciones obsesivas que demandaba el paciente neurótico, mencionó por primera vez a las **histerias de defensa**, refiriéndose a éstas como

los casos en los cuales “el paciente gozaría de salud psíquica sólo hasta que apareciera un factor o situación que ocasionara desequilibrio en su vida de representaciones, es decir hasta que se presentara a su yo una vivencia, una representación, una sensación que despertara un afecto tan penoso que la persona decidiría olvidarlo no confiando en poder solucionar con su yo, mediante un trabajo de pensamiento, la contradicción que esa representación de desequilibrio le oponía” (p. 49, V. 3). Freud mencionó su contribución a la historia del movimiento psicoanalítico y declaró que la “doctrina de la represión” (o defensa) es ahora el pilar fundamental sobre el que descansa el trabajo del psicoanálisis y constituye su pieza esencial.

En el escrito la “Interpretación de los Sueños” (1900), Freud se refirió con frecuencia al concepto de resistencia. En varios lugares mencionó la censura infundida por la resistencia o provocada por ésta. Así, planteó la evidencia de que los conceptos resistencia y censura están íntimamente relacionados entre sí. Se hace a la resistencia equivalente a la censura que actúa en los sueños. La censura es a los sueños lo que la resistencia es a la asociación libre. Anotó la observación clínica de que cuando el analista trata de hacer que el paciente recuerde el trozo olvidado de un sueño es cuando experimenta la mayor resistencia. Si se logra vencer una resistencia, frecuentemente se puede recordar un sueño hasta entonces olvidado.

El Método Psicoanalítico de Freud (1904) contiene la primera afirmación freudiana inequívoca de que la resistencia se transformó en una de las piedras angulares de su teoría al descartar totalmente la hipnosis, la sugestión y la abreacción, y manifestarse a favor de la asociación libre y el análisis de la resistencia y la transferencia.

En el escrito de Freud titulado “5 conferencias sobre psicoanálisis” (1909), se refiere a Breuer quién mencionaba que, “donde existe un síntoma, se encuentra también una amnesia, una laguna del recuerdo y el llenado de esa laguna conlleva la cancelación de las condiciones generadoras del síntoma” (p.16, V.11). Este escrito es de vital importancia ya que en la segunda conferencia Freud declara que después de **separar la técnica de la hipnosis y la sugestión del tratamiento catártico por la asociación libre**, ello condujo a

nuevos descubrimientos. La hipnosis y la sugestión ocultan las resistencias y obstruyen la visión que el médico tiene de las fuerzas psíquicas. Ya que con estos métodos no pudo alterar la voluntad y el estado psíquico de la mayoría de sus pacientes optó por trabajar con su estado normal. De este modo Freud afirma que los pacientes tenían en posesión recuerdos olvidados, listos para tratar en asociación con la información ya conocida por él, sin embargo, alguna fuerza los obligaba a permanecer inconscientes (a los recuerdos). “Uno sentía como resistencia del enfermo esa fuerza que mantenía en pie el estado patológico”. (p.20, V.11).

De acuerdo con su teoría sobre resistencia funda su concepción de los procesos psíquicos de la histeria. Es decir, considera necesario cancelar esas resistencias para conseguir la cura y el restablecimiento. Las mismas fuerzas que un día como resistencias se oponían al empeño de hacer consciente lo olvidado, tenían que ser las mismas que en su momento produjeron ese olvido y forzaron afuera de la consciencia las vivencias patógenas en cuestión.

Freud propone en la *tercera de estas conferencias*, la solución para descubrir el material reprimido, si se toma lo más reciente que el paciente recuerde respecto al problema y se deja que diga lo que quiera, partiendo de la premisa de que no se le puede ocurrir otra cosa que no dependa del complejo buscado. De tal manera, el “material de ocurrencias que el enfermo arrojará de sí con recelo o menosprecio, cuando en lugar de encontrarse influido por el médico lo está por las resistencias, constituye para el psicoanalista la esencia del problema (reprimido)” (p. 27, 28; V.11).

En este mismo escrito Freud menciona dos recursos técnicos en psicoanálisis para descubrir el material inconsciente: 1- la interpretación de los sueños y 2- la apreciación de sus acciones fallidas y casuales. Respecto a la primera técnica, menciona que los sueños son una desfiguración del material inconsciente, es decir son fuerzas defensoras del yo, resistencias que prohíben a los deseos reprimidos de lo inconsciente todo acceso a la consciencia. Por medio de la interpretación de los sueños se pueden conocer los deseos ocultos y reprimidos así como sus complejos. Respecto a la segunda técnica de operaciones

fálicas es decir, olvido de cosas que se deben saber, deslices al hablar, escribir y leer, el perder o romper objetos, etc. Todo esto es de suma importancia porque quizá sea una forma de expresar impulsos y propósitos que deben ser relegados y escondidos a la consciencia, o mejor aún, provienen directamente de algún deseo o complejo reprimido como creador de síntomas. Para el psicoanalista no hay nada en la vida anímica del individuo que sea insignificante, caprichoso o contingente, sólo espera encontrar una motivación suficiente para plantear o exponer su caso (p. 32, 33; V. 11).

La tarea terapéutica consiste en vencer las resistencias, anular las represiones... y de esta forma descubrir las lagunas de la memoria. Al favorecer la descarga de tensiones emocionales, se proporciona al paciente una sensación temporal de alivio. Por otra parte, la catarsis es válida porque la descarga emocional reduce la intensidad de afecto y las cantidades pequeñas de afecto son más fáciles de trabajar, ya que si las resistencias son poco intensas lo olvidado deviene consciente sin desfiguración lo cual significaría que dicha desfiguración sería mayor entre más fuerza tuviera la resistencia a su devenir consciente. Esto es lo que trataba de decir Freud. Ahora había mayor interés por volver consciente lo inconsciente, suprimir la amnesia y recobrar los recuerdos perdidos. Así es como la resistencia se convirtió en una piedra angular de la teoría psicoanalítica, ya que se relacionaba con las fuerzas que había producido la represión. En 1904 comparó la resistencia con la censura en los sueños. Le atribuyó una función distorsionadora de los impulsos y los recuerdos inconscientes que los hacía aparecer disfrazados al presentarse en la asociación libre del paciente.

En 1910, Freud menciona en su escrito "Sobre el psicoanálisis Silvestre", que la tarea de la terapia es combatir las resistencias que surgen como factor patógeno y que mantienen oculta la información relevante para el proceso terapéutico. La comunicación de lo que el enfermo no sabe porque lo ha reprimido es sólo uno de los pasos preliminares necesarios para la terapia. En el mismo escrito Freud (1910) hace referencia a la comunicación del material inconsciente a través de la interpretación como algo que en psicoanálisis no se puede dejar de hacer, pero mucho menos se le puede dar inicio sin antes haber considerado los dos fundamentales aspectos que se exponen a continuación:

1- Que el enfermo no haya sido preparado y esté cerca de lo reprimido por él mismo y, 2- que su apego al médico (transferencia) haya llegado al punto de que el vínculo afectivo con él le imposibilite una nueva fuga (p.225, V11).

En ese mismo año (1910), Freud da a conocer en la conferencia titulada “El porvenir de la terapia psicoanalítica” pronunciada en el Segundo Congreso psicoanalítico privado en Nuremberg, su valiosa aportación sobre nuevos medios para luchar contra la neurosis. En este escrito supone, respecto al incremento de poder para la terapia que, mientras no se comprenda nada, nada se podrá conseguir, y cuanto más se aprenda a comprender, mayor será el rendimiento terapéutico. El analista procura al enfermo aquella representación consciente provisional que le permite hallar en sí, por analogía, la representación reprimida inconsciente, ayuda intelectual que le facilita el vencimiento de las resistencias entre lo consciente y lo inconsciente.

Hoy en día la labor de la técnica psicoanalítica se encamina directamente hacia el descubrimiento y vencimiento de las resistencias y se confía en que los complejos emergerán por sí mismos una vez conocidas y vencidas dichas resistencias. Otra innovación de la técnica se refiere al médico y la contra - transferencia, ya que desde que existe la práctica psicoanalítica se ha observado que ningún psicoanalítico llega más allá de cuanto se lo permiten sus propios complejos y resistencias. Por esto, se exige a todo principiante se someta a un tratamiento psicoanalítico, de este modo aquel que no consiga llevar a cabo semejante tratamiento, puede estar seguro de no poseer tampoco la capacidad de tratar analíticamente a un enfermo (Freud, 1910).

La contratransferencia fue considerada por Freud (1910, el porvenir de la terapia psicoanalítica), como “algo que surge en el médico bajo el influjo del enfermo sobre su sentir inconsciente y nos hayamos muy inclinados a exigir, como norma general, el reconocimiento de esta contratransferencia por el médico mismo y su vencimiento” En otro apartado del mismo escrito Freud menciona que la mayoría de los hombres son incapaces de vivir sin autoridad en la cual apoyarse, ni siquiera formar un juicio independiente. El empobrecimiento del yo a consecuencia del esfuerzo de represión que la civilización exige

a cada individuo puede ser una de las causas principales de este estado. En el campo de la psicología, la sociedad no concederá autoridad alguna. Tiene que oponer resistencia, pues sería sometida a críticas y acusaciones (como la de tener gran parte de responsabilidad en la neurosis). “La sociedad no puede pagar con simpatía la revelación de sus daños y de sus imperfecciones.” (Obras completas, Tomo 11, p. 1566).

Freud indicó que la contratransferencia era algo que obstruía el buen curso del tratamiento psicoanalítico y que por lo tanto debía evitarse, sin embargo, no dedica mucho tiempo al estudio de ésta y se limita a señalar la importancia de impedir la existencia de resistencias que desviarán la atención del analista en su trato con el paciente. Escribe al respecto: “es indiscutible que la persistencia de estos defectos no vencidos por un análisis previo descalifican para ejercer el análisis pues según la acertada expresión de W. Stekel, a cada una de las represiones no vencidas en el médico, corresponde un punto ciego en su percepción analítica”. La esencia de los cuestionamientos mencionados anteriormente, es que ciertos problemas críticos y ciertas características cardinales del desarrollo de la personalidad y de la psicopatología, vinculados a las relaciones objétales y al sí mismo, no se amoldan al modelo básico del yo - ello de la teoría tradicional. (Consejos al médico en el tratamiento, 1912, p. 1657).

A partir de 1912 el análisis constante de la transferencia y la resistencia se convirtió en elemento central del proceso terapéutico. Respecto a esto, Freud menciona en “La dinámica de la transferencia”, que la más fuerte resistencia al tratamiento es la transferencia, pues se encuentra en cada momento del tratamiento, que toda ocurrencia, todo acto, tiene que tomar en cuenta la resistencia; de esta manera nace un compromiso entre las fuerzas cuya meta es la salud y aquellas que las contrarían (p. 101, V 12, 1912).

Es en la “Dinámica de la transferencia” (1912) que a Freud le surgen dos preguntas: 1- ¿Por qué la transferencia de los sujetos neuróticos sometidos al análisis se muestra más intensa que la de otras personas no analizadas?, 2- ¿ Por qué se opone la transferencia al análisis como la resistencia más fuerte contra el tratamiento mientras que fuera del análisis se reconoce como substrato del efecto terapéutico y condición del éxito? La respuesta a las

interrogantes es la siguiente: 1- No es cierto que la transferencia surge más intensa y desenfadada en el psicoanálisis que fuera de él. No se debe atribuir al psicoanálisis, sino a la neurosis misma, estos caracteres de la transferencia. Para la segunda interrogante la respuesta es: 2- La libido emprende una regresión y así reanima las imágenes infantiles, la cura analítica quiere descubrir a la libido y hacerla de nuevo accesible a la consciencia y al servicio de la realidad. Todas las fuerzas que motivan la regresión de la libido se muestran en calidad de resistencias contra la labor analítica y así conservar la nueva situación, pues si la regresión de la libido no se justifica por o en una relación con el mundo exterior no puede tener efecto. Es así como se convierte en la parte central del psicoanálisis.

La libido puesta a disposición de la personalidad se hallaba bajo la atracción de los complejos inconscientes y emprendió la regresión al debilitarse la atracción de la realidad. Para liberarla tiene que ser vencida esta atracción de lo inconsciente, lo cual equivale a levantar la represión de los instintos inconscientes y de sus productos. De aquí es donde nace la parte más importante de la resistencia que mantiene tantas veces la enfermedad. El análisis tiene que luchar con las resistencias emanadas de estas dos fuentes, resistencias que acompañan todos sus pasos (Freud, 1912).

Cuando en la materia del complejo hay algo que se presta a ser transferido a la persona del médico se establece en el acto esta transferencia, produciendo la asociación inmediata y anunciándose con los signos de una resistencia. De este hecho se deduce que si tal idea ha llegado hasta la consciencia con preferencia a todas las demás posibles, es porque satisface también a la resistencia.

Como se mencionó anteriormente, la transferencia está al servicio de las resistencias. Sin embargo la transferencia sobre el médico sólo resulta apropiada como resistencia dentro de la cura cuando es transferencia positiva o negativa de emociones eróticas reprimidas. Cuando el médico cancela la transferencia haciéndola consciente, se logra separar los componentes del acto de los del sentimiento. En cuanto al componente susceptible de consciencia éste subsiste y se convierte, para el psicoanálisis, en el portador del éxito (p. 103; V. 12).

Para Greenson (1988), la transferencia es un género especial de relación que se caracteriza por impulsos, actitudes, fantasías y defensas respecto de una persona en la actualidad, que no son apropiadas para tal persona y son una repetición, un desplazamiento de reacciones nacidas en relación con personas que tuvieron importancia en la primera infancia. La transferencia se da ante la necesidad de oportunidades de descarga, es decir impulsos, sentimientos y defensas correspondientes con alguien del pasado se trasladan a otra persona del presente, este fenómeno es inconsciente. Es importante mencionar que la transferencia se produce en personas neuróticas, y normales. Para que las reacciones de transferencia se produzcan en la situación analítica, el paciente debe estar dispuesto a ser capaz de correr el riesgo de alguna regresión temporal en lo referente a las funciones del yo y las relaciones objetales. Así, las personas que no afrontan la regresión de la realidad y las que no pueden volver fácilmente a la realidad son poco convenientes para este tipo de terapia.

Coderch J., en 1990 nos habla de la transferencia como una técnica fundamental para el estudio del psicoanálisis. Lo esencial de la transferencia para este autor consiste en la sustitución de un temprano objeto, por la persona del analista. Sin embargo, es importante recordar que la transferencia no es una simple reproducción de las relaciones de objeto tempranas sino que dichas relaciones sufren en el proceso de transferencia, modificaciones y adaptaciones defensivas que casi las hacen irreconocibles y además se hallan al servicio de las resistencias. De acuerdo con el autor, la transferencia es una resistencia (repetir en lugar de recordar), por tanto regresión y resistencia tienen un vínculo muy estrecho, ya que la transferencia constituye en sí misma una regresión. El paciente se resiste a percibir sus conflictos inconscientes, es decir a tomar consciencia de sus perturbadoras y amenazadoras relaciones objetales internas, y en lugar de ello, las reproduce en el analista. En la transferencia la regresión encuentra su máxima expresión y en ello radica su insustituible valor para el tratamiento psicoanalítico.

S. Freud (1913), en su obra titulada *Sobre la Iniciación del Tratamiento*, menciona algunos problemas a los que se expone el psicoanalista en la primera fase del tratamiento psicoterapéutico (incluso antes de iniciar) tales son los siguientes:

* Si el psicoterapeuta no tiene amplio conocimiento de las neurosis que dominan al hombre, lo único que puede ocasionar en su paciente son intensas resistencias tan pronto como el mismo (paciente) se convierte en objeto de psicoanálisis (p.128, V. 12).

* El psicoanalista se puede enfrentar con problemas del paciente antes de iniciar el tratamiento por ejemplo; tiempo y dinero disponible por el paciente, estos obstáculos pueden ser resistencias que desencadena el paciente mismo. Muchas de las resistencias del neurótico aumentan a raíz de iniciar un tratamiento psicoterapéutico (p. 128, V.12).

* El analista debe detectar cuando un paciente prepara su relato antes de la sesión; supuestamente para aprovechar mejor su tiempo; sin embargo esta puede ser otra cara de la resistencia, así, esta última cumplirá su propósito de modo que dicha preparación logrará que el material más valioso escape de la comunicación (p. 137, V. 12).

* Cuando al inicio del tratamiento el paciente refiere que no tiene nada que comunicar pues da la apariencia de tener perfecto orden de su vida y de su enfermedad. El analista no debe ceder, por el contrario debe incitar al paciente a que indique aquello sobre lo cual tiene que hablar. Probablemente una fuerte resistencia esté amparando su neurosis, y es tarea del psicoanalista luchar contra ella (p. 138, V. 12).

* El tratamiento psicoanalítico remedia las magnitudes de afecto requeridas para vencer las resistencias, las suple movilizandó la energía afrontada para con la transferencia, por medio de comunicaciones oportunas, muestra al enfermo caminos por los cuales debe guiar sus energías (p.143, V. 12).

En el escrito "Recordar, Repetir y Reelaborar" de 1914, se exponen claramente las grandes modificaciones de la técnica psicoanalítica: primero en la técnica breueriana de la

catarsis se enfocó la formación del síntoma por lo que el *recuerdo* y la *abreacción* se convirtieron por sí mismos en la meta de tratamiento con el auxilio del estado hipnótico. Posteriormente se toma la *asociación libre* como una técnica más eficiente donde se pretendía sortear la resistencia mediante el trabajo de la *interpretación* y la comunicación de sus resultados (p. 114, V. 12).

Posteriormente Freud aludió al procedimiento por el cual el médico, no busca un problema determinado sino que estudia la superficie psíquica que el analizado presenta. Se vale de la *interpretación* para discernir las resistencias y poder hacerlas conscientes. Es decir, el médico pone al descubierto las resistencias desconocidas para el enfermo hasta que las pueda dominar y logre recordar los nexos olvidados (p. 149, V.12). Así, el procedimiento de *asociación libre* (desde el punto de vista técnico) ha seguido siendo el método básico y exclusivo de comunicación de los pacientes en tratamiento psicoanalítico. Y la *interpretación* es todavía el instrumento decisivo y definitivo del psicoanalista. Estos dos procedimientos técnicos imprimen a la terapia psicoanalítica su sello distintivo (Freud S., 1914; recordar Repetir y Reelaborar).

Sin embargo, dentro de la técnica psicoanalítica se ha renunciado a la hipnosis pero se han conservado algunos de sus elementos aunque con un papel diferente en la jerarquía terapéutica. La sugestión no se utiliza para obtener recuerdos y no es ya un recurso principal en psicoanálisis. La abreacción no se considera ya un fin terapéutico pero es válida de otros modos.

Freud ve diferente la resistencia, menciona que ésta se puede presentar como una repetición, incluso la transferencia misma es sólo una pieza de repetición, y la repetición es la transferencia del pasado olvidado; pero no sólo sobre el médico: también sobre todos los otros ámbitos de la situación presente. Mientras más grande sea la resistencia, más será sustituido el recordar por el actuar. Menciona por vez primera la compulsión a la repetición, que lleva al paciente a repetir en lugar de recordar (p. 152, V. 12). “Si la cura empieza bajo el patronazgo de una transferencia suave, positiva y no expresa, esto permite, como en el caso de la hipnosis, una profundización en el recuerdo, en cuyo transcurso hasta

callan los síntomas patológicos; pero si en el ulterior trayecto esa trasfencia se vuelve hostil o hipertensa, y por eso necesita de represión, el recordar deja sitio enseguida al actuar. Y a partir de ese punto las resistencias comandan la secuencia de lo que se repetirá” (Freud, S., 1914; p. 153, V. 12).

En 1920, Freud considera, en su escrito titulado “Más allá del principio del placer” que todo aquello que dificulta la continuación de la labor analítica es una resistencia”. 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 1923 en “El yo y el Ello”, Freud realiza la declaración siguiente: los fines del psicoanálisis son “robustecer al Yo, hacerlo más independiente del Super Yo”, ampliar su campo de percepción y desarrollar su organización de manera que pueda apropiarse de nuevas partes del Ello.

En 1926 en Inhibición Síntoma y, Angustia, Freud hace una importante afirmación en su teoría de la represión, en la cual menciona que esta última es un proceso que tiene un gasto constante de energía, de no ser así, el instinto reprimido, al cual envían (sus fuentes) constantes refuerzos, tomaría el camino del que en un principio fue apartado. Es necesario para el yo un gasto permanente de energía. A esta actividad que se encamina a proteger la represión se le llama resistencia en la labor terapéutica. Para el yo es difícil dedicar su atención a percepciones y representaciones cuya evitación ha constituido para él un principio fundamental de conducta, o reconocer como suyos impulsos totalmente opuestos a los que le son familiares. Las resistencias presuponen a lo que se denomina contracarga (anticatexis); Esta aparece en la neurosis obsesiva como una modificación del yo, como una formación reactiva en el yo, esta se manifiesta en intensificaciones de la actitud que se opone al instinto que ha de ser reprimido (compasión, escrupulosidad, limpieza), (Freud, S. 1926, p. 2873).

La resistencia que se trata de vencer en psicoanálisis siempre proviene del yo, el cual se mantiene fiel a sus contracargas. Así, se hace consciente la resistencia en muchos de los puntos que se conectan con lo reprimido y son inconscientes; se argumenta lógicamente al hacerse consciente o una vez llegado a serlo, entonces se le prometen al yo ventajas y premios si renuncia a la resistencia. Esto es todo respecto a la resistencia del yo; pese a la existencia de diferentes tipos de resistencia (Procedentes del yo, represión, transferencia, ventaja de la enfermedad; procedentes del Ello, resistencia del Ello; procedentes del Super Yo; resistencia del super yo. Mismos que se referirán en el siguiente capítulo), tal como lo refirió Freud S., en 1926 se ha dado un lugar especial a las resistencias provenientes del yo, pues es a través de ésta instancia psíquica que se presenta el primer síntoma del inconsciente, es decir el material de trabajo del psicoterapeuta. Después del abandono de la resistencia por parte del yo, quedan aún por vencer el poderío de la compulsión a la repetición, la atracción de los prototipos inconscientes sobre el proceso instintivo reprimido. A este factor se le llamó "resistencia de lo inconsciente" (Freud, S. 1926).

En el escrito titulado "Análisis terminable e interminable" (1937) propone nuevas aportaciones al estudio esencial de las resistencias. Freud menciona la existencia de tres factores decisivos para el triunfo de nuestros esfuerzos terapéuticos: la importancia de los traumas, la potencia natural de los instintos y las disputas del yo. Dichas disputas ya se encuentran en el paciente por las consecuencias del proceso defensivo.

Una de las contribuciones respecto al estudio de la resistencia es referente al escrito de Anna Freud, *El Yo y los mecanismos de defensa* (1936). Fue el primer intento de sistematizar la comprensión de los diferentes mecanismos de defensa y de relaciones con los problemas de las resistencias en la sucesión del tratamiento psicoanalítico. En este escrito, la autora hizo notar que las resistencias no sólo ponen impedimentos al tratamiento, sino también constituyen una importante fuente de información acerca de los papeles realizados por el Yo en general.

CAPITULO II

DEFINICION Y CLASIFICACION DE RESISTENCIA

A) DEFINICION

Es importante considerar que las aportaciones al estudio de la resistencia no sólo han sido por parte de Freud, existen diversos autores que hablan y han contribuido de alguna manera al estudio de las resistencias en el trabajo psicoterapéutico. Las diferencias conceptuales dependerán, en gran medida del autor y enfoque de que se trate, en este capítulo se han considerado algunas *conceptualizaciones* que dan *diferentes autores* sobre resistencia:

Freud (1894) llegó a la conclusión de que la resistencia podía ser solamente una manifestación del Yo, este Yo tenía que emplearse para mantener reprimidos los impulsos. Esta función represiva del Yo se manifiesta como resistencia al progreso terapéutico. Freud estimó justo decir que ciertos elementos y facetas del Yo y del "super - yo", eran inconscientes y también tenían que ser explorados analíticamente. Esta nueva acentuación de las facetas inconscientes y potencialmente patológicas del Yo y del super - yo, llevó a éste autor a la conclusión de que el masoquismo impuesto por el inflexible super - yo del paciente era responsable del desarrollo de la resistencia. El paciente conserva sus síntomas neuróticos, continúa castigándose a sí mismo y se resiste a la resolución de la neurosis rechazando los insights que producirían la resolución y el alivio subsiguiente de su estado.

Freud opinaba que la misma fuerza que originalmente reprime la idea se sigue ejerciendo pero ahora contra su vuelta a la consciencia y que esta fuerza opuesta se define como *resistencia* tan pronto como se trata de manifestar la idea reprimida (Hall Donald, 1981).

El hombre para *Adler* está inquietado y dominado por una búsqueda de superioridad y dominio, ello indica que la resistencia se restablecerá cada vez que el paciente perciba que sus sentimientos de superioridad están amenazados y que los sentimientos de inferioridad probablemente les sigan. Pese a la explicación tan poco exhaustiva que da *Adler* sobre resistencia, concuerda con *Freud* en que la resistencia está dirigida contra los dañinos "insights". Difieren en el trazo de las ideas y sentimientos que, según ellos, los humanos se fatigan por mantener separados de la consciencia y en que *Adler* no percibe la resistencia como una imagen de procesos instintivos regresivos (*Hall Donald*, 1981).

Jung. La visión teórica particular de *Jung* enredó su teoría de la resistencia; no obstante, llega a donde la mayoría de los autores lo han hecho; a tratar la resistencia como una expresión de temor y de represión (*Hall Donald*, 1981).

Sullivan. Según el autor, la resistencia se fomenta por una sensación de amenaza y la idea de que la amenaza se advierte cuando se toca una substancia que es personalmente inaceptable. *Sullivan* opina que mucho de lo que es en realidad diagnosticado como neurótico es un reflejo de la capacidad para sobrevivir en situaciones dificultosas. (*Hall Donald*, 1981).

Erikson, *Hartmann*, *Kris* y *Rapaport* llegaron a concluir que la resistencia es un beneficio para la supervivencia, al menos por implicación (*Hall Donald*, 1981).

Rogers encontró una relación existente entre la resistencia y la angustia; observó que cualquier proceso que ponga en peligro la seguridad del paciente fomentará angustia y en consecuencia, encontrará la oposición de aquél (*Hall Donald*, 1981).

Sandler, en 1973, define la resistencia como "aquellos elementos y fuerzas que en el paciente se oponen al proceso terapéutico". Menninger y Holzman, en 1974 definen la resistencia como "la tendencia de fuerzas que están dentro del paciente y que se oponen al proceso de cambiar o mejorar". *Menninger* propone que existe una resistencia de erotización, la cual se refiere a una sensación "de gozo... secreta, sutil y placentera, que nada tiene que ver con el alivio sintomático que haya podido ocurrir durante el tratamiento". Ambos autores ponen 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 (Citados por González, N. 1986, p 140).

Según Frida Fromm - Reichman (1975), la resistencia es "la reactivación, al margen del conocimiento de los pacientes, de las fuerzas motivadoras que originalmente fueron responsables de los procesos disociativos y represivos patogénicos del enfermo mental". Esta resistencia se manifiesta en el curso del proceso psicoterapéutico como aversión a comunicaciones pertinentes y contra la aceptación de las interpretaciones esclarecedoras o sus posibles concomitantes cambios terapéuticos. El paciente se resiste a la colaboración e interpretación psicoterapéutica, por temor a que la ansiedad, que el material en cuestión originalmente excluyó de la consciencia, pudiera ser reactivada por la disolución interpretativa de las disociaciones y presiones.

L. Grinberg en 1981 (En Sánchez Huesca, 1972), considera la resistencia como la oposición del paciente durante el proceso analítico para llegar al insight y la comprensión profunda de sus conflictos, por no tolerar el sufrimiento psíquico.

Laplanche y Pontalis definen el concepto de resistencia: “Durante la cura psicoanalítica, se denomina resistencia a todo aquello que, en los actos y palabras del analizado, se opone al acceso de éste a su inconsciente. Por extensión, Freud habló de resistencia al psicoanálisis para designar una actitud de oposición a sus descubrimientos, por cuanto éstos revelaban los deseos inconscientes e infringían al hombre una “vejeción psicológica” (Laplanche y Pontalis, 1979, p. 399).

Fenichel (1982) menciona, respecto al término de resistencia que; “las fuerzas que el Yo utiliza contra los instintos, son derivadas de los instintos mismos”. (p. 259).

En 1983 *Carol M. Anderson* en su escrito titulado “Para dominar las resistencias”, define a la resistencia como “el conjunto de conductas, sentimientos, pautas o estilos que operan para impedir el cambio” (p., 297). Estas resistencias se pueden presentar de diferentes formas: encubiertas, conscientes, inconscientes, etc. Lo realmente importante de las resistencias es, más que la forma que adopte, la función de impedir el cambio.

González, N. (1986) considera que la resistencia puede ser consciente, preconsciente o inconsciente y puede expresarse por medio de emociones, actitudes, ideas, impulsos, pensamientos, fantasías o acciones. En función de la neurosis del paciente, las resistencias tienen una función defensiva; y además se oponen a la eficacia de los procedimientos analíticos y defienden el estado actual del paciente. Defienden la neurosis y se oponen al yo razonable del paciente y a la situación analítica. Como todos los conceptos de la vida mental pueden tener función defensiva, todos pueden servir para los fines de la resistencia.

El estudio comprensivo de la resistencia, para *Glover* (En *González Núñez*, 1986), 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).

En 1990 *Coderch J.*, respecto al concepto de las resistencias, “se refiere a todas aquellas fuerzas que en el interior del paciente se oponen al proceso terapéutico, es decir, se oponen a descubrir su inconsciente” (p. 126).

De forma quizá un tanto repetitiva pero coincidente Hall, D., (1981) propone la existencia de varios puntos convergentes entre algunos autores respecto al concepto de resistencia:

I- Freud y Fromm - Reichman están de acuerdo en que la causa de la resistencia inconsciente se hallaba en las mismas fuerzas que producían la represión. Según Freud, después de que una idea intolerable es lanzada de la mente, existe una inclinación constante de parte de esa idea reprimida por su regreso hacia la consciencia. Freud opinaba que la misma fuerza que originalmente reprime la idea se sigue ejerciendo pero ahora contra su vuelta hacia la consciencia y que ésta fuerza opuesta se define como resistencia tan pronto como se trate de manifestar la idea reprimida.

II- Fromm-Reichmann y Rogers están de acuerdo en que la misma fuente que motivó los procesos represivos y disociativos originales del paciente, su angustia, es también la principal razón para la resistencia. Creen que la resistencia es un mecanismo al servicio de la evasión, al servicio de mantener enterrado lo que el paciente espera que siga enterrado, porque desea evitar la angustia que nacería de no mantener ese material reprimido.

III- Semejante con el pensamiento de Freud es la creencia de Sullivan de que la resistencia se produce por una sensación de amenaza y la idea de que la amenaza se advierte cuando se toca una substancia que es personalmente inaceptable.

IV- Sullivan, Erikson, Hartmann, Kris y Rapaport ven a la resistencia como el beneficio de la supervivencia. Para Sullivan mucho de lo que es en realidad diagnosticado como neurótico es un reflejo de la capacidad para sobrevivir en situaciones difíciles.

Estas conceptualizaciones sobre resistencia no son todas las que se han realizado; sin embargo, son las que más se han estudiado en el enfoque psicoanalítico. Por otra parte, se ha podido observar que son varios los conceptos que se tienen sobre resistencia, dependiendo del autor y de la época en que se hayan realizado; sin embargo coinciden en el hecho de considerar la resistencia como un fenómeno presente en todo proceso psicoterapéutico que opera como fuerza oponente al cambio del paciente (Greenson, 1986). Las manifestaciones de resistencia varían en función del momento del proceso mismo y representan diferentes formas de relación con el tratamiento.

B) CLASIFICACIÓN

Durante el desarrollo de todos sus estudios, Freud (1926) intentó distinguir diferentes tipos de resistencia. En *Inhibición, Síntoma y Angustia* enumera cinco tipos procedentes de tres distintos orígenes (yo, ello y super yo) y los clasificó de la siguiente forma: *Procedentes del Yo*:

1-Represión; siendo la represión un proceso que exige un gasto permanente de energía, el Yo necesita asegurar su defensa de manera continua.

2- Transferencia; en esta forma de resistencia ha establecido una relación con la situación analítica o con la persona del analista, y actúa reanimando una represión en lugar de permitir al Yo recordarla.

3- Ventaja de la enfermedad o ganancia secundaria; se basa en la incorporación del síntoma al Yo. Esta forma de resistencia corresponde a la rebelión contra la renuencia a una satisfacción o un alivio. *Procedentes del Ello:*

4- Resistencia del Ello; llamada también resistencia de lo inconsciente, requiere de la elaboración de aspectos tales como la compulsión a la repetición y la atracción de los prototipos inconscientes sobre el proceso instintivo reprimido. *Procedentes del Super Yo.*

5- Resistencia del super yo; proviene del sentimiento de culpa y de la necesidad del castigo, obstaculiza todo movimiento hacia el éxito y obstruye la labor terapéutica.

Greenson (1986) retoma la clasificación antes mencionada por Freud y la explica de la siguiente manera:

1- Represión se refiere a la resistencia de las defensas yoicas.

2. De transferencia. Ya que la transferencia es un sustituto del recuerdo y se basa en un desplazamiento de los objetos pasados a los presentes, Freud clasificó también esta resistencia como proveniente del yo.

3- Ganancia de enfermedad o ganancia secundaria; colocada también entre las resistencias del Yo.

4- Las que requerían de la traslaboración, es decir, compulsión a la repetición y adhesividad de la libido, que él tenía por resistencias del Ello. 5- Las que nacían de la culpabilidad inconsciente y la necesidad de castigo originarias del Superyó.

Greenson (1986) plantea que la labor terapéutica será conseguir que el Yo razonable del paciente reconozca la función de resistencia y persuadirlo de que afronte la dolorosa angustia mayor subyacente para poderla analizar. El motivo de la defensa y la resistencia es siempre evitar el dolor. El modo o los grados de resistencia pueden ser cualquier tipo de actividad psíquica, desde los mecanismos de defensa hasta las actividades instintuales. El estímulo que pone en marcha la resistencia puede originarse en cualquiera de las estructuras psíquicas: Yo, Ello o Superyó. Pero la percepción del peligro es sólo función del Yo.

Este mismo autor, además de retomar los tipos clásicos de resistencia propuestos por Freud en 1926, propone otras variedades y manifestaciones resistenciales:

* Según su origen, que constituyen las resistencias de represión, de transferencia, ventaja de la enfermedad, elaboración y las que nacen de la culpabilidad inconsciente (descritas en párrafos anteriores).

* Según los puntos de fijación, pudiendo recordar las siguientes: constituyen: a) Oral, b) Anal, c) Fálico, d) Latencia, e) Genital. El indicio puede darlo el carácter distintivo de una resistencia, las relaciones de objeto, el rasgo de carácter que se halla en primer plano, una forma particular de angustia o actitud, o la intrusión de cierto síntoma.

* Según los tipos de defensa. Se tiene que averiguar el tipo de defensa de que se sirve la resistencia. Ejemplo, distinguir los nueve tipos de mecanismos de defensa que describe Ana Freud, (1936) - represión, regresión, formación reactiva, aislamiento,

anulación, proyección, introyección, vuelta contra sí mismo, transformación en lo contrario y sublimación - y ver cómo las resistencias lo emplean para oponerse al procedimiento analítico. Es importante señalar que todos los mecanismos de defensa del Yo pueden emplearse con fines de resistencia. No debe olvidarse que la resistencia también se puede presentar en una forma compleja como es la transferencia.

La actuación es otra maniobra de resistencia, contiene importantes elementos del Ello y el Superyó, así como funciones del Yo. Algunos pacientes son propensos a la actuación repetida y prolongada que los hace difíciles o imposibles de analizar. La analizabilidad depende en parte de la capacidad del Yo de ligar estímulos lo suficiente para que el paciente pueda expresar sus impulsos en palabras y sentimientos.

Las resistencias caracterológicas son otro tipo complejo y en extremo importantes de defensa. Se entiende por carácter el modo habitual que tiene el organismo de tratar con el mundo interno y externo. Es la posición integrada y organizada constante del Yo en relación con lo que de él se pide.

Las resistencias encubridoras. Algunos pacientes tienden a emplear mucho los recuerdos, los afectos y la entidad encubridora para arrinconar un recuerdo, afecto o identidad subyacentes más dolorosos.

* Por la categoría diagnóstica. Examinando las neurosis de transferencia típicas que se tratan analíticamente, se hallan las siguientes resistencias predominantes:

Histerias: Represión y formaciones reactivas aisladas. Regresión a características fálicas. Emocionalidad, somatizaciones, conversiones y genitalizaciones. Identificaciones con objetos de amor perdidos y objetos productores de culpabilidad.

Neurosis obsesivas: Aislamiento, anulación retrospectiva, proyecciones y reactivas en masa, regresión anal con formación reactiva de los rasgos de carácter: orden limpieza y tacañería se convierten en resistencias importantes. Intelectualización a manera de resistencia a los sentimientos. Pensamiento mágico, omnipotencia del pensamiento, meditación. Interiorización de las reacciones de hostilidad y Superyó sádico.

Depresiones neuróticas: Introyecciones, identificaciones, actuación, impulsividad y defensa de pantalla. Instintualidad oral y fálica deformadas regresivas. Emocionalidad, comportamiento y actitudes contrafóbicos, adictividad y masoquismo.

Neurosis de carácter: Según sea en lo fundamental un carácter histérico, obsesivo o depresivo, sería de esperar que se hallaran hábitos, rasgos y actitudes que suelen clasificarse de rígidos, egosintónicos y silentes (Freud, 1908; 1936, Citado por Greenson, 1986).

Greenson en 1986, además de las resistencias ya mencionadas, distingue las resistencias ajenas al Yo de las egosintónicas. Las ajenas al Yo (egodistónicas) aparecen extrañas, ajenas y raras al Yo razonable del paciente. Esas resistencias son relativamente fáciles de reconocer y permiten hacer buen trabajo. El paciente entra en alianza de trabajo con el analista en su intento de analizar esa resistencia concreta. Las resistencias egosintónicas, se caracterizan por parecer familiares, racionales y objetivas. El paciente no nota la función de resistencia de la actividad objeto de escrutinio. Esas resistencias son más difíciles de reconocer para el analista y el paciente, y es más difícil para el establecimiento de una alianza de trabajo en relación con ellas.

Meminger K., (1960), hace referencia nuevamente a la clasificación de Freud: 1- Resistencia de represión: proviene del temor inconsciente, 2- Resistencia de transferencia: Derivada de esperanzas rotas en el análisis; 3- Ventaja de la enfermedad: proviene de la

inercia, de la prudencia falsa y del oportunismo miope; 4- Represión de la compulsión de repetición: Derivada de la agresión autodirigida basada en un patrón biológico; 5- Resistencia que da inicio en el Super Yo: movida por el sentimiento de que uno debe sufrir.

Coderch J., (1990) hace referencia nuevamente a la misma clasificación al plantear lo siguiente:

a) Resistencia de represión o resistencia de las defensas yoicas. Es un mecanismo de defensa del yo y determinados contenidos psíquicos quedan fuera de conciencia.

b) Resistencia de transferencia (Frustración o venganza). Expresa el resentimiento del paciente por no obtener del analista (representante de la figura temprana) la respuesta esperada, demuestra frustración cada vez mayor y la ira por el desengaño.

c) La ventaja de enfermedad o ganancia secundaria. Surge como resultado de asimilación de los síntomas por parte del yo. Gratificación de tipo narcisista.

d) Resistencia del Ello. Las que requerían de elaboración.

e) Resistencias del Super Yo, conciencia de culpa es la más oscura aunque no siempre la más débil y parece provenir de la conciencia de culpa o necesidad de castigo. Desafía todo movimiento de éxito y, por tanto, toda curación por medio del análisis.

Coderch J. (1990) propone una **clasificación** propia y es la siguiente:

- 1 - Resistencias que surgen ante la amenaza del proceso psicoterapéutico.
- 2 - De transferencia.
- 3 - Ganancia secundaria.

- 4 - Del super yo.
- 5 - Originadas en errores técnicos del psicoanalista.
- 6 - Originadas en relaciones con personas importantes para el paciente.
- 7 - Originadas por temor a la terminación del tratamiento.
- 8 - Causadas por amenaza de autoestima que puede derivarse del tratamiento analítico.
- 9 - Contra los intentos de abandonar soluciones, representando adaptación al conflicto.
- 10 - Caracterológicas.
- 11 - Perversión

En 1992, A., Elías Iburguengoitia, propone a la resistencia narcisista, considerada como aquella que salta a la vista cuando el analista efectúa una intervención que despierta en el paciente un afecto penoso, vergüenza, aflicción, tristeza, ansiedad, etc., y que además tiene el propósito de salvaguardar su autoestima.

Cabe mencionar que estas clasificaciones no han sido las únicas que se han estudiado hasta el momento; sin embargo son de primordial importancia para la presente investigación puesto que pertenecen al enfoque psicoanalítico, y es en éste, en el cual se ha puesto mayor énfasis en lo que respecta al trabajo clínico de las resistencias (Greenson, 1986).

CAPITULO III

CONSIDERACIONES TÉCNICAS SOBRE LA RESISTENCIA EN EL PROCESO PSICOANALÍTICO

Desde su origen el psicoanálisis ha estado en constante evolución, han habido grandes cambios en los procedimientos técnicos y los procesos terapéuticos entendiendo como *procedimiento* técnico aquella medida, un instrumento, un modo de obrar o medios a que recurre el terapeuta o el paciente con el fin de favorecer los procesos terapéuticos (los cambios fueron desde la hipnosis a la asociación libre); un *proceso* terapéutico se entiende como una serie interrelacionada de sucesos psíquicos dentro del paciente, una continuidad de fuerzas y actos psíquicos que tienen un fin o efecto reparador y que suelen provocarse por los procedimientos técnicos (los cambios transitaron de la abreacción a la recuperación de recuerdos y hasta el insight).

La técnica del psicoanálisis nació sólo cuando se analizaron las resistencias sin evitarlas ni superarlas por otros medios. Es importante recordar la íntima relación existente entre resistencias, defensa, funciones del Yo y relaciones de objeto. Las resistencias no sólo han de entenderse como oposición al curso del análisis, si bien es ésta la manifestación clínica más directa y clara. El estudio de las resistencias de un paciente derramará luz sobre muchas funciones básicas del Yo así como sus problemas en la relación con los objetos. El análisis de las resistencias influye también el modo que tienen de influir intraestructuralmente en las diversas funciones del Yo, el Ello, el Superyó y el mundo exterior (Greenson, 1986).

También es importante recordar que el objetivo principal de la psicoterapia es resolver los conflictos neuróticos del paciente, sin embargo, la alianza de trabajo es la parte de la relación analista – paciente que permite a éste último identificarse con el modo de ver al analista y laborar con él a pesar de las reacciones neuróticas de transferencia. Sin embargo la introducción de cambios provoca al comienzo resistencias a menudo considerables. Ello se produce cuando se trata de modificar ciertos hábitos cotidianos, o de

promover nuevos métodos de trabajo o de organización. No importa cual sea la influencia eventual de un enfoque desviacionista, la transición resulta ser siempre difícil (Maisonneuve, 1985).

Como la resistencia es una manifestación de la función defensiva y desfiguradora del Yo, es lo primero que trata de analizar la técnica psicoanalítica; Así cada paso dado en el análisis de las resistencias implica que el Yo razonable del paciente tenga la posibilidad de enfrentarse a algún aspecto irracional y deformado de su propia actividad.

De esta manera, el empeño por vencer las resistencias es lo que caracteriza la terapéutica psicoanalíticamente concebida y la distingue de las otras formas de psicoterapia, ya que en estas últimas no se hace nada o se hace muy poco para esclarecer o disolver las resistencias tan sólo se les rodea y deja de lado. Las formas de ver y relacionar las resistencias son diversas, por ello J. Coderch analiza la relación de la resistencia con la formación del carácter, menciona al respecto que, la conjunción de fuerzas que en el curso del tratamiento aparecen como resistencias se despliega en rasgos de carácter en la vida cotidiana del paciente. Considera de forma general, que en “todos los individuos, sea cual sea su grado de salud o de patología mental los rasgos de carácter constituyen respuestas a doble estimulación de las necesidades internas y del mundo circundante, como resultado de las funciones de organización integración y adaptación, llevándose a cabo por el yo” (Coderch J., 1990; p. 129).

De acuerdo con lo escrito por Coderch, existe otro tipo de rasgos de carácter que es el resultado de un compromiso entre las pulsiones sentidas como peligrosas y su regresión por una contrapulsión, motivo por el que se denominan rasgos defensivos o reactivos de carácter. Estos rasgos se presentan en el tratamiento como resistencias y son utilizadas firmemente para oponerse a la toma de consciencia del material inconsciente reprimido.

Así como este autor analiza y da importancia a la relación resistencia - carácter, también considera que la **resistencia** puede ser entendida o estudiada **como una defensa** contra el dolor. En este sentido los medios utilizados por el yo para lograr sus propósitos y anular tanto los esfuerzos del terapeuta como los del paciente, incluso la parte más sana de este, constituyen la resistencia. En realidad resistencia es un término que se ha dado a las defensas cuando éstas se dan contra el intento de hacer consciente lo inconsciente en el curso del proceso terapéutico. Así, todos los mecanismos defensivos: represión, disociación, identificación proyectiva, negación, racionalización, aislamiento, control, etc., pueden ser utilizados al servicio de la resistencia.

Es importante recordar que en el tratamiento psicoanalítico o psicoterapéutico en general se halla siempre un mismo motivo para la resistencia y la defensa, este es, evitar el dolor que produciría la irrupción en la consciencia de un conflicto. La ansiedad que surgió por el peligro que supone la aproximación del material amenazador obliga al yo a reforzar las defensas que, en la situación terapéutica se muestran como resistencias. Se puede decir que la *relación terapeuta -paciente*, bien puede ser un motivo inmediato para la aparición de resistencias, ya que dicha relación facilita el acceso a la conciencia del material “peligroso” y productor de ansiedad (Coderch J., 1990, p.132).

La relación médico paciente que estudia Coderch, puede ser vista como uno de los elementos técnicos más importantes que en todo tratamiento de orientación psicoanalítica se deben considerar, ya que tanto el terapeuta como el paciente luchan en sus diferentes papeles, contra las resistencias que se oponen al esclarecimiento de la situación mental del paciente, es decir se pretende vencer las barreras que se oponen a que el paciente quede liberado de sus ansiedades, de sus inhibiciones y de sus síntomas. El analista sigue intentando atravesar la barrera de la consciencia pero se sirve de la asociación libre, el análisis de los sueños y la interpretación. El *campo* principal de la *labor analítica* es el de la *trasferencia y la resistencia*. El fin del psicoanálisis es en definitiva aumentar la fuerza relativa del Yo respecto del Superyó, el Ello y el mundo exterior.

Otro de los elementos importantes a considerar dentro de la técnica psicoanalítica es el vencimiento de problemas que surgen en el proceso psicoterapéutico como son: los sentimientos de ansiedad e inseguridad de los pacientes, por su necesidad de aceptación y prestigio y por las defensas que emplea para evadirse de los primeros y obtener estos últimos. Es en este sentido que aparece la importancia del proceso dinámico conocido como resistencia ya que es una operación de seguridad que juega un papel importante en la relación de los pacientes con la psicoterapia (Biagini, M., Diaz S; y Rea C. 1991).

En 1983 Carol Anderson, menciona las resistencias iniciales del tratamiento como cruciales para el desarrollo posterior del mismo, sin embargo hace énfasis en los cuestionamientos acerca de la competencia del terapeuta que hace el paciente al psicoanalista y los ve tan normales y previsible como cualquier otra forma de resistencia ante la terapia. Dichos cuestionamientos son más frecuentes al principio de la psicoterapia; también pueden llegar a descubrir el proceso terapéutico si el terapeuta se pone a la defensiva y si una progresiva serie de interacciones entre terapeuta y paciente produce una lucha de poder. Dicho autor menciona que las resistencias no sólo pueden ser provocadas por el paciente o familiar, sino también por el terapeuta como consecuencia de inexperiencia, por la ansiedad de competencia o por su ambivalencia respecto de la eficiencia de la terapia, así como las que surgen por fatiga del terapeuta. Otras resistencias son iniciadas o provocadas por sistemas generales que influyen sobre el tipo de terapia que es financieramente más viable.

A) EL MANEJO TECNICO DE LA RESISTENCIA

Al dar inicio a cualquier tratamiento de orientación psicoanalítica se deberán dar a conocer las responsabilidades y funciones que corresponden al psicoanalista así como al paciente respectivamente. Ya que de esto va a depender evitar confusiones y ambigüedades que más tarde podrían actuar como obstáculo y distorsiones difíciles de salvar. De esta manera, una vez establecida la relación de trabajo el paciente estará preparado para soportar

la penosa tensión que le puede producir la investigación interna y el contacto con la verdad, con esto permitirá que sus resistencias y fantasías se expresen con espontaneidad.

También es de primordial importancia mencionar que el terapeuta debe identificar, en la sesión, el punto en el cual se encuentran la ansiedad, las resistencias y, el deseo de saber por parte del paciente. Sin embargo no se debe confiar ya que las verbalizaciones están al servicio de las resistencias. Hay que tomar en cuenta que muchas de las dificultades del paciente constituyen parte importante de sus temores, inhibiciones, ansiedades y las mismas preocupaciones. Toda sesión tiene como finalidad aumentar la comprensión del paciente acerca de sí mismo y de su relación con las circunstancias de su vida, además de estimular la comunicación del paciente y mantenerla dentro de las áreas y temas pertinentes. Esto puede ser muy doloroso para el paciente, ya que todo material proveniente de la consciencia, antes que nada debió de haber opuesto cierta resistencia y para poder vencer a estas últimas se tuvo que pasar por algunos procesos difíciles de vencer tanto para el paciente como para el psicoterapeuta (Coderch J., 1990).

Dentro de los procedimientos más importantes a considerar para tratar con las resistencias están los que menciona Freud en 1912 en su obra titulada *Consejos al Médico Sobre el Tratamiento Psicoanalítico* en la que establece entre otros aspectos los siguientes:

1- Nunca dar por terminado el análisis de una situación específica, el médico se debe permitir reexaminar lo ya discernido y hallar ahí algo nuevo, ya que dichas situaciones pueden estar inmersas de resistencias creadas por el paciente.

2- Evitar tomar notas durante la sesión porque podría favorecer las resistencias del paciente.

3- El analista debe mostrar cierta frialdad de sentimientos ya que crea para ambas partes las condiciones más ventajosas: para el médico, el cuidado de su vida afectiva; para el paciente, el máximo grado de socorro que puede prestársele. De no suceder lo anterior, el

médico se halla frente a una tendencia afectiva peligrosa, se expone indefenso a ciertas resistencias del paciente, juego de fuerzas del cual la curación depende en primer lugar.

4- El médico debe usar su inconsciente como arma o instrumento de análisis, él mismo tiene que llenar en vasta medida una condición psicológica. No puede tolerar resistencias que aparten de su consciencia lo que su inconsciente ha discernido; de no ser así introduciría en el análisis un nuevo tipo de selección y desfiguración más dañinas que las provocadas por una tensión de su atención consciente (p.114 - 5; V.12).

La dinámica de la situación de tratamiento según Greenson en 1986, moviliza tendencias conflictivas dentro del paciente. Es conveniente mencionar las fuerzas internas del paciente antes de analizar sus resistencias: tales fuerzas se hallan de parte del psicoanalista y de los **procesos y procedimientos** psicoanalíticos:

- * Aflicción neurótica del paciente, lo impulsa a trabajar en el análisis, por doloroso que sea.
- * El Yo racional consciente del paciente, mantiene ante la vista los objetivos de largo plazo y comprende las razones de la terapia.
- * El Ello, lo reprimido y sus derivados, todas las fuerzas que dentro del paciente buscan su descarga y tienden a aparecer en las producciones del paciente.
- * Alianza de trabajo, permite al paciente cooperar con el analista a pesar de la coexistencia de sentimientos de transferencia opuestos.
- * La transferencia positiva desinstintualizada, que permite al paciente atribuir valor excesivo a la competencia del analista. Basándose en pocas pruebas, el paciente aceptará al analista como un experto.
- * El Superyó racional, mueve al paciente a cumplir sus deberes y obligaciones.
- * Curiosidad y deseo de conocerse a sí mismo, que mueven al paciente a explorarse y revelarse a sí mismo.
- * Deseo del progreso profesional y otros tipos de ambición.

- * Factores irracionales, como los sentimientos competitivos respecto de otros pacientes, el deseo de sacar provecho a su dinero, esto es aliado temporal y poco confiable del psicoanalista.

Todas estas fuerzas hacen posible la cooperación del paciente en la labor analítica. Su valor y eficacia difieren, y cambian durante el curso del tratamiento. Las **fuerzas** que dentro del paciente se **oponen a los procesos y procedimientos** analíticos pueden descomponerse de la siguiente manera:

- * Maniobras defensivas inconscientes del Yo que dan modelos para las operaciones de resistencia.
- * Temor al cambio y el afán de seguridad, mueven al Yo a apegarse infantilmente a las normas neuróticas familiares.
- * Superyó irracional, exige sufrir para expiar la culpabilidad inconsciente.
- * Transferencia hostil, impulsa al paciente a vencer al psicoanalista.
- * Transferencia sexual y romántica, lleva a los celos y la frustración y en definitiva a una transferencia hostil.
- * Impulsos sádicos y masoquistas, que llevan al paciente a provocar muchos placeres dolorosos.
- * Impulsividad y tendencias de actuación, que impulsan al paciente en dirección de las satisfacciones rápidas y contra el insight.
- * Satisfacciones secundarias producto de la enfermedad neurótica, que incitan al paciente a apegarse a su neurosis.

Para Greenson (1986) estas fuerzas movilizan la situación analítica en el paciente. La forma como escucha el analista juega un papel muy importante, así **el analista escucha con tres objetivos** en la mente:

a) Trasladar las producciones del paciente a sus antecedentes inconscientes. Los pensamientos, fantasías, sentimientos, comportamiento, e impulsos han de seguirse hasta dar con sus predecesores inconscientes.

b) Los elementos inconscientes han de ser sintetizados en insights significantes. Fragmentos de historia pasada y presente, consciente e inconsciente, han de ser relacionados para dar un sentido de continuidad y coherencia en función de la vida del paciente.

c) Los insights así obtenidos deben ser comunicables al paciente. Cuando uno escucha, debe estar seguro de que el material descubierto será utilizable constructivamente por el paciente.

Tratar con un problema conduce a la formulación y aplicación de un procedimiento en varias etapas, Greenson (1986) propone 5 pasos generales en el manejo de la resistencia, durante el proceso psicoanalítico, y son los siguientes:

1- Reconocer la resistencia. Es tarea del analista reconocer que hay una resistencia. Esto puede ser sencillo cuando la resistencia es patente, o más difícil cuando la resistencia es sutil, compleja, vaga o egosintónica para el paciente. Esto origina la siguiente cuestión: ¿Cómo se reconoce la resistencia cuando el material no es muy claro?. La respuesta se basa en el entendimiento de la asociación libre y la oportunidad que ofrece el analizado. Al pedir al paciente que deje llegar las cosas a la mente y que las comunique sin censura social sólida, se trata de descartar las resistencias.

2- Señalar la resistencia al paciente o confrontación. La tarea del terapeuta, en este momento del tratamiento, es lograr que el paciente entienda que se está resistiendo, ¿por qué, a qué y cómo se resiste?. Cuando el paciente no es consciente de que hay resistencia se le debe hacer saber antes de seguir adelante. La capacidad del paciente de reconocer una resistencia depende de dos cosas:

- a) El estado de su Yo razonable y,
- b) La intensidad de la resistencia. La confrontación sólo debe efectuarse cuando hay probabilidades de que tenga significado para el paciente y cuando no logre

nada en su intento de negarla o minimizar su validez. Una forma eficaz es comprobar la existencia de las resistencias es el silencio por parte del analista y dejar que el paciente hable sobre los temas o cosas a las que se resiste.

3- Aclaración de modos y motivos de resistencia. Después de hacerle ver al paciente que tiene una resistencia; quedan tres opciones para analizar una resistencia: ¿Por qué?, ¿De qué?, y ¿Cómo huye el paciente?. La última pregunta se refiere a los medios de la resistencia; las dos preguntas restantes se refieren al motivo de la resistencia. El paciente puede resistirse por algún afecto doloroso que trata de evitar, probablemente esté más cerca de la consciencia que la respuesta a la cuestión de qué impulsos o que recuerdos traumáticos contribuyen al afecto doloroso. Algunos puntos técnicos de importancia que tiene que tomar en cuenta el analista son: lenguaje claro, concreto y llano, emplear palabras que no puedan mal interpretarse, que no sean vagas ni evasivas. Al tratar de descubrir y esclarecer el afecto doloroso específico y los recuerdos asociados con él, la palabra que uno emplea debe ser acertada en tiempo, cantidad, calidad y tono. Así, el modo de resistencia fue el punto de partida para muchos importantes insights de los factores inconscientes.

4- Interpretación del motivo de resistencia. En ocasiones el analista no tiene que señalar y esclarecer la resistencia porque el paciente lo hace espontáneamente. Sin embargo, tendrá que interpretar los determinantes inconscientes, es decir, que se trata de descubrir impulsos (instintos) ocultos, las fantasías o recuerdos que subyacen a la resistencia. Al analizar el motivo de una resistencia se intenta explorar el contenido causante del afecto doloroso que ocasionó la resistencia. El silencio absoluto y la ausencia de expresión corpórea y facial parecerían ser indicio de fantasías acerca de la muerte, el coma o un sueño profundo. El contenido manifiesto de los sueños de angustia muestra limpiamente temor de descubrir algunos impulsos conscientes. Al descubrir el afecto específico que desencadenó la resistencia se va de la resistencia hacia la historia de ese acontecimiento, afecto o fantasía particular en la vida del paciente. Si se logra, el analista puede volver a la resistencia actual del análisis y señalarla al paciente:

5- Interpretación del modo de resistencia. A veces al tratar de analizar una resistencia no es el rumbo de exploración más prometedor el afecto, el impulso ni el suceso causante. Puede ser que el modo de resistencia, el método o los medios de resistencia ofrezcan el camino más fructífero para la investigación. Si el modo de resistencia es extraño y "no corresponde al carácter" del paciente, suele ser un acto sintomático y por lo general más accesible al yo razonable del paciente. Es necesario de inicio, que el paciente reconozca que determinado tipo de comportamiento es una resistencia, lo cual puede ser sencillo o difícil según sea la actividad egosintónica o ajena al yo. La demostración dependerá de dos factores:

A) Relación del yo con la actividad (egosintónica); y

B) Alianza operativa, es decir hasta qué punto esté dispuesto el paciente a tomar una actitud analítica. Cuanto más coherente, adaptativa y feliz parece una actividad del paciente más difícil será persuadirle de que esa actividad es una resistencia. Sin embargo la situación es más difícil cuando los factores de la realidad se mezclan con las resistencias inconscientes del paciente. La siguiente tarea del analista es la *aclaración*, en la cual busca la pauta de comportamiento fuera del análisis y posteriormente se busca historia y objetivo de tal actividad ocurrida en la vida del paciente y qué lo hizo adoptar ese modo de resistencia. (Greenson, 1986).

De esta manera, sólo una pequeña parte de esta labor puede realizarse en una sesión dada. Por lo tanto no se debe interpretar una resistencia prematuramente, pues eso sólo ocasiona racionalización o intelectualización por parte del paciente, además de que priva la experiencia de impacto emocional. Es conveniente para el analista, saber cuándo hay que ser activo y cuándo pasivo en la labor analítica. Los pasos y el orden que se sigue varían según la sesión o el paciente. Hay que estar siempre atento y dispuesto a cambiar el enfoque, o a seguir con él si parece adecuado. Para concluir, debe destacarse que por muy diestra y acertada que sea la labor del analista para con la resistencia, ésta retornará repetidamente (Greenson, 1986).

Donald Hall (1981), menciona las siguientes reglas que existen dentro de la técnica relativa al manejo de la resistencia:

1- Estudiar la resistencia antes que el contenido, el Yo antes que el Ello y principiar por la superficie.

2- Dejar que el paciente elija el tema que se tratará en la sesión analítica para facilitar la asociación libre.

3- La regla general es que las resistencias menores y pasajeras no se analizan y pueden simplemente superarse. Esto mientras el paciente parezca vencer las resistencias por sí solo y pueda comunicarse realmente.

4- La siguiente regla tiene que ver con pérdidas de las funciones del Yo en el paciente durante la sesión analítica. En esta situación es importante que el terapeuta no pierda ninguna función de su Yo para trabajar con las pérdidas de las funciones del Yo del paciente.

B) MANIFESTACIONES DE RESISTENCIA DURANTE EL PROCESO

Antes de plantear dichas manifestaciones es importante hacer referencia a J., Coderch J., quien (1990) menciona que no hay que esperar a profundizar en la psicoterapia o en el análisis, cuando ya están presentes las resistencias, pueden estar incluso sin que haya tratamiento alguno. Sin embargo, la resistencia puede lograr incluso que una persona jamás llegue al terapeuta. Existe algo previo a la relación real entre terapeuta y paciente, y es la relación mental, en la medida que el paciente sabe por una u otra fuente externa que alguien puede ayudarle en su sufrimiento.

En el transcurso de la tarea psicoterapéutica se han descrito varios comportamientos del paciente que pueden desempeñar una función de resistencia, estos se manifiestan de

forma sencilla, típica y clara y, según Greenson (1986), autor importante dado su interés en categorizar y describir los elementos del proceso psicoterapéutico, son los siguientes:

- 1- El paciente calla. No está dispuesto, consciente o inconscientemente, a comunicar sus pensamientos o sentimientos al analista. El silencio es el contenido de un trozo de vivencia.
- 2- El paciente no siente deseos de hablar. No está literalmente callado pero siente que no tiene ganas de hablar, o no tiene nada que decir.
- 3- Afectos que indican resistencia. Cuando el paciente se comunica verbalmente pero con ausencia de afecto. Lo que dice es seco, monótono, insulso y apático, la impropiedad de afecto es también señal de resistencia
- 4- Postura del paciente. La rigidez puede indicar que está a la defensiva. La postura sin cambio y movimiento excesivo, indican que algo se descarga con movimiento y no con palabras. El bostezo, modo de entrar a consulta, evitando la mirada del analista o charlando de pequeñeces sin continuar en el diván, o el irse al terminar la hora sin mirar al analista, son también indicaciones de resistencia.
- 5- Fijación en el tiempo. Un paciente habla constante e invariablemente del pasado sin mezclarle nada del presente o a la inversa. El apego a determinado período de tiempo es una evitación análoga de rigidez y persistencia en el tono emocional, la postura, etc.
- 6- Acontecimientos externos o de escasa importancia. El paciente que relata sucesos superficiales, insignificantes, durante un largo tiempo, es que está evitando algo subjetivamente importante. Puede ser una charla acerca de asuntos externos de gran importancia política sin embargo, si esto no conduce a una cuestión personal interna se está expresando una resistencia.

7- Evasión de temas. Cuando el paciente huye de cuestiones penosas, esto puede ser consciente o inconscientemente. Sucede sobre todo con aspectos de sexualidad, agresión y transferencia.

8- Rigideces. Todo cuanto se vuelve rutina y el paciente lo ejecuta sin modificación en las horas de su visita ha de considerarse resistencia. El hecho de la rigidez, ya sea el de presentarse constantemente tardío o constantemente puntual, indica que algo se tiene refrenado, que algo se oculta. Está relacionado con el lenguaje de evasión (Lenguaje vano, técnico). Su objetivo es retener la comunicación personalmente reveladora. El empleo de cliché o lugar común aísla los afectos y evita la participación emocionalmente (ejemplo, real y verdaderamente, o supongo que, o usted ya sabe, etc. son indicios de evasión).

K., Menninger (1960), señala que existen otras formas, más sutiles de resistencias pero éstas se dan en diferentes momentos del proceso psicoterapéutico y en función del nivel regresivo de cada paciente, de tal forma que el tipo de manifestaciones variará de paciente en paciente y en las diferentes fases del tratamiento psicoterapéutico; por ello en las *primeras etapas* se pueden manifestar resistencias de tipo oral y en *etapas medias* pueden ser manifestaciones o modalidades orales y anales. Es pertinente mencionar que el proceso analítico puede sexualizarse o erotizarse en todas las formas en las que el paciente como un niño en desarrollo vivió el placer físico: oral, anal, fálico y genitualmente. Así mismo, el autor afirma que el proceso analítico en ocasiones puede ser oral, anal, fálico y genital (p. 167).

Menninger refuerza lo antes citado por otros autores dentro del trabajo psicoterapéutico proponiendo las manifestaciones siguientes: encubrir actos y hechos, olvido, impuntualidad en las citas o ausencia, silencio prolongado, acting out, intelectualización, catalogación, vagancia, emoción en lugar de pensar y hablar, de erotización, nuevos síntomas psicológicos, resistencia de erotización, en la cual el paciente desarrolla cierto placer al contar sus penas, sufrimientos y recuerdos, es una sensación

secreta y placentera. Además es placer diferente al que pudiera tener como producto del alivio sintomático que le proporcionará el tratamiento.

El psicoanalista nunca debe olvidar el componente agresivo que existe en toda resistencia de erotización. Dicha erotización es un intento de distraer y seducir, un deseo de seguir enfermo y de herir al analista como venganza (por su imputada seducción al paciente) tanto como a sí mismo (el que se analiza) por propiciarla.

Menninger muestra dos paradigmas de la *primera etapa o fase del análisis*, son racionalizaciones típicas según los diferentes niveles de regresión, estos son los siguientes:

* El paciente quiere obtener ayuda del analista, PERO es costoso, consume tiempo, es extraño, produce miedo, etc.

* El paciente tiene la tentación de revelar recuerdos reprimidos y fantasías suprimidas, PERO “claro que eso no pudo ser así”. “No pude haber sido yo”, etc.

Dentro del lenguaje de *evasión* existen otras *manifestaciones* de resistencia *durante el proceso terapéutico*:

* Retraso, inasistencia y olvido del pago. Puede ser consciente, y entonces relativamente accesible o inconsciente en el sentido de que el paciente puede racionalizar el caso (Menninger, K., 1960).

De acuerdo con Menninger (1960) puede decirse que la resistencia al efecto del tratamiento puede verse como: inercia, reacción, defensa, agresión autodirigida, agresión dirigida hacia el analista, obsesión de repetición, rigidez psicológica, miedo al cambio, a lo desconocido, etc. Todas las formas de resistencia muestran la naturaleza conflictiva del proceso en movimiento progresivo comprendido en el tratamiento psicoanalítico.

Greenson (1986) señala como manifestaciones resistenciales:

* Citando a Fenichel Greenson propone que el paciente se aburre pues está evitando el conocimiento de sus apremios instintivos y sus fantasías. El aburrimiento en el analista podría indicar que está bloqueando sus fantasías en relación con su paciente, reacción de contratransferencia.

* El paciente tiene un secreto. El paciente con un secreto consciente está declarando que rehuye algo, esto debe de ser respetado, no aplastado, forzado ni averiguado a fuerza de súplicas.

* La actuación (acting out). Consiste en referir con acción en lugar de palabras, recuerdos y afectos. No desea comunicar oralmente sus ideas e impulsos, el paciente se permite actos irracionales en su comportamiento diario. Este comportamiento puede ser una forma de apoyar su incapacidad para hablar durante el tratamiento. Alivia la ansiedad y deja poca energía disponible para los procesos creativos durante la sesión.

* Alegría frecuente en la consulta. El gran entusiasmo y júbilo prolongado indican que algo se está ocultando - por regla general, algo distinto, alguna forma de depresión.

* El paciente no cambia. Si el análisis está obrando y por lo tanto influyendo en el paciente, es de esperar que se produzcan cambios en el comportamiento, o sintomatología del mismo. Si no hay otros signos de resistencia, es probable que se trate de una forma sutil de actuación y de resistencia transferencial (Glover, 1955, Citado por Greenson 1986).

González Nuñez en 1986 expone diversas manifestaciones de resistencia en el proceso psicoterapéutico entre las cuales menciona:

* Supresión y 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.

* Intensificación del síntoma. Este ha sido uno de los síntomas más contemporáneos de la resistencia a la curación, y se refiere al esfuerzo de los medios neuróticos del paciente que previamente lo han mantenido libre de ansiedad. En consecuencia, algo que se puede prever es la exageración aguda de los síntomas neuróticos del paciente; sin embargo una explicación oportuna acerca de que puede llegar a empeorar antes de mejorar ayuda a que este no interrumpa el tratamiento antes del término.

* Autodevaluación. El paciente se niega a aceptar que haya algo valioso en él, o que tenga algún tipo de oportunidad de ser independiente. Responde a todas las interpretaciones con frases de desesperanza. En ocasiones se debe al miedo de que al ser reconocido como una persona capaz puedan exigirle esfuerzos activos e independientes.

* Fuga forzada hacia la salud. El paciente trata de convencer al terapeuta y a sí mismo de que ya está bien y de que ya no necesita nada del tratamiento.

* Inhibiciones intelectuales. La necesidad de evitar al terapeuta puede causar una incapacidad de pensar, hablar o sentir. El paciente cancela citas, llega tarde, olvida mencionar aspectos importantes de lo que ha hecho en ese día, etc...

* Insight como resistencia. El paciente hace relatos de lo bien que se entiende a sí mismo, utiliza terminología aceptada, describe la dinámica y los mecanismos de su desorden con un lenguaje literario. 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. El insight del paciente es un arma intelectual empleada para confundir al psicoterapeuta y a sí mismo. Los objetivos detrás de esta resistencia parecen ser: tener una pantalla para ocultar la propia indulgencia hacia los comportamientos

neuróticos acostumbrados, el deseo de escapar ante la crítica, la detección y la fantasía de los pacientes muy dependientes de la terapia que consideran que ésta lo hará todo por ellos.

* Disociación de la hora del tratamiento del resto de la vida. 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 como se relaciona con la vida diaria el material que se revela en el tratamiento.

* Desprecio de la normalidad. 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 nunca podrá defenderse.

* Renuencia a abandonar el tratamiento. 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 sus neurosis en aras de su deseo de continuar consultando a su terapeuta.

* Ausencia de sueños. Los pacientes que saben que sueñan y olvidan el sueño se resisten a recordar sus sueños. Son los sueños el medio más importante de acceso al inconsciente lo reprimido y la vida instintiva del paciente. El olvidarse de ellos es indicio de que el paciente está luchando contra la revelación de su inconsciente y en particular de su vida instintiva al analista (Freud, 1900). Otra manera de resistencia es inundar de sueños la hora de consulta y puede indicar el deseo inconsciente del paciente de continuar su sueño en la presencia del analista (González, N., 1986).

Según D., Aronowitz, en 1993 (Citado por A. E., Ibarguengoitia, 1998), “la codependencia en términos psicoanalíticos es una forma inconsciente del proceder conductual que favorece la persistencia del trastorno de un objeto; siempre y cuando este trastorno sea utilizado inconscientemente en las perturbaciones del desarrollo emocional del sujeto” (p. 20). La codependencia y el narcisismo de forma similar solamente que en

direcciones opuestas (Cemark, 1991; En Ibarguengoitia E., 1998). Tanto el codependiente como el narcisista presentan la sensación de ser especiales, despliegan grandiosidad (el narcisista demandante, el codependiente se autodevalúa y busca complacer al otro) son hipersensibles, el narcisista rompe con cualquier crítica pues no la tolera, el codependiente se esfuerza por complacer ya que cualquier crítica la recibe como una descalificación; ambos son igualmente obsesivos, sólo que en diferentes polos. El narcisista maneja la fantasía omnipotente de poder sobre el objeto, el codependiente lo manifiesta con un exceso de atención y esfuerzo por agradar al otro.

Ibarguengoitia (1998), propone las siguientes manifestaciones de resistencia que se presentan con pacientes codependientes:

1- Una de las resistencias especiales es *la que se actúa en función de “ser el bueno”* de acuerdo con la explicación que brinda Fairbairn, tiene su origen en la experiencia de haber vivido la desatención del objeto. La necesidad de ser bueno encierra la urgencia de un objeto que presente un trastorno manifiesto o evidente para tener oportunidad de cuidarlo y demostrar que se es bondadoso. La bondad del codependiente no es auténtica ya que ésta favorece el trastorno del otro para perpetuar que el otro no pueda hacer la vida sin él, por lo tanto actúa para sí mismo y no por bondad.

2- El *no atender las necesidades reales de su objeto y del self* se convierte en otra resistencia que se da en los codependientes. Estos pacientes necesitan a quien cuidar con la fantasía de resolver su propio conflicto, el cual tiene su origen en el deseo de haber podido rescatar a su objeto enfermo.

3- El *manejo de lo aparente (“como si”)* es una forma de resistencia donde el paciente se presenta en el espacio analítico “como si” sintiera y entendiera el conflicto emocional que atraviesa, pero en realidad esto no es genuino, es una defensa en el pensamiento, que autogenera una explicación apaciguante a partir de la propia experiencia consciente por “iguales”, que anula la ansiedad. En esta resistencia el paciente no utiliza el

insight en la acción. Pero ofrece en su lugar, formas parecidas al insight, que en funcionamiento sintético no comprenden un discernimiento al conflicto.

4- *Ponerse en blanco ante las agresiones reales o imaginarias del objeto.* Debido a que niega constantemente la agresión en la relación no puede ver su participación en el maltrato que recibe.

5- *Buscar continuamente la justificación de lo que le sucede en lo externo.* Al aferrarse a la patología de otro encuentra la manera de no identificar su propia responsabilidad acerca de lo que le sucede.

6- *La necesidad de reconocimiento externo* generalmente se manifiesta en análisis.

7- *Necesidad de hablar del otro.* En el codependiente no existe consciencia de enfermedad por esta razón habla de los conflictos del otro.

8- El paciente que presenta codependencia se *enfrasca en una repetitiva necesidad*, para que su yo observador así lo atestigüe y los otros den cuenta de esto, que el dolor provocado por sus objetos marca una tendencia cada vez mayor, como si el dolor se fuera acumulando.

9- *La complacencia* es una forma de vínculo de proceder claramente internalizada en los modos de relación objetal que no tarda en el análisis en tornarse una fuerte resistencia. Está ligada a la necesidad de mantener oculta la propia patología.

10- El *manejo de lo aparente.* El paciente empieza a minimizar lo mismo que antes comunicó como su gran sufrimiento. En este momento el codependiente generalmente empieza a hablar de los logros de cada uno de su familia y desde luego de los propios. El mensaje es: “a pesar de todo somos una familia feliz”.

11- *Necesidad de sentirse la víctima*. El paciente trata de demostrar que ha sido la víctima inocente en la relación para confirmar que su objeto es el que está enfermo y no él.

12- *Resistencia a la cercanía afectiva*, mantiene una relación distante con el propósito de no ser dañado. Conducta que se relaciona con la defensa que el codependiente adoptó para adaptarse al riesgo de violencia y agresión física o emocional en sus relaciones de objeto, así como para tratar de manejar el abandono igualmente físico o emocional de sus objetos, “antes de que me agredan me alejo, antes de que me abandonen me alejo”.

13- *La somatización* se convierte en una resistencia especial pues en ésta se busca atraer la atención del objeto para culparlo de una manera encubierta de sus dolencias. Esta resistencia se relaciona con el deseo de mostrarse y mostrar que se es fuerte, bueno y que se sacrifica por los demás. A partir de reprimir su conflicto y de la posibilidad de expresar el problema real, lo manifiesta a través del cuerpo con dolencias y trastornos en los que intenta culpar a los demás por no reconocer sus necesidades y así, se siente incomprendido.

14- La resistencia del paciente identificado en la familia como el que se enferma para tapar la patología de los otros atrayendo la atención sobre sí, paradójicamente logra ser el bueno pero también culpa a los demás de sus problemas. Al ser él “el malo” o la oveja negra en el fondo está cuidando a los otros.

15- *Aferrarse a relaciones patológicas*. Existe en esta conducta una conexión de vínculo - conflicto. El paciente vive una gran angustia cuando no existe conflicto en la relación lo cual interpreta como rompimiento o pérdida del vínculo lo que le significa ver amenazada su supervivencia.

A. E., Ibarguengoitia, en 1992 propone un nuevo tipo de resistencia, la resistencia narcisista (expuesta con amplitud en el capítulo IV), la cual se compone al menos, por un conjunto de cuatro manifestaciones que en el curso psicoterapéutico pueden presentarse.

El grupo está compuesto por las siguientes modalidades:

1- Presencia de situaciones ilusorias de grandeza en el discurso del paciente, durante las sesiones, lo que se denomina “Manejo de lo ilusorio”.

2- Presencia de situaciones aparentes de poder en el discurso del paciente, lo que se llama “Manejo de lo aparente”.

3- Presencia de una gala narcisística durante las sesiones, referida a cualquier ámbito de la vida del paciente, lo que se denomina “Manejo de gala narcisística”. Donde el discurso del paciente toda vez que éste muestra un logro, expresa en sí mismo, la característica de su persona que lo llevó a ese logro, poniéndolo en primer plano.

4- El manejo del cuerpo como resistencia durante la sesión. Donde el paciente tratará de atraer la atención de su analista ya sea hacia su periferia corporal, hacia partes específicas de su cuerpo, hacia su funcionamiento orgánico o incluso, hacia sus síntomas físicos, considerando este grupo como tal siempre y cuando aparezca repetidamente en las sesiones.

J., Coderch, en 1990 propone la **perversión** de transferencia como un tipo de resistencia; en donde el paciente se vale de cualquier medio con el fin de confundir al terapeuta e incluso hacer que éste sienta temor en alguna medida de contratransferencia, participe y sienta miedo ante el fracaso o bien, que se vea dominado por los deseos de ser omnipotente y curar o por la necesidad de incrementar su estima, etc. En esta perversión, el paciente intenta desorganizar al terapeuta, impulsarlo a que falsee y se precipite a realizar las interpretaciones, a que rompa el marco de trabajo, a actuar en lugar de interpretar, etc. En general, dicha perversión de transferencia tiende a hacer inútil la relación terapéutica, siendo ésta siempre su última y fundamental finalidad.

C) REQUERIMIENTOS DEL PSICOANALISTA EN EL MANEJO TÉCNICO DE LA RESISTENCIA

Es pertinente iniciar este apartado haciendo mención a la finalidad primordial de toda sesión analítica: la comprensión del paciente acerca de sí mismo y de su relación con las circunstancias de su vida; además de estimular la comunicación del paciente y mantenerla dentro de las áreas y temas pertinentes. Lo mencionado anteriormente puede ser muy doloroso para el paciente, ya que todo material llevado a la consciencia, antes que nada debió de haber opuesto cierta resistencia y para poder vencer a estas últimas se tuvo que pasar por algunos procesos difíciles de vencer, tanto para el paciente como para el psicoterapeuta. También se debe tener en cuenta que ciertos problemas específicos de la personalidad del terapeuta pueden obstaculizar la organización de la relación con el paciente, si las emociones que el terapeuta experimenta hacia el paciente pasan desapercibidas para él, no son sopesadas en un justo valor, dañarán las relaciones entre ambos (Coderch, 1990; p. 201).

En 1991, M. Biagini; S., Díaz y C., Rea, mencionan que la propia experiencia psicoanalítica es un requisito indispensable para que el psicoanalista realice su trabajo lo más eficientemente posible, ya que esto le permitirá conocer y manejar, elementos positivos de su personalidad y también aquellos que sean conflictivos, para que no obstaculicen su labor terapéutica.

De la misma manera, para conocer realmente la labor que desempeña el psicoanalista es necesario considerar algunas de las cualidades que debe poseer este mismo; en este sentido Martín Grotjahn (1979), considera que el analista debe ser una persona múltiple, que esté dispuesto a experimentar la vida con plenitud, debe conocer todos los sentimientos humanos, aunque sean contradictorios y necesita interesarse por la literatura, ya que a través de ésta puede aprender a conocer al ser humano. Grotjahn destaca las siguientes *características* de personalidad, deseables en todo psicoanalista:

1- Dar y recibir confianza: inspirar confianza y confidencia, para ello debe tener confianza en sí mismo y en los demás. Así mismo, debe saber cómo manejar y proteger la confianza de un grupo.

2- Identidad firme y mente abierta: la firmeza central del analista permite que se le perciba como lo que realmente es y al paciente le gusta saber en quién confía y dicha confianza no puede estar basada en una pantalla anónima, por esto, además de ser una figura transferencial, el terapeuta debe mostrarse como una persona real. Su mente abierta, le permite ejecutar su tarea de manera tal que puede ser padre para uno, amigo para otro, figura disciplinaria para alguien más, etc.

David Zimmerman (1969), señala las siguientes *cualidades* que todo psicoterapeuta debe poseer:

A) Talento para la actividad: puede verificarse durante el desarrollo del trabajo clínico, ya que independientemente de los conocimientos adquiridos o de la experiencia previa, es importante contar con la capacidad de identificarse con el paciente, mediante sucesivas introyecciones y proyecciones que permiten establecer un vínculo afectivo y un entendimiento inconsciente adecuado entre terapeuta y paciente.

De acuerdo con Zimmerman, el *talento del analista* se ve en detalles como los siguientes:

- * Selección automática y apropiada del tono de voz
- * Selección automática y apropiada de las palabras utilizadas
- * Selección del momento de decir algo o de permanecer callado
- * Selección de la formulación oportuna de una interpretación
- * Selección adecuada de los pacientes, etc.

B) Capacidad de ser líder: el psicoterapeuta será líder, precisamente porque no es líder de nada. Significa que no orientará a los pacientes en ningún sentido, a no ser exclusivamente en la comprensión afectiva de aquello que está sucediendo en su medio.

C) Creatividad: y así poder descubrir relaciones de objeto o detectar argumentos o historias afectivas, en el que el propio terapeuta está incluido como figura central de la trampa, es necesario el talento creador, es decir, que la habilidad para individualizar determinada fantasía, descubrir su dirección, así como presentarla bajo la forma de una interpretación adecuada, equivale a trabajar con una gran capacidad de creación científica y artística.

Para Slavson (1976), las *cualidades* del analista se observan en la comunicación no verbal que mantiene con los pacientes y en las sutiles reacciones a las conductas de éstos. Señala las siguientes cualidades:

1- Madurez y serenidad: resultante de la libertad emocional, la seguridad, un criterio equilibrado y un sentido de la realidad sostenido por una apropiada filosofía de la vida.

2- Intuición y agudeza perceptiva: son cualidades esenciales porque los pacientes rara vez revelan su inconsciente en sus comunicaciones verbales, aún cuando su resistencia sea mínima. Según Slavson este tipo de destrezas son innatas y no se adquieren mediante el entrenamiento.

3- Empatía: la capacidad básica de empatía con las diferentes reacciones y matices que los diferentes pacientes presentan tiene una importancia primaria. Esta capacidad es innata, pero puede desarrollarse en las personas que han logrado manejar su propio inconsciente. Nadie que no haya alcanzado un cierto grado de madurez emocional enfrentándose a sí mismo, puede ayudar a otros a enfrentar sus propios impulsos irracionales. En la empatía hay resonancia emocional, porque el observador se

ha sensibilizado a través de experiencias semejantes. En este sentido, si bien el psicoterapeuta debe responder al sufrimiento del paciente, es preciso que lo haga sin verse involucrado en grado tal que vea dañada su objetividad, debe resistir la inducción emocional, porque este tipo de reacción no ayuda al paciente.

4- Motivación: por más profundos que puedan ser los sentimientos del terapeuta, la ausencia de motivación lo descalifica para cumplir con su labor.

5- Tolerancia hacia la frustración: definida como la estabilidad y la fuerza que se requiere para permanecer pasivo cuando ello sea necesario y mostrarse activo cuando se requiere su participación.

6- Carisma: el analista debe mantener un estado durante el tratamiento si desea ser eficaz servir como ideal del yo y objeto de identificación. Sólo así, sus interpretaciones tendrán el peso y la convicción que motiva al paciente a aceptarse e integrarlas a su sistema de valores.

Greenson (1986) habla de la actitud del terapeuta al escuchar la problemática de los pacientes, así como los niveles de intervención para llevar a cabo el análisis de dicha problemática y por último *las reglas básicas que todo psicoterapeuta debe observar para el adecuado desempeño de su tarea.*

Según Greenson (1986) la función más importante del terapeuta es interpretar por medio del análisis del material del paciente. Debe evitar todo aquello que implique dar instrucciones, normas o sugerencias de cualquier clase. El psicoterapeuta debe escuchar los contenidos verbales del paciente con 3 objetivos en la mente:

1- Trasladar las producciones del paciente a sus antecedentes inconscientes. Los pensamientos, fantasías, sentimientos, comportamientos e impulsos han de seguirse hasta dar con sus predecesores inconscientes.

2- Los elementos inconscientes han de ser sintetizados en insights significantes. Es decir, fragmentos de la historia pasada y presente, consciente e inconsciente, han de ser relacionadas para dar sentido de continuidad y coherencia en función de la vida del paciente.

3- Los insights así obtenidos deben ser comunicables al paciente. Esto es, cuando uno escucha, debe estar seguro de que el material descubierto será utilizado constructivamente por el paciente.

Greenson además reconoce como todo psicoanalista las 2 reglas básicas que debe seguir el psicoterapeuta:

1- Regla de la abstinencia: consiste en impedir que el analizado tome la “huida hacia la salud”, de manera prematura y efectúe entonces la llamada “ hora de transferencia”.

2- El psicoanalista como espejo: implica reflejar para el paciente sólo lo que éste haya manifestado. Los valores y preferencias personales del terapeuta no deben entrar en el análisis de los conflictos, la constante neutralidad del analista hace posible mostrar cuán desfiguradas y poco realistas son las reacciones del paciente.

CAPITULO IV

LA RESISTENCIA: IMPLICACIONES EN EL TRABAJO PSICOTERAPEUTICO

En el presente capítulo se exponen algunas investigaciones sobre resistencia desde el punto de vista teórico y dentro del proceso psicoterapéutico propiamente dicho. Cabe mencionar que la descripción que se hace sobre las formas (métodos) de intervención, no pretende convertir el presente trabajo en un manual de “como debe hacerse”. En lugar de ello se pretende identificar y analizar diferentes formas de abordar la resistencia en varias situaciones de intervención psicoterapéutica.

La revisión de los reportes de diferentes investigaciones documentales y aplicadas en relación con el trabajo de la resistencia nos permite acceder a mayor información respecto a este tema, por ello se ha realizado una recopilación de material referente a la resistencia. De acuerdo con uno de los objetivos primordiales de la presente investigación, estudiar la resistencia desde el *punto de vista psicoanalítico*, se consideró pertinente hacer mención, en primer plano a todas aquellas teorías que la manejan o abordan a partir de dicho enfoque; no sólo para observar las diferentes maneras como se le ha tratado o las modificaciones que ha sufrido el concepto, sino también para estudiar su relación con otros conceptos psicoanalíticos (transferencia, regresión, etc.), e incluso los descubrimientos que sobre el concepto han surgido.

Durante el desarrollo de la teoría psicoanalítica, se ha relacionado la resistencia con muchos elementos y términos de éste enfoque; Sánchez Huesca, en 1972, hace una revisión teórica conceptual de la regresión, analiza al término desde diferentes puntos de vista (como: mecanismo de defensa, factor patogénico, factor en el desarrollo, etc.). En Psicoterapia, cuando se habla de regresión, inmediatamente se hace alusión al término de la resistencia, ya que la primera es considerada como reemergencia directa de modos de funcionamiento mental característicos de la actividad psíquica durante los periodos

tempranos del desarrollo. Tal regresión puede afectar a cualquiera de las tres partes del aparato psíquico (Yo, Ello y Super Yo); sin embargo no es global, sólo afecta a funciones y áreas específicas interconectadas y no es permanente. En conclusión acerca de la regresión se puede decir que el pasado está parcialmente activo en la vida mental. Es en este momento cuando se refiere al término de *resistencia*, considerada, según L. Grinberg en 1981, como la oposición del paciente durante el proceso analítico para llegar al insight y la comprensión profunda de sus conflictos, por no tolerar el sufrimiento psíquico.

Estas reemergencias de formas de funcionamiento mental son, precisamente manifestaciones de resistencia, ya que la personalidad se inclina a repetir la actividad que en alguna ocasión tuvo éxito o placer; de esta manera cuando un sujeto se somete a un proceso psicoterapéutico estas manifestaciones de resistencia son la tarea a vencer por el psicólogo ya que representan una función yoica al servicio del propio yo.

Al igual que Sánchez Huesca, D., Hall, en 1981, menciona que al término de la resistencia no sólo se le ha relacionado con la regresión, sino también *como proceso adaptativo*, ya que en la situación psicoanalítica las defensas se dan a conocer en forma de resistencia y la defensa se relaciona a procedimientos que ponen a salvo del peligro y el dolor. El Yo utiliza la regresión de muchas formas con fines de defensa y resistencia. El papel del Yo en relación con la regresión generalmente parece más pasivo que en otras operaciones defensivas.

Otro concepto con el cual se ha asociado la resistencia es la transferencia; En 1996, M., Sifuentes Valles, realiza una investigación en la cual ve la transferencia (positiva), como uno de los elementos esenciales para vencer las resistencias del paciente. La pregunta que la autora plantea acerca de: ¿Cómo propone Freud vencer la resistencia? está aún en pie, la forma de removerlas es, coleccionarla, interpretarla y presentársela al paciente. Pero no se puede pensar que esto garantizará su superación, y por ello Freud propone dos fuerzas que habilitarían al paciente a eliminarlas: En primer lugar, la aspiración del paciente a sanar, y en segundo lugar, la ayuda de su inteligencia,

que se refuerza mediante la interpretación. Dicha interpretación proporcionaría al yo el conocimiento necesario, y ya que la resistencia tiene como agente al yo, y el analista se convierte en su aliado, se pretende que a partir de este saber el yo cederá en su resistencia.

A pesar de los esfuerzos teóricos y técnicos, si el vencimiento de la resistencia exige una transferencia positiva, la posibilidad de que el efecto terapéutico sea sólo un efecto de sugestión continúa en pie, la distinción entre el análisis y la sugestión no fue realmente clarificado por Freud. Por otra parte, la pregunta de, ¿qué resiste?, continúa siendo problemática en la literatura psicoanalítica. Si bien Freud plantea cinco tipos de resistencia provenientes de las tres instancias psíquicas (ello, yo, superyó), la técnica que él plantea para removerlas sólo se encuentra referida a las resistencias provenientes del yo, y el otro tanto de resistencias es el que se manifiesta en la compulsión de repetición, y para Freud se constituirá en el obstáculo más difícil de vencer.

Desde el punto de vista de J. Lacan en 1967 (En Sifuentes V, 1996), el yo se resiste si se interpreta el sentido del síntoma y éste persiste, el sujeto se resiste a reconocer su sentido. A partir de esta observación se concluye que lo importante ahora es *analizar* antes que nada la *resistencia*. Cuando Lacan define al yo en su función de desconocimiento, toca una fuente de las dificultades que caracterizan toda vinculación con el saber, a toda revelación de la verdad. La resistencia, es una de esas dificultades que afecta la relación del sujeto con su deseo inconsciente. Se puede decir que a medida que el sujeto avanza en su discurso y se aproxima al sentido del síntoma, el sujeto enmudece, no hay un significante que lo represente para otro significante, en ese momento lo imaginario se moviliza y se produce resistencia. La resistencia transferencial se produce en un momento en que la palabra ya no tiene acceso al sujeto, en ese momento se engancha al otro, ama al otro, le demanda que sea él quien hable, que le diga ¿quién es?.

Así también para Lacan, citado por la autora, la resistencia del sujeto, cuando se opone a la sugestión, no es sino deseo de mantener su deseo. El sujeto se resiste porque

la palabra que habla de su verdad está prohibida por el hecho de que el discurso intermediario lo condena a desconocerla. La resistencia prueba la dificultad del sujeto para decir lo que tiene que decir, debido a la interposición de ese discurso en el que el yo se ha constituido, lo que no es lo mismo que decir que el yo resiste.

Otro proceso con el cual se relaciona a la resistencia es la contratransferencia, Ongay Moguel, en 1982, se refiere a la contratransferencia como una resistencia, ya que ambas obstaculizan al tratamiento psicoanalítico. Escribe al respecto, citando a Freud: “es indiscutible que la resistencia de estos defectos no vencidos por un análisis previo descalifican para ejercer el psicoanálisis, pues a cada una de las represiones no vencidas en el médico, corresponde un punto ciego en su percepción analítica” (Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico, 1912; op. cit.).

Tower (1956) señala que las fuerzas que impelen a los pacientes a resistir a los “insights” de transferencia, son las mismas que impulsan al terapeuta a no tomar consciencia de sus propias reacciones contratransferenciales. Estas mismas resistencias que al igual que las del paciente tienen motivos neuróticos, llevó a Tower a plantear el término de “neurosis de contratransferencia”. La contratransferencia tiene origen en la propia patología del terapeuta. La ansiedad está presente en toda manifestación de contratransferencia (Grinberg 1953; Cohen 1952; Tower 1956; en Ongay M. 1982).

A., Brener Brener, en 1987, refuerza lo dicho anteriormente por Ongay M. (1982), acerca de la relación contratransferencia – resistencia. Pretendió, a partir de un proceso terapéutico psicoanalíticamente orientado, descubrir porqué el terapeuta experimentaba en los inicios del tratamiento una sensación de aburrimiento y desinterés por su paciente. El terapeuta al reflexionar sobre sus reacciones contratransferenciales deberá llevar a supervisión los casos, para generar un cambio, tanto en la actitud del terapeuta, así como en el manejo del caso. En la supervisión se hará evidente que las expectativas, prejuicios, esperanzas, etc., o sea, la contratransferencia del terapeuta constituyen obstáculos (resistencia) en el desarrollo de la psicoterapia que interfiere en las interpretaciones que haga el terapeuta de las asociaciones libres del paciente.

Al hacer el análisis de estas investigaciones (Brener A, 1987; Ongay M 1982 y; Sifuentes Valles M. 1996), en relación con lo que menciona De León de Bernardi, (1992) se encuentra que el desarrollo del polémico concepto de contratransferencia, muestra que aún existen divergencias alrededor de este fenómeno; sin embargo, una línea de pensamiento parece haber marcado ya el rumbo, que por lo menos en un futuro inmediato, seguirá el estudio de dicho fenómeno. Bernardi (1992) sostiene que tanto en transferencia como en la contratransferencia se encuentran aspectos resistenciales; sin embargo, la apertura a diferentes perspectivas ayuda a prevenir tanto la sumisión a los grandes maestros como el hecho de que la teoría puede convertirse en un baluarte narcisista esencial al ser del analista, pero que impida el acercamiento al paciente.

En otra investigación, sólo que en 1997, De León de Bernardi, parte de diferentes enfoques metapsicológicos, y de problemas de orden general en relación con el tema de la transferencia y la contratransferencia, plantea algunos de los problemas que en la actualidad le parecen más relevantes en relación con el tema. Considera que en un primer momento ambos conceptos parecen ligados al fenómeno de la resistencia, posteriormente se va destacando y comprendiendo el alto valor instrumental que la transferencia y, sobre todo, la contratransferencia tienen en relación con la evolución del proceso analítico y con las posibilidades de captar la realidad psíquica del paciente por parte del analista.

En dicho escrito, al igual que en las investigaciones expuestas anteriormente, se menciona el hecho de que la contratransferencia implica directamente la idea de respuesta inadecuada del analista al paciente. En su sentido estricto aparece como el aspecto resistencial del analista, promovido por el trabajo con el paciente que despierta sus propios "complejos y resistencias" (Freud, S., 1912), por lo cual necesita a su vez analizarse para liberarse de sus puntos ciegos.

Ya Paula Heimann en 1950, (En de Bernardi, De León 1997) formulaba una concepción amplia de la contratransferencia, incluyendo todos los sentimientos o

reacciones que el paciente promueve en el analista. Tanto esta autora como desarrollos del pensamiento kleiniano, aportan la noción de que las reacciones contratransferenciales permanentes del analista serán el principal instrumento de comprensión del mundo interno del paciente. De cualquier forma, la contratransferencia sigue siendo un reflejo de los conflictos transferenciales del paciente y en definitiva es creada por él.

En conclusión, los escritos anteriores, constatan que la teoría de la contratransferencia debe ser tratada más que como una resistencia, como un instrumento del que se puede hacer uso en el psicoanálisis siempre y cuando sea enfrentada y bien entendida.

Gasque Morales, en 1986, relaciona a la resistencia con la contrarresistencia, trata de sustentar la tesis de que la contrarresistencia es un elemento operativo en la dinámica de la contratransferencia. Plantea la existencia funcional de resistencias contratransferenciales. También presenta la distorsión, que como efecto de las resistencias contratransferenciales, se produce en los trabajos de investigación así como en la situación analítica. Todo lo que se plantea anteriormente constituye la base que sustenta la formulación y el estudio de un concepto específico: el de contrarresistencia. El desarrollo teórico de la contrarresistencia, parte del desarrollo teórico de la transferencia, contratransferencia y resistencia. Sin embargo no debe olvidarse que en este caso sólo ha variado el término en sí puesto que otros autores como Ongay Moguel (1982), Brenner A. (1987), Sifuentes Valles (1996), de Bernardi, de León (1992, 1997)... la han estudiado de igual forma y coinciden en tratarla como un obstáculo para el tratamiento psicoterapéutico. Aunque por otro lado, constituye en sí misma una valiosa herramienta para descubrir los procesos inconscientes del paciente.

Se define a la contratransferencia como un fenómeno inevitable, producto de la interacción entre analista y paciente en la situación analítica; además de que es un valioso instrumento terapéutico, siempre y cuando sea detectada y analizada oportunamente; y, constituye un comportamiento utilizable en el proceso analítico,

porque aporta datos acerca del comportamiento transferencial del paciente. Las reacciones contratransferenciales, se manifiestan funcionalmente como resistencias del analista, consecuente con cierta ansiedad que el estudio de los datos acerca de su paciente, le provoca.

De acuerdo con la definición de contrarresistencia, es la relación inconsciente que el analista establece frente a la persona del analizado, específicamente frente a resistencia de éste, y que consiste en coadyuvar a la misma. La contrarresistencia, es parte de la reacción contratransferencial del analista, por lo que se constituye como elemento operativo en la dinámica de la contratransferencia, mediante la contraidentificación proyectiva del analista con su paciente. La demostración de la contrarresistencia está dada en su definición conceptual, en sus mecanismos de operación, en sus indicadores y en sus consecuencias.

Quintanar Marquez, en 1992, aborda dos temas principales: las tendencias filicidas y las resistencias, así como la relación entre ambas. En otras palabras se enlazan dos conceptos; uno teórico, psicodinámico, que es el filicidio y otro técnico propio del psicoanálisis, la resistencia. Considera lo mencionado por Raskovsky en 1970 al explicar que las *tendencias filicidas* tienen su origen en la hostilidad omnipotente dirigida hacia los hijos, por la culpa y la persecución que esto genera, pues hace que se vea a los hijos como enemigos potenciales que pueden destruir al sujeto con su agresión omnipotente y de ahí el deseo de inmovilizarlos y eliminarlos. Las tendencias filicidas son universales, aunque lo normal es que permanezcan reprimidas, y la actuación de dichas tendencias implica fallas yóicas en la prueba de realidad y del control de impulsos. En sí, la conceptualización que se da sobre filicidio se refiere a destrucción, mutilación o mortificación física y mental de los hijos.

Se llega a la *conclusión* de que las resistencias en el paciente filicida requieren de un manejo particular. Dichas resistencias están relacionadas con el temor del paciente de agredir y de ser agredido por el psicoterapeuta (transferencia). Las intervenciones de tono superyóico por parte del psicoterapeuta son tomadas como regaños o agresiones por

el paciente con tendencias filicidas. Se recomienda no utilizarlas, para no alimentar más las resistencias. Las resistencias de las sesiones con contenido filicida van encaminadas a proteger al psicoterapeuta de la hostilidad transferencial omnipotente. Por estar más hostil, el paciente teme la retaliación omnipotente por parte del psicoterapeuta y se incrementan las resistencias. Muchas de las resistencias encontradas se relacionan con la agresión del paciente hacia el psicoterapeuta.

E., Errandonea, en 1987, realiza un análisis de algunos de los casos más famosos de Freud (Emmy von N., Miss Lucy R., Katharina., Elisabeth von R.). Lo que resulta realmente interesante de su análisis es que en los cuatro historiales se observa un cambio, una evolución en la técnica que tampoco es línea I, puesto que distintos métodos de intervención se alternan. Aunque la finalidad de todos ellos sea la supresión de síntomas, los procedimientos técnicos muestran una evolución en la concepción de la teoría de la enfermedad y de la cura.

Con el análisis que realizó E., Errandonea, se pudo observar el hecho primordial de que en los cuatro casos examinados por Freud, se tiene una característica específica, la cual se refiere a un cambio observado a lo largo del tratamiento psicoanalítico de cada uno de dichos casos (no importando que técnica psicoanalítica se esté usando), y aunque no se menciona como tal, se hace referencia a diferentes formas de tratar con las resistencias, así como la posible conscientización de las mismas y al trato que se deberá tener con éstas, ya que de esto dependerá la futura adaptación del sujeto a su medio.

N., De Souza, en 1992, en esta misma línea menciona las transformaciones que se producen en una paciente a partir de su pasaje de psicoterapia psicoanalítica frente a frente a análisis de diván. En esta investigación se permite acceder a modificaciones importantes y finalmente a la remoción de las resistencias más intensas que impedían entrar en conflictos fuertemente reprimidos. Para este autor, las diferencias entre psicoterapia y psicoanálisis pueden establecerse en relación al manejo de la resistencia ya que cuando se habla de psicoanálisis se pretende trabajar en capas más profundas de lo inconsciente, lograr la regresión más adecuada, la interpretación controlada de la

resistencia de la neurosis de transferencia, y del deseo, es un requisito básico. En el pasaje al diván la inclusión del nuevo encuadre dado en las condiciones propuestas busca una doble meta: disminuir la vigilancia del yo y por lo tanto, la resistencia y acrecentar la fuerza pulsional, lo que hará que las representaciones de la pulsión sufran un coeficiente más reducido de distorsión. Es de esperar así, que la fuerza de la libido crezca y se focalice sobre el objeto transferencial, de ese modo se crearán mejores condiciones para que sea descubierta.

Uno de los avances más recientes respecto al término de la resistencia es la incorporación de un *nuevo tipo de resistencia*. A., Elías Iburguengoytia, (1992), escribe un artículo en el cual plantea un tipo de resistencia no incluida en las cinco descritas clásicamente por Freud, que se presenta en el proceso psicoterapéutico. Se incluye un tipo de *resistencia* la cual denomina *narcisista* que aparece en el análisis, toda vez que el analista efectúa una intervención que despierta en el paciente un afecto penoso, vergüenza, aflicción, tristeza, ansiedad, etcétera, y que tiene el propósito de salvaguardar la autoestima, citando a Greenson recuerda que la causa inmediata de una resistencia es siempre la evasión de algún afecto doloroso como ansiedad, culpabilidad o vergüenza.

El autor sostiene que la *resistencia narcisista* está al servicio del mantenimiento de la autoestima, y pretende contrarrestar, anular, evitar o disminuir, el alcance interpretativo del psicoterapeuta. Tiene su origen en el desarrollo psicológico del individuo que mostró discrepancias en las representaciones del self y en la representación del objeto, provocando entre otras cosas, oscilaciones intensas en la autoestima; “esta discrepancia motiva la formación compensatoria de imágenes idealizadas del self, que representan lo que el niño quisiera ser (algo más cercano de aquel self “todo bueno”, ahora perdido), en contraste al que en realidad es.

Finalmente se define la *resistencia narcisista* como una forma transferencial específica de proceder frente al analista, donde el paciente engloba ante las intervenciones de aquél, las siguientes vivencias: ataque, incompreensión de

reconocimiento, desinterés, mesura en el dar, reacciones que van desde la gama de lo consciente hasta lo inconsciente.

En otro trabajo de investigación, Elías Ibarguengoytia, (1998) hace referencia a "*formas especiales de resistencias en el tratamiento de la codependencia*"; presenta un enfoque psicoanalítico de la codependencia, busca ampliar la comprensión y explicación metapsicológica del origen de las resistencias especiales y específicas del paciente codependiente. En esta investigación se muestra el hecho clínico comprobable de que a cada tipo específico de padecimiento, a cada formación sintomática que constituye un síndrome, o hasta a cada malestar psicológico le corresponden formas específicas de resistencias durante el tratamiento psicoanalítico.

En términos psicoanalíticos, la *codependencia*, es una forma inconsciente del proceder conductual que favorece la persistencia del trastorno de un objeto; siempre y cuando este trastorno sea utilizado inconscientemente en las perturbaciones del desarrollo emocional del sujeto.

La codependencia y el narcisismo operan de forma similar solamente que en direcciones opuestas. Tanto el codependiente como el narcisista presentan la sensación de ser especiales, despliegan grandiosidad (el narcisista demanda, el codependiente se autodevalúa y busca complacer al otro) son hipersensibles, ambos son igualmente obsesivos, sólo que en diferentes polos (Cemark 1991, en Elías I. 1998).

De acuerdo con la *explicación metapsicológica* de las resistencias codependientes; desde lo genético la codependencia tiene su origen en la experiencia de una dinámica familiar de conflicto, donde la característica de los principales introyectos no promueven el desarrollo de sus miembros sino por el contrario lo detiene. En lo dinámico económico, el codependiente no tiene suficiente fuerza para experimentar ninguna emoción agradable. La preocupación excesiva del codependiente por los demás, a manera de resistencia para verse a sí mismo, lo lleva a anular muchas de sus emociones y deja sólo que persistan las desagradables.

En resumen; desde el punto de vista **estructural** los mecanismos de defensa que utiliza el codependiente, generalmente son la proyección, la negación, la disociación y la racionalización. El codependiente establece relaciones con un objeto enfermo para poder proyectar su propia patología, al mantenerse cerca de una persona enferma continuamente puede confirmar que el que presenta problemas es el otro. De ésta forma asegura constantemente mantener la negación acerca de lo propio. En lo **adaptativo**, el codependiente desarrolla el patrón de no hablar de los conflictos, no pensar acerca de lo que sucede, negando la causa de su angustia., se vuelve hiper alerta en un intento de control, que le hace sentir seguro al “anticipar”, en su sensación, las situaciones conflictivas que se presentan primero en su familia y luego generaliza al entorno.

Hall, D., (1981) realiza una investigación en la que conceptualiza, clasifica y efectúa un análisis comparativo de varios autores sobre resistencia tanto en sus bases teóricas como técnicas, el propósito de dicha investigación es, precisamente, demostrar que el manejo de la resistencia es una de las bases fundamentales de la técnica psicoanalítica y concluye que las razones en las cuales se basa son las siguientes:

- a) El análisis de las resistencias de un paciente aportará luz sobre el estado de su Yo, así como sobre su relación con los objetos. La ausencia total de resistencia puede indicar un proceso psicótico;
- b) Al analizar resistencias se comprenden por lo menos cuatro procedimientos (confrontación, aclaración, interpretación y traslaboración). La interpretación es el procedimiento de mayor valor en la técnica psicoanalítica. Interpretar quiere decir hacer consciente al paciente la historia, el origen, el modo, la causa o el significado de un acontecimiento psíquico dado;
- c) La asociación libre, proceso terapéutico que se lleva a cabo al analizar las resistencias, hace posible reconocer dichas resistencias cuando el material que se analice no está muy comprensible y fluido. Por las asociaciones libres del paciente se tiene entrada a lo que es la realidad psíquica viva en ese momento;

- d) El análisis de la resistencia facilita la producción de una alianza de trabajo entre el Yo razonable del paciente y el Yo analizante del analista.

Eckard Daser, (1997) visualiza la resistencia desde su origen, no sólo como un fenómeno anti - análisis; también puntualiza el impacto constructivo de la resistencia en la dinámica del diálogo, en el cual resistencia y reconocimiento son mutuamente correlacionados. En términos de esta correlación, la resistencia no es un obstáculo, por el contrario es una condición para la posibilidad del análisis.

Investigaciones sobre resistencia a partir de enfoques no analíticos.

El concepto de resistencia es una construcción teórica e ideológica valiosa que proporciona una perspectiva importante para el análisis de la relación psicoterapéutica pero además de la relación entre el individuo y su entorno. Así mismo, el estudio de la resistencia constituye un campo crítico de investigación muy amplio que no debe reducirse a enfoques psicoanalíticos ni es privativo de éstos, sólo la variedad de opciones que nos ofrece la perspectiva de la totalidad nos permite abordarlo sin perder en el análisis su riqueza de comportamiento. Existen otras aproximaciones teóricas que han enfocado su estudio:

Desde el punto de vista **sistémico estructural**, O., Rochkovski, Eudokimoff, (1985), realizó una investigación en la cual trabajó con tres familias en las que hubo diferentes miembros de la familia ausentes durante todo el proceso terapéutico. En los tres casos, los tratamientos fueron exitosos, ya que se logró la desaparición de los síntomas y la modificación de la estructura familiar que producía el síntoma. Las técnicas usadas fueron: la connotación positiva, la reetiquetación, la falta de balance, la inclusión de la función del ausente en la sesión para encarar esta situación en el ámbito terapéutico

La ausencia en una cita psicoterapéutica, ha sido detectada por algunos autores, como una *manifestación de resistencia*; sin embargo en el caso de la terapia familiar, desde el punto de vista **sistémico estructural**, la ausencia de un miembro de la familia no

siempre obstaculiza el proceso psicoterapéutico, por el contrario, en algunos casos en los que un miembro de la familia no asiste, se puede lograr la desaparición de los síntomas que motivaron la consulta.

Desde este mismo punto de vista, García Gallardo, (1989), realizó una investigación en la cual se pretendió demostrar la importancia de la comunicación no verbal en el proceso y tratamiento psicoterapéutico, así como el análisis de los cambios dinámicos, y si éstos, conllevan al cambio en la comunicación no verbal. Para demostrar la importancia de la comunicación no verbal, sometió a una familia a un proceso terapéutico de 16 meses. Durante el transcurso de la terapia observó que la familia realizaba y hacía uso de las siguientes resistencias: regresión, desplazamiento, proyección, evitación del tema, sabotaje, ausencia de contacto físico y ocular, así como rigidez corporal, sentimientos de malestar y risa. También menciona que la familia es cíclica, entendida como aquella en la cual cada uno de los miembros de la familia va presentando su conflictiva en momentos diferentes de la terapia, además, cada uno de los miembros que la integra presenta un tipo de resistencia (as) diferente.

En su investigación clínica planteó que las resistencias son en mucho dadas por la *comunicación no verbal*; el paciente por medio de su cuerpo expresa sus resistencias, llegando a ser esta forma de expresión en muchas ocasiones inconsciente, pues el paciente no se da cuenta de lo que está expresando con su cuerpo, es así que toda conducta del paciente posee un significado. Cuando un paciente calla su sufrimiento y no puede expresarlo verbalmente, con sus síntomas nos habla, (Wilhelm Reich 1975, en García Gallardo, 1989) refiriéndose al comportamiento del paciente, su mirada, su manera de hablar, su expresión facial, su ropa, su modo de dar la mano, etc., y menciona que todas estas cosas no sólo son subestimadas en cuanto a su significación analítica, sino por lo general completamente pasadas por alto. §

Llega a la *conclusión* de que la mayoría de las resistencias presentadas por la familia nos remiten a su comunicación no verbal, en la medida en que éstas fueron cambiando a través del proceso, también la comunicación no verbal cambió, desde luego

que si permanecían constantes, lo no verbal también. Otra conclusión a la cual llega, es que varias resistencias son manifestadas a nivel no verbal, a medida que se fueron rompiendo las resistencias durante el proceso, la familia no verbal fue menos rígida y cuando las resistencias al cambio permanecieron, la comunicación no verbal se mantenía constante, y más aún cuando éstos se agudizaron, la comunicación no verbal fue más expresiva.

Para concluir, García Gallardo enumera los siguientes alcances: 1- La investigación de comunicación no verbal (de las resistencias) no sólo permitirá observar los posibles cambios, sino también nos auxiliará como una guía diagnóstica. 2- El crecimiento de la comunicación no verbal nos proporcionará técnicas para el manejo de la terapia, ya que nos ayuda a interpretar, confrontar y señalar al paciente.

CAPITULO V

ANALISIS Y CONCLUSION

Durante el desarrollo de la presente investigación se pudo observar respecto al análisis teórico psicoanalítico que hacen diferentes autores, y de acuerdo a Coderch (1990), que debe evitarse el caos en el lenguaje teórico y clínico que se usa; ya que se pueden estar abordando los mismos hechos clínicos desde diferentes marcos de referencia creando una barrera de origen semántico. De esta manera se obligaría al analista a ser “políglota” y efectuar la tarea de retraducir internamente distintos nombres que aluden, desde una teoría, a hechos que ya se conocen desde otra. Sin embargo la proliferación de teorías no debe preocuparnos porque, así como se torna más complejo el campo teórico de observación, también se enriquece. Es producto del crecimiento y/o desarrollo de teorías.

Será necesario investigar tanto el *nivel* en que operan las *teorías*: distintos grados de *abstracción o concreción*, de *generalidad o precisión*, diferentes maneras en que se vinculan teoría y clínica, inclusión y exclusión, analogía, etc., así como el modo o cualidad con que operan. Se tiene la impresión de que en ocasiones los modelos se cierran sobre el material y son conductores del mismo; otras veces aparecen en una relación más abierta, son “conducidos” o llamados por el proceso analítico. (Coderch, 1990).

Existen tendencias nocivas que perturban la investigación psicoanalítica en la actualidad, entre ellas, el seguimiento dogmático a un autor, el agrupamiento por escuelas, la avidez de conocimiento, e hiperproducción de descubrimientos, etc. Lo cierto es que cada enfoque, desde su perspectiva, soluciona algunos problemas y deja abiertos otros, al mismo tiempo que presenta dificultades internas y recibe críticas externas. La multiplicidad de enfoques ha favorecido en la práctica clínica una mirada más libre a la investigación de lo que sucede en el proceso analítico (Anderson, 1983).

Debido a que el estudio de la resistencia resulta bastante complejo como se observó en los capítulos anteriores y a que los puntos cruciales de análisis son diversos; se harán algunas consideraciones sobre cada uno de ellos a fin de establecer la importancia y lugar que se merecen. Respecto al **concepto** de resistencia y su lugar en el psicoanálisis se iniciará con los primeros indicios de la aparición del término resistencia. Freud en 1892, en el caso de Elizabeth Von R, descubrió una fuerza opositora al tratamiento, además de impedir a las ideas patógenas hacerse conscientes. El fin era defensivo, la tarea del terapeuta consistía en vencer esa resistencia. Posteriormente (1912), Freud avanza en su concepción sobre resistencia, la cual fue considerada como todo aquello que representa las fuerzas que dentro del paciente se oponen a los procesos y procedimientos de la labor psicoanalítica. En mayor o menor grado, está presente desde el principio hasta el fin del tratamiento.

Un aspecto importante para el análisis de la información vertida sobre el presente trabajo, fue relacionado con el concepto de resistencia y su desarrollo a través del tiempo, donde se pudo apreciar un aspecto de **convergencia conceptual**, así, la resistencia implica y puede significar uno o más de los aspectos siguientes:

- * **Es una expresión de temor y represión** (Frieda Fromm – Reichman, 1975. Jung, en Hall Donald, 1981).
- * **Es una fuerza opositora al tratamiento analítico** (Laplanche y Pontalis, 1979. Freud, Sandler, en Hall Donald, 1981. Coderch J., 1990, p. 126).
- * **Constituyen la esencia del problema. Lo reprimido.** (Freud, en Greenson, 1986).
- * **Tienen una función que distorsiona los impulsos y recuerdos inconscientes.** (Freud, en Greenson, 1986).
- * **Está dirigida en contra de los insights** (L. Grinberg, 1981, en Sánchez Huesca, 1972. Freud, Adler, en Hall Donald, 1981).
- * **Constituye uno de los elementos centrales del proceso terapéutico** (Freud, en Greenson, 1986).

- * Tienen diversas formas de manifestarse (Anderson Carol, M., 1983, p. 297).
- * Fuerza que el yo utiliza en contra de los instintos (Fenichel, 1982, p. 259).
- * Están presentes en las tres instancias psíquicas (ello, super yo y yo), (Freud S., en Hall Donald, 1981. Anderson Carol, M., 1983, p. 297. González, N., 1986).
- * Es un beneficio de supervivencia (Erikson, Hartmann, Kris y Rapaport; en Hall Donald, 1981).
- * Es un indicador del funcionamiento mental del paciente (Glover, 1974, en Greenson, 1986).
- * Se fomenta por una sensación de amenaza (Sullivan, en Hall Donald, 1981).
- * Tendencia del paciente que se opone al proceso del cambio o mejora (Menninger y Holzman, 1974, en González N., 1986, p. 140. Anderson Carol M., 1983, p.297).
- * Tienen una función defensiva (Freud S., en Hall Donald, 1981. González N., 1986).

De acuerdo con lo expuesto en el listado anterior, se puede decir que los significados que se dan sobre *resistencia*, aún dentro del enfoque psicoanalítico, presentan elementos de *convergencia*, más nunca de *divergencia*, al contrario, *varían* y se complementan dentro del trabajo psicoterapéutico propiamente dicho, en la medida que ofrece alternativas de abordaje teórico y técnico. De manera general y desde una aproximación terapéutica psicoanalítica, la *resistencia* se distingue por oposición en el sentido dinámico, hacia cualquier tentativa para traer a la conciencia algún material inconsciente, descartando así de la conciencia todo material reprimido y todos los elementos que le son desagradables, o bien es la oposición del individuo al alivio del sufrimiento del cual se queja.

El psicoanálisis puede distinguirse y *difiere* de todas las demás formas de psicoterapia por el modo de tratar la *resistencia*. Algunos métodos de tratamiento apuntan a reforzar dicha resistencia, tal es el caso de las terapias de “apoyo”. Otros tipos de psicoterapia pueden tratar de vencer la resistencia, por ejemplo sugestión,

exhortación, etc. Pero sólo la terapia psicoanalítica trata de superarla, analizándola, descubriendo e interpretando sus causas, fines, modos e historia (Greenson, 1986). Dicho de otra forma, en todo tratamiento psicoterapéutico se trabaja con resistencias, pero su manejo técnico no se explica en todos ellos, se da por hecho; esto último es la marcada diferencia entre las técnicas psicoterapéuticas de corte psicoanalítico y no psicoanalítico; en las primeras, las resistencias son tratadas como procesos del inconsciente afectivo, enfocadas hacia el cambio personal y profundo puesto que son síntomas neuróticos exclusivos del paciente.

Reforzando lo expuesto en el párrafo anterior, se ha considerado a la resistencia como un término meramente psicoanalítico en el sentido de que sólo en éste enfoque se le trata como obstáculo y al mismo tiempo como herramienta para un tratamiento personal y profundo (psicoanálisis), se pretende descubrir y eliminar la resistencia, a diferencia de otras investigaciones donde se ve, en la mayoría de los casos, únicamente con fines encaminados hacia la modificación y adaptación a situaciones y/o conductas sociales impuestas cuya finalidad no beneficia la vida anímica del individuo, al contrario, podría implicar la enajenación de este, o bien, sólo se podría obtener, como consecuencia, resistencia ante una figura parental autoritaria (transferencia) por parte de las personas a quienes se tratase de imponer algún tipo de cambio, lo cual no tiene que ver nada con la técnica psicoterapéutica, y mucho menos resuelve el problema neurótico, inconsciente del individuo.

En psicoanálisis el diván cumple un cometido distinto a otras formas de asistencia, cambia el sentido de uso porque cambia también la concepción teórica de la enfermedad y la cura. Ya no se trata de dormir al paciente como en la hipnosis. “Esta escenografía tiene sentido histórico: es el resto del tratamiento hipnótico a partir del cual se desarrolló el psicoanálisis” (Greenson, R., 1986, p.). La cura es otra cura. La solución del síntoma ya no es lo primordial; sí lo es el descubrimiento de las fantasías que lo sostienen y con ello el acceso a la posibilidad de una vida más plena lograda por el mejor conocimiento de la verdad del sujeto y de las resistencias analizadas, reconocidas, confrontadas, aclaradas e interpretadas.

Respecto a la **clasificación** de resistencia, la propuesta por S. Freud en 1926, en Inhibición síntoma y angustia (represión, transferencia, ventaja de la enfermedad, resistencia del ello y resistencia del super yo), es y ha sido durante el desarrollo de la técnica psicoanalítica, la más importante para tratar de explicar el origen de la resistencia.

Posteriormente, diferentes autores de corte psicoanalítico y no psicoanalítico, han retomado dicha clasificación y han desarrollado nuevas propuestas para la explicación del origen resistencial, incluso se han propuesto nuevos tipos de resistencia, sin embargo no se observaron elementos *divergentes* en cuanto a ésta clasificación, más bien y, de la misma forma que en el aspecto referente al concepto de resistencia, han variado y se ha enriquecido. Es importante mencionar que las aportaciones que han surgido después de Freud tomaron ya tal significado dentro del proceso terapéutico que al igual que estas últimas, se han vuelto imprescindibles para el trabajo psicoterapéutico, por ejemplo, Greenson en 1986 contempla a las resistencias según su origen, según los puntos de fijación, según los tipos de defensa, por categorías diagnóstica y resistencias ajenas al yo.

Se puede considerar como un nuevo tipo de resistencia la “resistencia narcisista”, expuesta en 1992 por Elías Ibaranguoitia, la cual se define, según el autor, como una forma transferencial específica de proceder frente al analista, donde el paciente engloba ante las intervenciones de aquel las siguientes vivencias: ataque, incompreensión de reconocimiento, desinterés, mesura en el dar, reacciones que van desde la gama de lo consciente hasta lo inconsciente. Aunque el autor añade elementos clasificatorios, como se mencionó anteriormente, siempre se fundamenta en el planteamiento inicial de Freud lo cual parte de la consideración estructural del aparato psíquico: yo, ello, superyo.

Respecto a las **manifestaciones** de resistencia mucho se ha dicho sobre diversas formas que ésta tiene para aparecer en cualquier momento del proceso psicoterapéutico,

incluso antes de comenzar con el análisis, impidiendo así que una persona llegue al tratamiento o bien están presentes sin que exista aún éste. Por tal razón el psicoterapeuta debe estar siempre alerta y tener presente que la resistencia tiene una gran variedad de formas para manifestarse no sólo al principio, sino en cualquier momento del proceso (Coderch J., 1990).

Otro aspecto digno de ser analizado se refiere a la variedad de manifestaciones o “caras” que presenta la resistencia ya que, hasta el momento, no se ha podido determinar con claridad ¿cuándo saber que una acción es una resistencia? o ¿qué acciones pueden ser consideradas como tales, y cuáles no?; en el caso de que lo sean ¿qué implicaciones tienen dichas resistencias sobre el proceso psicoterapéutico?. Si las conductas son o corresponden a una resistencia, implican un contexto y una relación terapéutica.

Durante el desarrollo de éste trabajo, no se observó *divergencia* alguna en cuanto a manifestaciones de resistencia, al contrario, las aportaciones que han realizado diferentes autores enriquecen y amplían la visión ya existente de las mismas. Lo cierto es que, así como han evolucionado el concepto y la clasificación de resistencia, también se han considerado las formas más variadas en su manifestación por ejemplo: callar, postura rígida, fijación en el tiempo, evitación de temas, sueño durante la sesión, ausencia de sueños, perversión, aburrimiento, acting out, intensificación del síntoma, autodevaluación, manejo de lo aparente, sentirse la víctima, somatización, aferrarse a relaciones patológicas, etc. Las manifestaciones de resistencia varían en función del momento del proceso mismo y representan diferentes formas de relación con el tratamiento; además la forma de visualizarlas, incluso de tratarlas, depende en gran medida del enfoque en el cual se estén analizando, (Greenson, 1986).

Dado que la forma como se presenta la resistencia es muy amplia e incluso sorpresiva, y también su estrecha relación con diversos aspectos del proceso analítico, como son: transferencia, contratransferencia, cambio, regresión, contrarresistencia, defensa, etc., cabe mencionar que la relación entre resistencia y éstos conceptos dependerá del enfoque, teoría o método desde el cual se analice.

No sólo se han identificado diferentes formas de presentación o manifestación de la resistencia, también han surgido diferentes “tipos” o denominaciones de la misma, por ejemplo resistencias de carácter, resistencias de carácter neurótico, resistencias narcisistas, resistencias de erotización, etc., quizá éste ha sido el elemento central de investigación dentro del psicoanálisis y de las psicoterapias de corte analítico. En otros contextos teóricos y de intervención psicoterapéutica se abordan varios elementos del proceso pero no se analiza a la resistencia como parte fundamental del mismo, sino como dificultad para el logro de los objetivos del cambio, o bien se habla de resistencia pero no en cuanto a su manejo técnico en sí mismo. El hablar sobre resistencia implica hablar de la técnica, es decir no sólo él ¿qué?, si no además ¿cuándo y cómo abordarla? y pocos autores, analíticos o no, escriben sobre ello. Este último aspecto resulta indispensable para conformar el análisis presente pues, si existe alguna *divergencia* respecto al trabajo con la resistencia en general, es en relación con dicho trabajo técnico ya que, la resistencia es abordada en todo contexto teórico y de intervención psicoterapéutica sin embargo, lo que marca la diferencia es precisamente en cuanto al tratamiento en sí.

De acuerdo a esta última observación, y en función de las investigaciones revisadas en éste trabajo, se puede decir que la problemática de la resistencia en psicoterapia es muy compleja, involucra al individuo en su totalidad en aspectos que van desde su personalidad, valores, creencias, actitudes, educación, formación profesional y sus metas personales, hasta las relaciones interpersonales con compañeros de trabajo, jefes, familia, etc. Será necesario que todos estos factores se consideren con sumo cuidado cuando se pretenda incidir en la necesidad de cambio ya sea individual, grupal, familiar, social, entre otras.

Considerando que las resistencias muestran la historia personal del sujeto y de sus relaciones de objeto, cada vez que aparece una modalidad de resistencia en análisis como indicador del funcionamiento mental del paciente; siempre se deberá ver a éstas, en primera instancia como un obstáculo al tratamiento y, posteriormente como una

herramienta de análisis sin la cual sería prácticamente imposible descubrir el elemento (s) encubridor (es) de la resistencia (Greenson, 1986).

En psicoterapia en general, como en muchas otras formas de intervención psicológica, la necesidad de cambio tiene que luchar contra la resistencia a dicho cambio. La resistencia al cambio defiende el “statu quo” y la necesidad de cambio busca alternativas que lo superen. Toda intervención promueve cambio, por ello, es importante mencionar el hecho siguiente: la resistencia al cambio no sólo surge por parte del analizado, sino también puede surgir a partir de las acciones generadas por el analista (contratransferencia), es decir el escribir sobre resistencia también parece generar resistencia, prueba de ello es que no se escribe mucho sobre el tema en cuanto al proceso que involucra al analista al trabajar con la resistencia del paciente y su propia resistencia.

Fuera de la clínica psicoanalítica, la resistencia no se estudia como tal, más bien se trata y nombra de forma diferente a como se hace en psicoanálisis, sin embargo y aunque no se le considere o trate de igual manera a como se hace en esta última forma de intervención, siempre está latente y tarde o temprano influye sobre el proceso mismo. La terapia psicológica se ha ido desarrollando en varias direcciones y enfoques, de esta manera, el conocimiento más amplio de la resistencia puede considerarse como parte central que influye en el trabajo clínico, por ejemplo, en cualquier terapia ya sea: breve, de grupo, familiar, comunitaria, y otras; o en todo tipo de tratamiento, ya sea preventivo, curativo, de promoción, etc., en dichos desarrollos el estudio de la resistencia no ha constituido necesariamente el elemento central de análisis, como en el caso de la terapia individual. El papel de la resistencia dentro del trabajo psicológico y llevado a la tarea clínica del psicólogo nos ubica en la necesidad de enfatizar su lugar en la función psicoterapéutica que realiza y el papel que la resistencia juega en toda situación que requiera cambio.

A manera de conclusión, la resistencia ha sido vista por diferentes autores cada cual con su respectivo enfoque ya sea analítico o no; sin embargo es en el enfoque

Psicoanalítico donde se le ha estudiado con mayor profundidad (en las tres instancias psíquicas), por tal razón sigue siendo una de las herramientas fundamentales para el análisis en dicha técnica, vista no sólo como un obstáculo, sino como un arma para explorar los procesos internos del paciente que impiden, precisamente, que dicho análisis fluya “normalmente”, o mejor aún que deje entrever que es lo que aqueja al paciente, es decir, es una manifestación clara y viva del inconsciente del paciente.

De acuerdo con la revisión de investigaciones no psicoanalíticas; se aborda la resistencia desde enfoques psicoterapéuticos, más no se le da la importancia que merece, se visualiza de forma diferente, no como manifestación de los procesos inconscientes (nivel individual), sino como un proceso social o laboral, donde cualquier indicio de resistencia será atribuido a factores de tipo externo, cultura, ideología, etc.

Finalmente, se puede concluir que el problema de la resistencia demanda la más viva atención por parte del psicoterapeuta, ya que el conocimiento sobre la misma, pero ante todo su manejo técnico adecuado dentro del proceso psicoterapéutico, permitirá que pase de ser un obstáculo a un elemento en favor del cambio en cualquier tratamiento.

CAPITULO VI

LIMITACIONES

Una de las limitaciones consideradas de mayor importancia, para el presente trabajo, fue el grado de dificultad que implica abordar el tema de la resistencia, junto con la complejidad inherente a términos relacionados con ésta, por ejemplo, transferencia, contratransferencia, contrarresistencia, defensa, etc; por otra parte, el trabajo en relación con lo inconsciente requiere cierta formación especializada, por parte del investigador, no es suficiente su voluntad, sino también será necesario adentrarse al enfoque teórico – conceptual respectivo y esto lleva tiempo, esfuerzo y entrenamiento.

Es pertinente considerar como limitante, quizá en referencia al tiempo determinado por el cronograma inicial de la tesis, que al revisar diversas investigaciones psicoterapéuticas en función de la resistencia, ésta sólo se observa como un aspecto más del proceso psicoterapéutico pero no se alude a ella de manera directa a su influencia dentro del mismo, por lo que en algunos casos sólo quedó la posibilidad de inferir su participación.

Otra limitación fue en referencia a la dificultad de acceso bibliográfico de material respecto al manejo técnico y a las implicaciones de resistencia dentro del proceso.

La variedad de idiomas con que aparecen las investigaciones respecto al término de resistencia, también puede considerarse como una limitante para el presente trabajo.

De acuerdo con la revisión bibliográfica que se analizó durante el desarrollo del presente trabajo, *se sugiere* lo siguiente para futuras investigaciones:

Establecer la diferencia en el manejo técnico de la resistencia a partir de diferentes enfoques terapéuticos de corte psicoanalítico y no psicoanalítico.

Dado que, en todo momento del proceso psicoterapéutico se trabaja con resistencia, buscar y considerar sus implicaciones en diferentes fases del proceso mismo.

Poder realizar una investigación a partir del proceso mismo de la terapia y sus implicaciones técnicas y tácticas.

Identificar diferentes opciones y modalidades que apoyen al trabajo con la resistencia en diversas propuestas psicoterapéuticas.

Puede ser interesante observar más a fondo las manifestaciones resistenciales en cuanto a género, edad, estructura de personalidad, tipo de patología si es que existe, nivel sociocultural, nivel socioeconómico, etc., así como la relación paciente – terapeuta y viceversa, es decir transferencia - contratransferencia.

GLOSARIO

Acting out. Consiste en referirse con acciones en lugar de palabras, recuerdos y afectos. Este comportamiento puede ser una forma de apoyar su incapacidad para hablar durante el tratamiento. Alivia la ansiedad y deja poca energía disponible para los procesos que puedan generar ideas durante la sesión.

Actitud. Una manera aprendida y relativamente permanente de responder a alguien o a algo. Posee componentes cognoscitivos, emocionales y conductuales.

Afectivos, trastornos. Trastornos mentales caracterizados por alteraciones del estado de ánimo.

Ambivalencia. Tendencia en 2 sentidos distintos. Ambivalencia afectiva: presencia simultánea de dos sentimientos opuestos (atracción y repulsión), de dos direcciones opuestas de la voluntad, respecto a un mismo objeto usado especialmente en el ámbito de la sexualidad: tendencia a la vivencia sexual y al mismo tiempo vergüenza o asco. En forma exagerada y como característica general de la vida emocional, se observa la ambivalencia en la esquizofrenia.

Amnesia. Término general para expresar diferentes trastornos de la memoria.

Anal, etapa. De acuerdo con la teoría de Freud, estadio de desarrollo psicosexual del niño de 12 a 36 meses de edad, durante el cual éste encuentra placer en la estimulación anal; el entrenamiento de control de esfínteres es la situación más importante de gratificación.

Ansiedad. Estado de aprensión, inseguridad, temor o terror causado por una amenaza anticipada, real o imaginaria.

Antisocial, trastorno. Trastorno de la personalidad caracterizado por comportamientos que violan los derechos de los demás.

Asociación. Enlace establecido entre dos contenidos psíquicos que se denota porque la aparición de uno de ellos, en la consciencia, origina la concienciación del otro (asociado con el primero) o, por lo menos, la favorece. Originalmente y también en sentido estricto, se refiere el término asociación a este enlace entre ideas (asociación de ideas), pero puede haber asociación en otros contenidos o procesos psíquicos (ej., ideas, imágenes mentales y emociones). Puede concebirse la reacción condicionada como asociación entre procesos psíquicos y procesos corporales.

Asociación libre. Técnica donde se pretende sortear la resistencia mediante el trabajo de la interpretación y la comunicación de sus resultados.

Cambio. Advenimiento de una diferencia específica en el carácter de un fenómeno en el transcurso del tiempo. Diferencia determinada en un fenómeno a través del tiempo. Cultural; aquel que se observa en los fenómenos culturales. Lineal; aquel cambio cultural continuo que conserva siempre igual dirección.

Carácter. Conjunto o trama de cualidades psíquicas que dan especificidad al modo de ser de un individuo; el conjunto de disposiciones reflejado en las cualidades que determinan el modo de adaptación a la vida de un individuo, su conducta responsable y sus valores.

Codependencia. En términos psicoanalíticos es una forma inconsciente del proceder conductual que favorece la persistencia del trastorno de un objeto; siempre y cuando este trastorno sea utilizado inconscientemente en las perturbaciones del desarrollo emocional del sujeto.

Complejo (Edipo). Fenómeno descrito por Freud en el cual el niño en su estadio fálico siente una atracción sexual por su madre y una rivalidad con su padre.

Complejo (Electra). De acuerdo con la teoría de Freud, es la contrapartida femenina del complejo de Edipo, según la cual una niña en la etapa fálica siente atracción sexual hacia su padre y rivalidad hacia su madre.

Compulsivo, trastorno de la personalidad. Trastorno caracterizado por el perfeccionismo, la insistencia en que los demás hagan las cosas de una manera determinada, la obsesión por el trabajo y la capacidad reducida para expresar afecto y ternura.

Concordancia. Parecido de cierta característica.

Consciencia. Conocimiento de nosotros mismos y del mundo que nos rodea. Darse cuenta de.

Contratransferencia. Definida como “algo (un fenómeno) que surge en el médico bajo el influjo del enfermo sobre su sentir inconsciente y nos hayamos muy inclinados a exigir, como norma general, el reconocimiento de esta contratransferencia por el médico mismo y su vencimiento”. La contratransferencia debe ser evitada, de lo contrario descalifica al psicoterapeuta para ejercer el análisis, pues a cada una de estas represiones corresponde un punto ciego en su percepción analítica.

Contrarresistencia. Definida como aquella relación inconsciente que el analista establece frente a la persona del analizado, específicamente frente a resistencia de éste, y que consiste en coadyuvar a la misma. Es parte de la reacción contratransferencial del analista, por lo que se constituye como elemento operativo en la dinámica de la contratransferencia, mediante la contraidentificación proyectiva del analista con su paciente. La demostración de la contrarresistencia está dada en su definición conceptual, en sus mecanismos de operación, en sus indicadores y en sus consecuencias.

Convergencia. En sentido amplio, se emplea este término refiriéndose a los procesos de desarrollo y a las cualidades personales, teóricas o ideológicas en cuanto concuerdan y se conectan.

Contrapulsión. Mecanismo de defensa del yo. Se caracteriza por la inversión de la pulsión de activa a pasiva y por la transposición de objeto, que pasa de ser un exterior al propio sujeto (sustitución). Así, el impulso de atormentar (sadismo) se convierte en el deseo de ser atormentado (masoquismo). Este mecanismo se encuentra en oposición con la formación reactiva, en la que se persiste el objeto, pero varía el objetivo del instinto, y también con la revisión, en la que el instinto permanece invariable, pero se dirige al propio sujeto.

Defensa, mecanismo de. De acuerdo con la teoría de Freud, una manera inconsciente de combatir la ansiedad distorsionando la realidad.

Desplazamiento. Mecanismo de defensa freudiano según el cual una persona satisface un deseo directamente al sustituirlo por un objeto, persona o actividad más seguro y asequible.

Disociación. División de la consciencia.

Disociativos, trastornos. Alteraciones mentales que incluyen una alteración temporal repentina de la consciencia, la identidad o el comportamiento motor.

Ego (en castellano, yo). Según la teoría de Freud, aquel aspecto de la personalidad que normalmente se conoce por sentido común; opera mediante el principio de la realidad para mediar entre el ello y el super yo.

Eros. Para Freud, el instinto de vida, representado por todas las fuerzas que persiguen la búsqueda de objetos e integraciones cada vez mejores de la personalidad en su conjunto.

Erotización. Es un intento de distraer y seducir, un deseo de seguir enfermo y de herir al analista como venganza (por su imputada seducción al paciente) tanto como a sí mismo (el que se analiza) por propiciarla.

Evasión. Cuando el paciente huye de cuestiones penosas, esto puede ser consciente o inconscientemente. Sucede sobre todo con aspectos de sexualidad, agresión y transferencia.

Evitación – conflicto de. Necesidad de elegir entre dos o más resultados o actividades desagradables.

Fálica, etapa. De acuerdo con la teoría de Freud, es el período de desarrollo psicosexual en el cual el niño en edad preescolar recibe gratificación en el área genital.

Fijación, funcional. Confianza excesiva en formas tradicionales de resolver problemas que impide soluciones nuevas.

Filicidio. En sí, la conceptualización que se da sobre filicidio se refiere a destrucción, mutilación o mortificación física y mental de los padres hacia los hijos. Las tendencias filicidas son universales, aunque lo normal es que permanezcan reprimidas, y la actuación de dichas tendencias implica fallas yóicas en la prueba de realidad y del control de impulsos.

Formación reactiva. Mecanismo de defensa freudiano caracterizado por la sustitución de un sentimiento que produce ansiedad por el sentimiento opuesto.

Genital, etapa. Término freudiano para definir la etapa psicosexual de la sexualidad adulta madura, que empieza durante la adolescencia.

Hipnosis. Estado de sugestión o elevada susceptibilidad hacia influencias externas.

Identificación. Proceso de adopción de las creencias, actitudes, valores y comportamientos característicos de otra persona o grupo.

Impulso. Es una función de los procesos emocionales que impele a determinada acción. Hay en el impulso dirección, tensión y tiempo, en lo que tienen un papel destacado a la orientación del yo y del objetivo.

Inconsciente. De acuerdo con la teoría de Jung, es la parte de la mente que contiene material reprimido u olvidado.

Individualidad. Modo de ser peculiar del individuo, conjunto de las propiedades y características que hacen a un individuo distinto de los demás. La individualidad de un ser humano se muestra en su personalidad.

Individuo. Indivisible, que forma un todo, que tiene estabilidad en el espacio y el tiempo, único también por sus cualidades. Puede llamarse individuo a todo ser que posea estas cualidades de unicidad (ej., un animal, una planta), pero se dice especialmente de un ser humano.

Instinto. Comportamiento innato, específico de una especie y relativamente complejo, determinado biológicamente y por lo general importante para la supervivencia de la especie.

Interpretar quiere decir hacer consciente al paciente la historia, el origen, el modo, la causa o el significado de un acontecimiento psíquico dado. La **interpretación** es un procedimiento de gran valor en la técnica psicoanalítica.

Investigación. Recopilación sistemática y ordenada de datos.

Latencia, etapa de. De acuerdo con la teoría de Freud, período de relativa calma sexual durante los años medios de la infancia, que tiene lugar después de resolver el complejo de Edipo/Elektra.

Libido. Energía sexual de la teoría freudiana.

Manifestación. En Psicología, es la exteriorización de efectos corporales o mentales de los complejos reprimidos. Puede tratarse de efectos patológicos (tartamudez, mudez, histerismo, manifestaciones compulsivas, de resistencia) o de actividades normales sustitutivas.

Manifestaciones. Principio de interpretación de las manifestaciones expresivas.

Manifiesto, contenido (del sueño). Parte de un sueño que recordamos, en contraste con el contenido latente.

Neurosis. Trastornos mentales que resultan de la ansiedad cuyos síntomas interfieren el comportamiento normal, aunque sin bloquearlo totalmente.

Pensamiento. Uso de símbolos en lugar de objetos, sucesos e ideas que permite la manipulación de conceptos e imágenes.

Percepción. Forma como el cerebro organiza e interpreta la información sensorial.

Persona. Arquetipo de Jung de la máscara que cada uno adopta.

Personalidad. El conjunto de las formas relativamente constantes de relacionarnos con los individuos y situaciones que hace única a cada persona.

Procedimiento. Modo de disposiciones y de llevar a cabo una investigación o estudio científico. Datos básicos o unidades de observación que consisten en una interacción lo suficientemente prolongada como para incluir los elementos importantes de una secuencia conductual específica.

Proceso. Desarrollo de las fases sucesivas de un fenómeno. Método, sistema usado para llegar a un fin. Conjunto de operaciones a que se someten los datos para conseguir un determinado fin.

Proyección. Mecanismo de defensa freudiano caracterizado por el hecho de atribuir a otra persona los pensamientos propios y las motivaciones inaceptables.

Psicoanálisis. Enfoque terapéutico originalmente desarrollado por Freud con el objetivo de eliminar la ansiedad, proporcionando al paciente el conocimiento de los conflictos inconscientes que afectan su comportamiento y sus emociones.

Psicoanalítica, teoría. Teoría de la personalidad de Freud, que considera al individuo en conflicto constante entre sus tendencias biológicas y la necesidad de dominarlas.

Psicoanalítico, modelo. Explicación de los trastornos mentales que sostiene que éstos son el resultado de un conflicto entre el ello, el yo y el super yo.

Psicología. Estudio científico de los procesos mentales y del comportamiento.

Psicosexual, desarrollo. Aspecto fundamental de la teoría freudiana que sostiene que la personalidad desarrolla a través de una serie de etapas en las que la vía de obtener la gratificación (placer) cambia de una zona corporal a otra (oral, anal, genital) y es acompañada por cambios en el agente de la gratificación (alimentación, evacuación, actividad sexual).

Psicoterapia. Tratamiento que se realiza a una persona con un problema psicológico por alguien especialmente entrenado en diversos procedimientos que van desde la conversación a la prescripción de ciertos tipos de drogas psicoactivas.

Pulsión. Término con el que pueden abarcarse todas las tendencias instintivas surgidas a consecuencia de necesidades vitales. Voces análogas: instinto, impulso, apetencia, afán.

Racionalización. En Psicología, significa la justificación mediante argumentos de tipo racional de una conducta que tiene un origen más profundo. El yo substituye las verdaderas mutilaciones (procedentes de la esfera del ello, inconfesables, no aceptadas por el super yo) con motivaciones racionales elaboradas de modo que no sean prohibidas por el super yo.

Realidad, principio de la. Para Freud, principio por el que opera el yo, que intenta encontrar maneras aceptables de gratificación del ello.

Recuerdo. Medida de la retención de información previamente aprendida, en la que se pide al paciente que reproduzca el material de su memoria. Compárese con el reconocimiento.

Regresión. Mecanismo de defensa freudiano caracterizado por el retorno a comportamientos de edades anteriores.

Resistencia narcisista. Se define como una forma transferencial específica de proceder frente al analista, donde el paciente engloba ante las intervenciones de aquél, las siguientes vivencias: ataque, incompreensión de reconocimiento, desinterés, mesura en el dar, reacciones que van desde la gama de lo consciente hasta lo inconsciente. Está al servicio del mantenimiento de la autoestima, y pretende contrarrestar, anular, evitar o disminuir, el alcance interpretativo del psicoterapeuta.

Represión. Mecanismo freudiano caracterizado por el bloqueo inconsciente de aquellos deseos y experiencias que producen ansiedad. Es necesario para el yo un gasto permanente de energía, pues necesita asegurar su defensa de manera continua.

Resistencia. Se define como todo fenómeno que represente las fuerzas que dentro del paciente se oponen a los procesos y procedimientos de la labor psicoanalítica. En mayor o

menor grado, está presente desde el principio hasta el fin del tratamiento. Es la representación del material inconsciente.

Resistencia del Ello, llamada también resistencia de lo inconsciente, requiere de la elaboración de aspectos tales como la compulsión a la repetición y la atracción de los prototipos inconscientes sobre el proceso instintivo reprimido.

Resistencia del super yo, proviene del sentimiento de culpa y de la necesidad del castigo, obstaculiza todo movimiento hacia el éxito y obstruye la labor terapéutica.

Sensación. Sentimiento que se produce en respuesta a una información transmitida por los sentidos.

Síntoma. Signo, característica, manifestación, a base del cual se infiere una conclusión. Son síntomas en Psicología y Psiquiatría, por ej., determinadas formas de conducta o actos indicativos de procesos de procesos psíquicos o cualidades. También se denominan síntomas las manifestaciones que permiten inferir hechos futuros.

Somatización. Es también una resistencia, pues en ésta se busca atraer la atención del objeto para culparlo de una manera encubierta de sus dolencias. Se relaciona con el deseo de mostrarse y mostrar que se es fuerte, bueno y que se sacrifica por los demás. A partir de reprimir su conflicto y de la posibilidad de expresar el problema real, lo manifiesta a través del cuerpo con dolencias y trastornos en los que intenta culpar a los demás por no reconocer sus necesidades y así, se siente incomprendido.

Sublimación. Mecanismo de defensa freudiano caracterizado por el desplazamiento de los sentimientos incómodos (como la ansiedad sexual) hacia actividades aceptables (como el trabajo escolar).

Tanatos. Para Freud, el instinto de muerte representado por todas las fuerzas desorganizadas y destructivas de la personalidad en su conjunto.

Técnica. Conjunto de reglas de sistematización, mejoramiento, facilitación y seguridad en el trabajo. Los procedimientos técnicos y su estudio en la Psicología aplicada y en el estudio del pensamiento constructivo técnico y la habilidad práctica.

Teoría. Explicación sobre la causa de un comportamiento; las teorías organizan datos y suministran direcciones a la investigación.

Terapeuta. Persona especialmente entrenada para ofrecer un tratamiento determinado a los problemas psicológicos. Puede ser un psicólogo clínico, psiquiatra, psicoanalista, asistente social, enfermera psiquiátrica o psicólogo asesor.

Transferencia, es una forma de resistencia en la cual se ha establecido una relación con la situación analítica o con la persona del analista, y actúa reanimando una represión en lugar de permitir al Yo recordarla. Es un género especial de relación que se caracteriza por impulsos, actitudes, fantasías y defensas respecto de una persona en la actualidad, que no son apropiadas para tal persona y son una repetición, un desplazamiento de reacciones nacidas en relación con personas que tuvieron importancia en la primera infancia. Se da ante la necesidad de oportunidades de descarga. Es un fenómeno inconsciente.

Tratamiento. Trabajo sistemático de un investigador o técnico con los datos que tiene a mano. También se aplica a la actuación de un médico (psicólogo) respecto a una enfermedad determinada.

BIBLIOGRAFIA

- Anderson, Carol M., (1983). Para dominar la resistencia. Buenos Aires; Amorrortu.
- Bernardi, de León B., (1992). "Las teorías del analista y los cambios en la consideración de la dinámica del proceso analítico". Temas de psicoanálisis. Asociación psicoanalítica del Uruguay. Montevideo; No 17, 19-30.
- Bernardi, de León B., (1997). "Problemas del campo de la transferencia - contratransferencia: perspectiva actual y vigencia de nuestras raíces". Temas de psicoanálisis. Asociación psicoanalítica del Uruguay. Montevideo; 84/85, 179-202.
- Biagini, A. M; Díaz Santos, M; Rea C. M. I., (1991). Psicoterapia de grupo psicoanalíticamente orientada con alumnos de la facultad de Psicología de la U.N.A.M. Tesis Especialidad: UNAM.
- Bleichmar, (1997). El psicoanálisis después de Freud: teoría y clínica. México; Paidós.
- Brener, Brener, A., (1987). El aburrimiento del analista y la transferencia tal y como se revela en el proceso de la supervisión. Tesis Licenciatura: UNAM.
- Coderch, Joan, (1990). Teoría y técnica de la terapia psicoanalítica. Barcelona; Herder.
- Daser, Eckard, (1997). "Widerstand and anerkennung". Journal -of- Forum-der- Psychoanalyse- Zeitschrif- fur- Klinische- Theorie- and- Praxis; Vol 13, (1) 54-67.
- Donald, Hall, (1981). Resistencia como una de las bases de la técnica psicoanalítica. Tesis Licenciatura: UNAM.

Dorsch , Friedrich, (1977). Diccionario de Psicología. Barcelona; Herder.

Elías, Ibarquengoytia, A., (1992). "La pérdida de la autoestima: una forma de resistencia". Alétheia. Psicología y psicoanálisis. México; No 11, 51-55.

Elías, Ibarquengoytia, A., (1998). formas especiales de resistencia en el tratamiento de la codependencia. Alétheia. Psicología y psicoanálisis. México; No 17; 19-34.

Errandonea, E., (1988). "Los orígenes de la técnica psicoanalítica, una mirada retrospectiva". Temas de psicoanálisis. Asociación Psicoanalítica del Uruguay. Montevideo; Dic No 10, 21-31.

Fenichel, Otto, (1971). Teoría psicoanalítica de las neurosis. Buenos Aires; Paidós.

Fiorini, Héctor J., (1989). Teoría y técnica de psicoterapia. Buenos Aires; Nueva Visión.

Freud, A., (1986). El yo y los mecanismos de defensa. México; Paidós.

Freud, S., (1893). Estudios sobre la histeria. Obras completas. Buenos Aires; Amorrortu.

Freud, S., (1894). Las neuropsicosis de defensa. Obras completas. Buenos Aires; Amorrortu. Vol 12.

Freud, S., (1900). La interpretación de los sueños. Obras completas. Buenos Aires; Amorrortu.

Freud, S., (1904). El método psicoanalítico de Freud. Obras completas. Buenos Aires; Amorrortu.

Freud, S., (1909). Cinco conferencias sobre psicoanálisis. Obras completas. Buenos Aires; Amorrortu. Vol 11.

Freud, S., (1910). El porvenir de la terapia psicoanalítica. Obras completas. Buenos Aires; Amorrortu.

Freud, S., (1910). Sobre el psicoanálisis "silvestre". Obras completas. Buenos Aires; Amorrortu. Vol 11.

Freud, S., (1912). Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. Obras completas. Buenos Aires; Amorrortu. Vol 12.

Freud, S., (1912). La dinámica de la transferencia. Obras completas. Buenos Aires; Amorrortu. Vol 12.

Freud, S., (1913). Sobre la iniciación del tratamiento. Obras completas. Buenos Aires; Amorrortu. Vol 12.

Freud, S., (1914). Recordar, repetir y reelaborar. Obras completas. Buenos Aires; Amorrortu. Vol 12.

Freud,S., (1920). Más allá del principio del placer. Obras completas. Buenos Aires; Amorrortu.

Freud, S., (1923). El yo y el ello. Obras completas. Buenos Aires; Amorrortu. Vol 19.

Feud, S., (1926-1925). Inhibición, síntoma y angustia. Obras completas. Buenos Aires; Amorrortu. Vol 20.

Feud, S., (1937). Análisis terminable e interminable. Obras completas. Buenos Aires; Amorrortu. Vol 23.

Fromm, Reichmann F., (1977). Psicoanálisis y psicoterapia. Buenos Aires; Paidós.

García, Gallardo, Ma. C., (1989). Comunicación no verbal en psicoterapia familiar. Tesis Licenciatura: UNAM.

Gasque, Morales, M., R., (1986). La contrarresistencia como elemento operativo en la dinámica de contratransferencia. Tesis Licenciatura: UNAM.

González, Nuñez, J., J., (1986). Teoría y técnica de la terapia psicoanalítica de adolescentes. México; Trillas.

Greenson, R., (1986). Técnica y práctica del psicoanálisis. Colombia; Siglo XXI.

Grotjahn, Martín, (1988- 1999). Historia del psicoanálisis/ M. Grotjahn.. (et al.); colab.s. lorand (et al). Buenos Aires; Paidós.

Laplanche, J., y Pontalis, J. B., (1979). Diccionario de Psicoanálisis. Barcelona; Labor

Lippitt, R., (1970). La dinámica del cambio planificado. Buenos Aires; Amorrortu.

Maisonneuve, J., (1985). La dinámica de los grupos. Buenos Aires; Nueva Visión.

Meninger, Karl, (1960). Teoría de la técnica psicoanalítica. México; Pax- México.

Nelson, de Souza, (1992). "Momento de cambio. Acerca del pasaje de psicoterapia de orientación analítica a psicoanálisis". Temas de psicoanálisis. Asociación psicoanalítica del Uruguay; N 17, 87-100.

Ongay, Moguel, E., J., (1982). El concepto de contratransferencia en psicoterapia. Tesis Licenciatura: UNAM.

Quintanar, Marquez, J., (1992). Las resistencias en el proceso psicoterapéutico: Exposición del caso de una paciente con tendencias Filicidas. Tesis Doctorado: UNAM.

Papalia, Diane, E., Wendkos Olds, S., (1989). Psicología. México; McGraw-Hill/Interamericana.

Rochkovski, Eudokimoff, O., (1985). Alcances y límites de la terapia a una familia en la que un miembro no asiste a las sesiones. Tesis Maestría: UNAM.

Rojas, Soriano R., (1993). Guía para realizar investigaciones sociales. México; Plaza y Valdes.

Sánchez, Huesca, R., (1972). Relato introductorio a una función yoica: la regresión adaptativa al servicio del yo. Tesis Maestría: UNAM.

Sifuentes, Valles, M., (1996). La transferencia: Formulaciones y reformulaciones en la obra de S. Freud y J. Lacan. Tesis Licenciatura: UNAM.

Valmor, Daniel, (1966). Diccionario de Psicología y Psicoanálisis. Argentina - Buenos Aires; Schapire S.R.L.

Warren, Howard, C., (1984). Diccionario de Psicología. México; Fondo de cultura económica.

Watzlawick, P., et al., (1980). Cambio; Formación y solución de los problemas humanos. Barcelona; Herder.

Wolman, Benjamin, B., (1984). Diccionario de ciencias de la conducta. México; Trillas.

Zimmermann, David, (1969). Estudios sobre psicoterapia analítica de grupo./ Prof. De León Grinberg. Buenos Aires; Horme.

INDICE ANALITICO

- Acting out, 49, 51, 82, 8
Acto fallido, 15,16
Actitud (es), 20, 27, 32, 34, 46, 66, 83, 88, 92, 98
Acción (es), 28, 34, 51, 55, 82, 84, 93
Afecto (os), 45, 46, 48, 49, 51, 71, 88
Aislamiento, 32, 34, 39
Ambivalencia, 40, 88
Amnesia, 16, 88
Anal, etapa, 32, 49, 88, 95
Análisis, 2-5, 7-9, 14, 18, 19, 24, 27, 28, 34, 35, 37-39, 41, 42, 45-47, 50, 51, 55, 61, 62, 65-67, 70, 71, 73-75, 77, 78, 82- 85, 90
Angustia, 26, 29, 30, 32, 45, 73, 81
Ansiedad (es), 27, 36, 39-41, 51, 52, 54, 66, 69, 71, 88, 91, 92, 94-97
Antisocial, trastorno, 89
Asociación, 15, 19, 89
Asociación libre, 12-14, 16, 22, 37, 39, 44, 47, 66, 73, 89
Autoestima, 36, 71, 96
Autodevaluación, 52, 54, 72, 82
Aversión, 27
Cambio (os, ar), 3, 4, 6, 8, 27, 28, 30, 37, 43, 48, 50, 51, 66, 70, 75, 76, 79, 80, 82-85, 89, 95
Carácter, 32-34, 38, 39, 46, 83, 89
Catarsis, (tico), 11, 12, 16, 22
Censura, 14, 16, 44
Científico, conocimiento, 6, 95
Codependencia (te), 53, 55, 56, 56, 72, 73, 89
Compulsivo (ón), 22, 24, 27, 31, 32, 34, 65, 90, 94, 97
Complejo (os), 15-17, 19, 33, 67, 78, 93, 94
Complejo (Edipo), 89, 90, 93
Complejo (Electra), 90, 93
Concordancia, 90
Consciencia (te), 5, 11, 15, 16, 19, 20, 22, 25-27, 29, 35, 38, 39, 41, 42, 44, 45, 48, 50, 51, 55, 58, 62, 62, 66, 72, 78, 79, 81, 89-93, 96
Contracarga (anticatexis), 23, 24
Contraidentificación, 69, 90
Contratransferencia, 7, 17, 18, 51, 57, 56-69, 82, 84, 86, 87,90
Contraresistencia, 68, 69, 82, 86, 90
Convergencia (tes), 2, 29, 78, 79, 91
Contrapulsión, 38, 91
Clasificación (es), 5, 7, 30, 31, 34-36, 81, 82

Defensa (as), 7, 13, 14, 20, 30-33, 35, 37, 39, 40, 50, 54, 56, 81, 82, 86, 96, 98,
Defensivo (as, a), 28, 38, 43, 48, 64, 78, 79
Defensa, mecanismo de, 13, 24, 29, 32, 33, 35, 39, 52, 63, 73, 90, 91, 92, 95, 96, 97
Demandante, 54,
Descriptivo (a, as), 28
Desplazamiento, 20,31, 75, 91, 97, 98
Destrucción, 69, 92
Disociación (es), 27, 29, 39, 53, 73, 91
Disociativos, trastornos, 91
Divergencia (tes), 2, 67, 79, 81-83
Ego, 91
Emoción (es, aies), 16, 46, 49, 52, 53, 54, 56, 58, 60, 72, 88, 89, 93, 95
Enfoque (es), 3, 5, 9, 30, 46, 63, 67, 72, 74, 77, 79, 80, 82, 84-87, 95
Enfermo (os), 10, 17, 21, 22, 27, 50, 54, 56, 73, 90, 91
Enfermedad (es), 10, 11, 19, 21, 24, 31, 32, 34, 35, 43, 54, 70, 80, 81, 98
Eros, 91
Erotización, 27, 49, 50, 83, 91
Erotizarse, 49
Evasión, 29, 49, 50, 71, 92
Evitación - conflicto de, 12, 23, 48, 75, 82, 92
Fálica, etapa, 32, 49, 90, 92
Fenómeno (os), 2, 5, 9, 12, 20, 30, 67, 68, 74, 89, 90, 95, 96, 98
Fijación, 32, 81, 82
Fijación funcional, 92
Filicida, 69, 70
Filicidio, 69, 92
Formación reactiva, 23, 32-34, 91, 92
Formación sintomática, 72
Fuerza (as), 9, 27, 61, 78, 79, 91, 96, 97
Genital, etapa, 32, 49, 92, 95
Hipersensible, 54, 72
Hipnosis, 10, 11, 14, 15, 22, 37, 80, 92
Histeria (as), 10-15, 33
Identificación, 39, 61, 92
Identificar, 54
Impulso (os), 16, 20, 23, 25, 28, 33, 43, 45, 46, 51, 60, 61, 69, 78, 92, 93, 95, 98
Impulso sádico, 43
Impulso masoquista, 43
Inconsciente (es), 2, 3, 5, 6, 8, 11, 15, 17, 19, 20, 24, 25, 27-29, 31, 32, 34, 38, 39, 42-46, 48, 50, 53, 59-62, 65, 69, 71, 72, 75, 78-81, 85, 86, 89, 90-93, 95-98
Individualidad, 93
Individuo, 38, 71, 74, 79, 80, 83, 89, 93-95
Inhibición (es), 30, 39, 52, 81
Insights, 26, 27, 37, 43-45, 52, 54, 62, 64, 66, 78

Instinto (os), 19, 23, 24, 28, 45, 51, 53, 78, 91, 93, 95
Instintivo, 26, 97
Intelectualización, 46, 49
Interpretar (ción), 13, 14, 16, 22, 27, 39, 45, 46, 52, 57, 59, 60, 61, 64, 67, 70, 73, 76, 80, 89, 93, 94
Intervención (es), 3, 11, 36, 61, 63, 69, 70, 71, 81, 83, 84
Introyección, 33, 59
Investigación (es), 2, 5, 6-9, 13, 36, 41, 46, 63, 64, 67, 68, 70, 72-77, 80, 83, 85-87, 93, 94, 98
Latencia, etapa de, 32, 93
Libido, 19, 32, 71, 93
Manifestación (ar), 13, 25, 29, 37, 38, 49, 52, 56, 66, 74, 83, 85, 94, 97
Manifestaciones, 2, 3, 5, 8, 30, 32, 47, 50, 51, 54, 56, 64, 81, 82, 87, 94
Manifiesto, contenido del sueño, 45, 49
Masoquismo (ta), 25, 91
Método (os), 5, 10, 15, 22, 38, 63, 70, 79, 82, 95
Miedo, 9, 50, 52
Narcisista (mo), 35, 53, 54, 56, 67, 71, 72, 81, 83
Neurosis, 17-19, 21, 23, 26, 28, 33, 34, 43, 53, 57, 66, 71, 80, 94
Obstáculo (os), 2, 5, 12, 66, 74, 80, 83, 85
Oposición, 27, 28, 64, 79, 91
Oral, 32, 49, 95
Paciente (es), 2, , 5, 9-16, 18, 20-22, 24-30, 32-62, 64, 66-76, 78-81, 83-85, 87, 91-93, 95-96,
Paradigmas, 50
Patología (gico), 25, 54-56, 66, 73, 82, 87, 94
Patológicamente, 56
Pensamiento (os), 28, 30, 34, 43, 48, 54, 61, 67, 68, 94, 95, 98
Percepción, 23, 66, 90, 94
Persona (as), 19, 20, 31, 52, 58, 59, 69, 73, 80, 82, 90-92, 94, 95, 98
Personalidad, 18, 19, 58, 64, 83, 87, 89-91, 93-95, 97
Perversión, 36, 57, 82
Preconsciente, 28
Prevención, 3, 6
Preventivo, 84
Problema, 2, 4, 15, 22, 24, 44, 78, 80, 85, 92, 95, 97, 98
Procedimiento (os), 2, 3, 5, 7, 9, 12, 13, 22, 28, 33, 37, 41-44, 64, 70, 73, 78, 93-96, 98
Proceso (os), 2-5, 7-9, 13, 15, 16, 18, 23, 24, 26, 27, 29-31, 35, 37, 39, 40, 42,

43, 48-51, 58, 63, 64, 66-68, 71, 73-93,
95-97

Proceso psicológico, 3, 8, 12, 13

Proyección, 32, 34, 59, 73, 75, 90, 95

Psicoanálisis, 2, 5, 8, 12-16, 19-23, 28,
37, 66, 68-70, 78-80, 83, 84, 95

Psicoanalista, 3, 7, 8, 15, 16, 21, 40, 42,
43, 58, 62

Psicoanalítica, teoría, 5, 6, 9, 11, 16,
17, 21, 22, 40, 58, 63-65, 73, 77, 79-81,
84, 93, 95, 96

**Psicoanalítico, modelo, tratamiento,
enfoque**, 2, 3, 7, 8, 13, 14, 39, 42, 44,
50, 53, 63, 66, 70, 72, 74, 77, 80, 81, 85,
87, 89, 95

Psicodiagnóstico, 3

Psicología, 6, 8, 9, 17, 18, 94-98

Psicología psicodinámica, 9

Psiconeurosis, 5, 12

Psicopatológico, 18

Psicosexual, desarrollo, 95

Psicoterapeuta, 3, 21, 24, 41, 52, 58,
59-62, 69-71, 82, 95, 96

Psicoterapéutico (ca), 4, 6-9, 25, 27,
30, 35, 39, 40, 47-49, 51, 56, 63, 64, 68,
71, 74, 75, 79-87

Psicoterapia, 3-9, 37, 40, 47, 63, 66,
70, 79, 83-85

Pulsión (es), 38, 71, 91, 95

Racionalización, 39, 46, 50, 73, 76

Reacción paradójica, 27

Realidad (principio de la), 19, 54, 60,
69, 73, 91, 92, 96

Recuerdo (os), 11, 12, 14-16, 20-22,
31, 33, 45, 49-51, 78, 88, 96

Regresión (ivo), 5, 7, 19, 20, 26, 32-34,
38, 49, 50, 63, 64, 75, 82, 96

Represión (es), 5, 7, 14, 16-19, 23, 24,
26, 29, 30-34, 38, 39, 52, 70, 78, 81, 90,
96, 98

Resistencia (as), 2-9, 11-58, 60, 63-76,
78-87, 89, 90, 94, 96-98

Resistencia del Ello, 24, 31, 32, 35, 81,
97

Resistencia del Super yo, 24, 31, 32,
35, 36, 81, 97

Resistencia del yo, 31, 65

Sadismo, 91

Sesión, 21, 41, 46, 47, 51, 53, 57, 58,
74, 82, 88

Sensación, 27, 49, 54, 66, 72, 73, 79, 97

Síntoma (as), 10-12, 14, 16, 22-24, 30-
32, 35, 39, 49, 52, 57, 65, 70, 74, 75,
80-82, 94, 97

Somatización, 53, 56, 82, 97

Sublimación, 33, 97

Sufrimiento, 27, 64, 79

Sugestión, 11, 14, 15, 22, 65, 79, 92

Supresión, 52, 70

Tanatos, 97

Técnica (as), 2, 7, 10, 11, 14, 15, 17,
20-22, 37, 38, 40, 47, 70, 73, 74, 76, 80,
81, 85, 87, 89, 98

Técnico (os), 3, 4, 6, 8, 9, 13, 22, 37,
39, 45, 49, 65, 69, 70, 79, 80, 83, 85-87,
98

Teoría (as), 2, 3, 5, 7, 9, 13-16, 23, 26,
38, 63, 67, 68, 77, 82, 88, 91-93, 95, 98

Terapeuta, 3, 39, 40-42, 44, 47, 52, 53,
57-62, 66, 78, 87, 98

Terapéutico (as), 3, 5, 9, 10, 12, 17, 18,
22, 24, 25, 27, 29, 31, 32, 37, 39, 40, 50,
53, 58, 65, 66, 68, 73-75, 78, 79, 81, 82,
87, 95, 97

Transferencia, 7, 12, 14, 17-22, 24, 31-
35, 37, 39, 42, 43, 50, 51, 57, 59, 62-71,
80-82, 86, 87, 92, 96, 98

Transferencia sexual, 43

Tratamiento, 2, 3, 6, 7, 9, 11-14, 17,
18, 20-22, 24, 27, 30, 35, 38-41, 43, 44,
47, 49, 50-53, 61, 66, 68, 70, 72, 74, 78-
80, 82-85, 88, 95, 96, 98

Trastornos, 54, 56, 72, 88, 89-91, 94,
95, 97

Trauma (as), 12, 24, 45

Víctima, 56, 82

Víctima, necesidad, 56